

## Los primeros 80 años de la SAGE...

*Acta Gastroenterol Latinoam 2007;37:206-208*

**E**l progreso del hombre se debe en gran medida a su capacidad de comunicación, la cual sin duda es el mecanismo indispensable del crecimiento de los individuos y por ende del conjunto. Cuanta más comunicación se logra, más se aprende, y se enseña. Se enseña y se aprende, y en ese permanente intercambio se crece. Y así como la familia, la escuela y la universidad son las estructuras básicas de la comunicación del conocimiento y aprendizaje de las conductas, las sociedades de profesionales son los lugares de comunicación que impulsan el desarrollo y perfeccionamiento de los graduados.

Es así que no podemos concebir la gastroenterología argentina sin la Sociedad de Gastroenterología (SAGE).

Para los que nacimos a la especialidad con la SAGE como un hecho consumado, sus beneficios los recibimos como algo natural. Sin embargo, las cosas no siempre se valoran a menos que falten. Pero hoy no podríamos concebir la gastroenterología argentina sin la SAGE.

La SAGE fue creada por hombres visionarios que creyeron fuertemente en que el progreso no se produce si no es con la unión, la unión para el desarrollo y la comunicación. Y la SAGE cumple permanentemente desde hace 80 años con ese designio de intercambio y crecimiento. Las reuniones científicas, la escuela de graduados, la educación médica continua, la promoción de la investigación, los simposios, los congresos y, en los últimos años, la incorporación de la revista *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, son las herramientas poderosas de la comunicación sin las cuales la sociedad no tendría sentido.

Por iniciativa del Profesor Dr Carlos Bonorino Udaondo, la SAGE inicia sus actividades el 10 de mayo de 1927 con el nombre de Sociedad de Gastroenterología y Nutrición de Buenos Aires. Su primer Presidente fue el Dr Zabala, siendo su Vicepresidente el Dr Mariano Castex. Entre otros, formaban parte de la primera Comisión Directiva personalidades tan distinguidas como los Dres Bernardo Housay, Ricardo Finochietto. Por si solos, estos nombres dan idea acabada de la trascendencia que ya se le da

ba por esos tiempos a esta rama de la Medicina Interna.

Nuestra Sociedad cuenta con una nueva sede propia, sita en la calle Marcelo T. de Alvear 1381 9º piso adquirida durante la presidencia del Dr Pedro Morgante. Su crecimiento sostenido se refleja por estar constituida por más de 500 miembros titulares y 150 adherentes.

Los dos pilares en que se asienta la actividad científica-docente de la SAGE son el Congreso Argentino de Gastroenterología y la Escuela de Graduados. Esta última inició sus actividades en el año 1963 bajo la dirección del Dr Ernesto Flaslund Siburu, en el edificio de la Asociación Médica Argentina. A partir de ese año y cada tres años asumieron la dirección de la Escuela figuras relevantes de la Gastroenterología nacional, que ya habían ocupado el cargo de Presidente de SAGE. El título de Especialista era extendido, al cabo de esos tres años, por el Ministerio de Salud Pública de la Nación, bajo resolución ministerial 2961/1978. Realiza una actividad científica y docente de gran envergadura formando, para el país y muchos países de Latinoamérica, gastroenterólogos de gran capacidad y eficacia.

Hoy han pasado casi 45 años de su creación y más de 850 especialistas han recibido su título de postgrado pasando por las aulas de la SAGE. Es, claramente, un extraordinario esfuerzo educativo y formativo que se expande más allá de las fronteras del país. Sin embargo, las circunstancias han cambiado. La necesidad por parte de los gastroenterólogos de nuestro país y de América Latina de contar con un título universitario ha estimulado la asociación con una universidad de reconocida trayectoria como es la Universidad de Buenos Aires. Luego de numerosos trámites encabezados por los Directores de la Carrera Dres Pulpeiro, Varela y Schraier, se posibilitó que a partir del año 2002, el Curso pasara a ser parte de los postgrados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, y la SAGE ha quedado como sede de todas las actividades teóricas, contando con dos Unidades Académicas (Hospital Bonorino Udaondo y Hospital de Clínicas) y once sedes reconocidas por la UBA y que funcionan

en prestigiosos servicios de Gastroenterología de la Capital y la Provincia de Buenos Aires. Sin lugar a dudas esta dependencia universitaria, si bien determina una menor independencia en el manejo de la escuela y un menor ingreso por el pago de aranceles (hoy efectuado por los alumnos en el Departamento de Graduados de la Facultad de Medicina), brinda a nuestros profesionales la posibilidad de contar, al finalizar los dos años y aprobar los exámenes correspondientes, con un título universitario aplicable en el ámbito nacional y latinoamericano.

Los Congresos de la Sociedad se iniciaron en 1951 bajo la presidencia del Dr Alberto Reta en Mendoza. El segundo fue presidido por el Dr Marcelo Royer en 1953 en la ciudad de Mar del Plata. Fueron creciendo permanentemente en número de participantes e invitados extranjeros de gran jerarquía internacional. En la actualidad se realizan bianualmente con un número de inscriptos que superan los tres mil especialistas. En nuestro país se realizaron tres Congresos Panamericanos en: 1948, presidido por el Dr Carlos Bonorino Udaondo, en 1973 con la Presidencia del Dr Marcos Meeroff y el último en 1993 con la presidencia del Dr Alejandro Jmelnitzky.

La revista *Acta Gastroenterológica Latinoamericana* fue creada por iniciativa del Prof Marcelo Royer en el año 1968. Desde el año 2003 es propiedad intelectual de la SAGE. Su adquisición marcó un punto de inflexión trascendental en la historia de la revista

y una gran responsabilidad para quienes formamos el nuevo comité editorial. Constituye una de las dos publicaciones médicas de nuestro país que forman parte del *Index Medicus*, el *Current Contents* y la *Experta Médica y Periódica (Índice Latinoamericano)*. La Sociedad debe agradecer y destacar el extraordinario esfuerzo que dos maestros de la Gastroenterología Argentina y Expresidentes, los Dres Pablo Mazure y Mauricio Schriber, realizaron para mantener durante tantos años la llama viviente de *ACTA*. En la actualidad se publican cuatro números anuales que reflejan la actividad científica de los profesionales de nuestro país, América Latina y Europa.

La SAGE no es un ente abstracto. Es la sumatoria de voluntades de personas que se proponen dar para crecer todos. Es la potenciación y compatibilización de ideas, ideales, pasiones y proyectos comunes.

A los hombres y mujeres que han invertido tiempo y esfuerzo en la SAGE les decimos gracias.

Doctores:  
**Julio C Bai**  
**Rodolfo E Corti**  
**Juan A De Paula**  
**Adrián Gadano**  
**Rubén Terg**

#### PRESIDENTES DE LA SAGE 1968-2007

1968. Pablo Mazure  
 1969. Samuel Kohan  
 1970. Esther Yussem †  
 1971. Luis O Colombato †  
 1972. Ignacio de Larrechea †  
 1973. Horacio W Rubio †  
 1974. Pedro Cotella †  
 1975. Aldo De Paula  
 1976. Víctor Pérez  
 1977. Julián T Arabehety  
 1978. Erman Crosetti  
 1979. Fernando Magnanini  
 1980. Samuel Katz  
 1981. Osvaldo Tiscornia  
 1982. Julio N Cosen †  
 1983. Abraham Lemberg

#### PRESIDENTES DE CONGRESOS 1951-2007

1951. Alberto Reta †  
 1953. Marcelo Royer †  
 1955. Alberto Maggi †  
 1957. Carlos Reussi †  
 1959. Néstor Turco †  
 1961. Victorino D' Alotto †  
 1963. Adolfo Rey †  
 1965. Pedro O Bolo †  
 1967. Marcos Meeroff †  
 1969. Carlos Morel †  
 1971. Pablo García Siguero  
 1973. Luis M Bustos Fernández †  
 1975. Pablo A Mazure

#### DIRECTORES DE LA ESCUELA DE POSTGRADO 1963-2007

1963. Ernesto Flashland Siburu †  
 1964. Marcos Meeroff †  
 1965. Clemente Morel †  
 1966. Luis Bustos Fernández †  
 1967. Alberto Laurence †  
 1968. Pablo García Siguero †  
 1969. Viqueira Casal - Pedro O. Bolo †  
 1970. Pablo Mazure  
 1973. Samuel Kohan  
 1976. Luis O Colombato  
 1979. Aldo de Paula  
 1982. Samuel Katz  
 1985. Erman Crosetti

**PRESIDENTES DE LA  
SAGE 1968-2007**

1984. Alejandro Pulpeiro  
1985. Mauricio Schraier  
1986. Ronaldo F Pardo  
1987. Leonardo A Pinchuk  
1988. León F Kesner  
1989. Carlos G Peralta †  
1990. Jorge Findor  
1991. Emilio Varela  
1992. Luis A Boerr  
1993. Vicente Gutiérrez Maxwell  
1994. Julio C Bai  
1995. Carlos González del Solar  
1996. Alejandro Oría  
1997. Rubén A Terg  
1998. Luis O Soifer  
1999. Luis A Colombato  
2000. Pedro Morgante  
2001. Horacio Besasso  
2002. Juan A De Paula  
2003. Rodolfo E Corti  
2004. Eduardo Mauriño  
2005. Carlos Guma  
2006. David Zagalsky  
2007. Adolfo Badaloni

**PRESIDENTES DE  
CONGRESOS  
1951-2007**

1977. Samuel Kohan  
1979. Luis O Colombato †  
1983. Horacio H Rubio †  
1987. Aldo O De Paula  
1991. Mauricio Schraier  
1995. Fernando Magnanini  
1998. 1<sup>er</sup> Congreso Unificado  
de Gastroenterología y  
Endoscopia Digestiva.  
Leonardo A Pinchuk  
2000. Julio C Bai  
2002. Emilio Varela  
2004. Alejandro Pulpeiro  
2006. Luis Boerr

**DIRECTORES DE LA  
ESCUELA DE POSTGRADO  
1963-2007**

1988. Julio N Cosen †  
1990. Fernando Magnanini  
1992. Alejandro Pulpeiro  
1995. Luis Boerr  
1998. Emilio Varela  
2001. Mauricio Schraier  
2004. Carlos González Del Solar  
2006. Rodolfo E Corti



**Agradecimiento**

Los Directores de *Acta Gastroenterológica Latinoamericana* agradecemos a los expertos que han realizado la *revisión anónima por pares* de los manuscritos presentados a nuestra revista durante el año 2007:

*Abecasis, Raquel*

*Arbelbide, Jorge*

*Argonz, Julio*

*Bandi, Juan*

*Beskow, Axel*

*Bezrodnik, Liliana*

*Carrilho, Flair*

*Castro Ríos, Miguel*

*Ciocca, Mirta*

*Cheinquer, Hugo*

*Daruich, Jorge*

*Eisenchlas, Jorge*

*Fainboim, Hugo*

*Fernández, José Luis*

*Fernández, Marty Pablo*

*Galdame, Omar*

*Gualdrini, Ubaldo*

*Gutiérrez, Silvia*

*Kravetz, David*

*Luna, Pablo*

*Mastai, Ricardo*

*Mauriño, Eduardo*

*Mearin, Fermín*

*Olmos, Martín*

*Oría, Alejandro*

*Pekolj, Juan*

*Pessoa, Mario*

*Podestá, Gustavo*

*Rabinovich, Gabriel*

*Roca, Enrique*

*Romero, Gustavo*

*Rossi, Gustavo*

*Ruf, Andrés*

*Salatino, Mariana*

*Sambuelli, Alicia*

*Smecuol, Edgardo*

*Sosa, Enrique*

*Strauss, Edna*

*Sugai, Emilia*

*Tanno, Hugo*

*Valenzuela, Jorge*

*Vasen, Walter*

*Villamil, Alejandra*

*Villamil, Federico*

*Zamora, Víctor*

## Enteroscopia de doble balón: ¿una luz definitiva al final del camino?

Julio Ernesto Argonz

Jefe de la Unidad de Endoscopia del Hospital de Gastroenterología Dr Carlos Bonorino Udaondo

*Acta Gastroenterol Latinoam* 2007;37:209-212

Correspondiente al trabajo: "Utilidad diagnóstica y terapéutica de la endoscopia de doble balón: experiencia con 225 exámenes".

Klaus Mönkemüller, Lucía C Fry, Helmut Neumann, Steffen Rickes, Peter Malferttheiner

*Acta Gastroenterol Latinoam* 2007;37:216-223

A fines del siglo XX el intestino delgado solamente podía ser estudiado por métodos de observación indirecta como técnicas radiológicas (enteroclistis convencional o por tomografía computada) o de resonancia magnética (enteroclistis por resonancia).

La observación directa a través de la enteroscopia de empuje (*push enteroscopy*: PE) si bien logra incrementar la rentabilidad diagnóstica, presenta como limitación técnica un corto alcance post-pilórico (60-100 cm de intestino delgado).<sup>1</sup>

El fracaso de las distintas técnicas, incluida la gammagrafía con hematíes marcados, para objetivar el punto de sangrado ante una hemorragia de origen oscuro, hizo de la enteroscopia intraoperatoria el método predilecto para el estudio del intestino delgado con una precisión diagnóstica de hasta un 75%, pero reservándola como última opción debido a su considerable incidencia de complicaciones.<sup>2</sup>

Con el advenimiento de la cápsula endoscópica (CE) en el año 2001, se genera un cambio significativo en las posibilidades diagnósticas, sobre todo en la detección de patología sangrante del intestino delgado, en donde ésta se muestra superior a los otros métodos diagnósticos.<sup>3</sup>

La enteroscopia de doble balón, método ideado por el japonés Hironori Yamamoto en el año 2001, se incorpora al mercado dos años después.<sup>4,5</sup> Este ingenioso instrumental logra la visualización profunda del intestino delgado al avanzar en forma "escalonada" gracias a un sistema de inflado y desinflado de balones adheridos a la punta del endoscopio y a la de un sobretubo flexible.

A diferencia de la cápsula endoscópica no solo presenta utilidad diagnóstica, sino que además permite la toma de material para biopsia, así como la realización de diferentes conductas terapéuticas.

Con el mismo puede ser observado no solo el intestino delgado, sino también el estómago y colon, por otra parte admite el acceso endoscópico a un tracto gastrointestinal modificado quirúrgicamente (colangiografía retrograda endoscópica luego de una *Billroth II* u operación en Y de Roux o el estudio del estómago aislado en la cirugía bariátrica), así como también ofrece la posibilidad de efectuar una colonoscopia de difícil inserción.

Debido a esto el nombre original de enteroscopia de doble balón fue cambiado por sus inventores al más adecuado: Endoscopia de Doble Balón o *Double Balloon Endoscopy* (DBE).<sup>6</sup>

La rápida aceptación del método hizo que su uso se extendiera a más de 40 países, surgiendo así una gran experiencia clínica tanto diagnóstica como terapéutica en el tratamiento de las enfermedades del intestino delgado. Esto contribuyó a la necesidad de realizar en Tokio, Japón, durante el año 2006, el Primer *Workshop* Internacional en Endoscopia de Doble Balón a fin de establecer consenso concerniente a diferentes aspectos médicos y técnicos entre aquellos endoscopistas más expertos.<sup>6</sup>

Un Segundo *Workshop* Internacional se llevó a cabo en Berlín, Alemania, en junio de 2007, con la premisa de continuar analizando y discutiendo aspectos del método que necesitan y justifican una aceptación consensuada.

En el presente número del *Acta Gastroenterológica Latinoamericana* el grupo de la División de Gastroenterología de la Universidad Otto-Von-Guericke de Magdeburgo, Alemania, encabezado por

**Correspondencia:** Julio Ernesto Argonz  
Hospital de Gastroenterología C Bonorino Udaondo, Caseros 2061  
(1264). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.  
E-mail: jarg@fibertel.com.ar

Klaus Mönkemüller, analiza el rendimiento diagnóstico y la utilidad terapéutica de la endoscopia de doble balón en un mayor número de pacientes que en su serie publicada en el año 2006.<sup>7</sup>

En este trabajo de cohorte prospectivo los autores realizan en un período de casi 3 años, 225 exámenes en 178 pacientes evaluados por sospecha de patología del intestino delgado. A partir de él podemos desarrollar un análisis de distintos parámetros inherentes a la utilización de este nuevo método como indicaciones del mismo, profundidad de inserción en el intestino delgado por ambas vías, duración media del estudio, exposición a la radiación, efectividad diagnóstica y terapéutica, incidencia de complicaciones, eficacia comparada con otros métodos y cambios en el manejo terapéutico de acuerdo a los hallazgos y seguimiento clínico.

Como era esperable la indicación más común del método fue la investigación de sospecha de sangrado gastrointestinal oscuro (OGIB); ya sea esté oscuro-oculto o bien oscuro –manifiesto. El OGIB representa el 5% de las hemorragias digestivas y generalmente la causa está localizada en el intestino delgado conformando lo que se denomina sangrado gastrointestinal medio.<sup>8</sup>

Es importante destacar que el método aportó un nuevo diagnóstico o bien lo confirmó en el 60% de los 83 pacientes con OGIB. A diferencia de otros trabajos en los que el hallazgo de patología sangrante fue superior (75-80%) podemos inferir que los pacientes eran estudiados previamente a la DBE no solamente con endoscopia alta y baja, sino que en muchos casos existía una orientación previa con CE o bien con enteroclasia por TAC.<sup>9-10</sup>

La DBE es superior al tránsito de intestino delgado y a la PE en la evaluación de OGIB, logrando una visualización del intestino delgado mayor a 3 veces a la examinada por esta última.<sup>11-12</sup>

Si bien existen trabajos que han demostrado que la CE detecta la presencia de sangre o una probable causa de sangrado en una mayor proporción de pacientes que la DBE (80 vs. 60%), otros grupos han reportado similar rendimiento diagnóstico entre ambos métodos en pacientes con OGIB.<sup>13-17</sup> En general se considera que la CE debe seleccionarse para el diagnóstico inicial y la DBE para el diagnóstico histopatológico o para realizar tratamiento del lugar de sangrado detectado por la CE. Existen muy pocos trabajos en los que se puede analizar el mayor rédito de la DBE sobre la CE con relación a diagnóstico de lesiones no observadas por esta última.<sup>18</sup>

Es importante tener en cuenta que cerca del 20% de los pacientes con OGIB presentan lesiones sangrantes del tracto digestivo alto o colorectal, por lo que es muy útil la repetición de estudios endoscópicos de estas zonas antes de efectuar una DBE.<sup>19</sup>

En segundo lugar la indicación de la DBE fue para pacientes con sospecha de enfermedad de Crohn o bien con diagnóstico previo de la misma ya sea para control histológico o bien para evaluar la presencia de estenosis del intestino, complicación de la enfermedad en donde la CE está contraindicada.

Podemos observar que al igual que en diferentes series publicadas los hallazgos patológicos más frecuentes relacionados con OGIB fueron angiodisplasias, úlceras y tumores del intestino delgado,<sup>20</sup> pero también sobresalen las alteraciones intestinales relacionadas con hipertensión portal y distintas poliposis (tipo Peutz-Jeghers, lipomas o adenomas). También fue de utilidad en el diagnóstico de mala absorción, pacientes con dolor abdominal crónico y estudio de pacientes con engrosamiento de pliegues por estudios radiológicos.

A raíz de lo anterior fue posible efectuar una intervención terapéutica (médica, endoscópica o quirúrgica) en 115 pacientes (64%). En 45 pacientes la terapéutica fue realizada con DBE (electrocoagulación, coagulación con argón plasma, dilatación de estenosis y polipectomías).

La duración media del estudio (50 minutos) fue ligeramente menor a lo reportado en otros centros (75 minutos) sin que esto pueda atribuirse a un mayor entrenamiento o a que el objetivo diagnóstico fuera alcanzado más precozmente. Por otra parte, la exposición a la radiación fue similar a la descrita por otros grupos, si bien sabemos que la necesidad de utilizar fluoroscopia va decreciendo a medida que se logra más experiencia con el método, no existen datos concernientes al real impacto de su uso.<sup>9</sup>

En relación a la vía de ingreso, los autores utilizan la inserción oral en 160 casos contra 65 casos en los que la elección fue la ruta anal. El estudio del intestino por ambas vías fue efectuado en 31 pacientes y se debió a la falta de un diagnóstico con la inserción inicial. La elección de la vía de ingreso generalmente está relacionada con la sospecha clínica de localización de la presunta patología a estudiar o bien de acuerdo a la orientación que se tenga por la ayuda de exámenes previos. Hay autores que prefieren comenzar por vía oral y otros por vía anal dado que esta última causa menor disconfort. En contraste, muchas veces es elegida la vía oral como inicio del estu-

dio en pacientes con sangrado activo dada una mayor facilidad en diagnosticar el punto de sangrado ya que la sangre fluye hacia distal en el intestino delgado.<sup>21</sup>

En cuanto a la profundidad alcanzada por ambas vías, se distingue una marcada diferencia a favor del acceso oral sobre el anal, lo que sería debido según los autores a distintas alteraciones anatómicas y/o dificultades técnicas, lo que se contrapone con lo reportado por otros grupos en donde el avance medio por vía anal es del doble.<sup>9</sup>

Es interesante resaltar que la observación total del intestino delgado fue posible utilizando ambas vías en 15 pacientes, reafirmando la dificultad de la observación total en la mayoría de los casos cuando no existe intención de hacerlo o de intentarlo. Usando ambas vías y con intención de explorar todo el intestino, Yamamoto reporta éxito en el 86% de los casos en los que asegura el alcance por vía anal del punto marcado con tinta china cuando utilizó la vía oral. La visualización total del intestino usando la vía oral es inusual, solo 2 casos en la serie de May y col.<sup>9</sup>

A pesar de ello se considera que la realización de una enteroscopia total es necesaria en menos de la mitad de los pacientes, dado el rédito diagnóstico de aproximadamente el 80% con estudios parciales.

En cuanto a las complicaciones los autores destacan la polipectomía de grandes pólipos como la terapéutica de mayor riesgo de hemorragia post-procedimiento, coincidiendo con May y col<sup>22</sup> en su extensa serie de 635 DBE realizadas en 353 pacientes.

De acuerdo a parte de las conclusiones obtenidas en la 2<sup>a</sup> Reunión Internacional de Consenso realizada este año en Berlín, la DBE presenta una baja incidencia de complicaciones cuando el procedimiento es diagnóstico (0.4-0.8%), entre las que sobresale la pancreatitis aguda al utilizar la vía oral como inserción primaria. Por otra parte, la tasa de complicaciones del método cuando se efectúa terapéutica es del 3%, con sangrado y perforación como las más frecuentes, pudiendo llegar a un aumento del riesgo de hasta un 10% ante un procedimiento difícil como es la resección de grandes pólipos.

Si bien en sus comienzos la DBE fue puesta en duda en cuanto a su practicidad debido a la existencia de la CE, hoy podemos entender que ambos estudios se complementan, sobre todo porque si bien la DBE tiene la desventaja de no observar siempre la totalidad del intestino delgado, tiene la ventaja de la acción terapéutica frente a una determinada lesión. La CE es menos invasiva y sirve como guía a un sub-

siguiente estudio con DBE acortando el tiempo de examinación.<sup>23</sup>

La DBE presenta como limitaciones no solo el tiempo de duración, la necesidad de personal entrenado, el disconfort del paciente, sino también la frecuente falta de visualización de todo el intestino delgado sumado a las probables complicaciones relacionadas con el accionar terapéutico.<sup>24</sup> Por otra parte, la DBE amplía sus indicaciones como un arma terapéutica para tratar lesiones identificadas por la CE, como herramienta diagnóstica cuando la CE es negativa y el paciente continúa con sangrado, para efectuar tatuajes de pequeñas lesiones tumorales para su localización laparoscópica y ulterior resección, o bien para remover cuerpos extraños como cápsulas retenidas en el intestino.<sup>25-26</sup>

La relevancia clínica de la DBE podemos enfatizarla no solo en la génesis de nuevos diagnósticos en pacientes con estudios previos negativos, sino también en su efectividad terapéutica con baja incidencia de complicaciones, lo que lleva a un costo-beneficio positivo dada la variación en la conducta a adoptar luego de la misma, ya sea evitando prácticas y/o cirugías innecesarias, así como modificando diferentes conductas terapéuticas médicas.

A pesar de todo, el riesgo es hacernos suponer que ya hemos llegado, cuando lo que acaso hayamos dado es solamente un nuevo paso. No se trata de desconocer los alcances de este método diagnóstico-terapéutico, pero debemos cuidarnos de no caer en el supuesto de haber dado con un recurso que nos exime de seguir investigando. Siguiendo a Gastón Bachelard podemos decir que algunos de los obstáculos que deberá superar la ciencia son, entre otros, la opinión y la observación básica, que deben sustituirse por el ejercicio de la razón y la experimentación. A esta altura vale entonces utilizar la metáfora: "El conocimiento de lo real es una luz que siempre proyecta alguna sombra", por lo que la luz que nos orienta no debiera llegar a ser nunca la que nos encandile.

En este sentido todo nos hace suponer que en relación al tema abordado el porvenir es largo.

## Referencias

1. Ell C, Remke S, May A, et al. The first prospective controlled trial comparing wireless capsule endoscopy with push enteroscopy in chronic gastrointestinal bleeding. *Endoscopy* 2002;34:685-689.

2. Zaman A, Sheppard B, Katon RM. Total peroral intraoperative enteroscopy for obscure GI bleeding using a dedicated push enteroscope: diagnostic yield and patient outcome. *Gastrointest Endosc* 1999;50:506-510.
3. Mylonaki M, Fritscher-Ravens A, Swain P. Wireless capsule endoscopy: a comparison with push enteroscopy in patients with gastroscopy and colonoscopy negative gastrointestinal bleeding. *Gut* 2003;52:1122-1126.
4. Yamamoto H, Sekine Y, Sato Y, Higashizawa T, Miyata T, et al. Total enteroscopy with a nonsurgical steerable double-balloon method. *Gastrointest Endosc* 2001;53:216-220.
5. Yamamoto H, Yano T, Kita H, et al. New system of double-balloon enteroscopy for diagnosis and treatment of small intestinal disorders. *Gastroenterology* 2003;125:1556-1557.
6. Sugano K, Marcon N. The first International Workshop on Double Balloon Endoscopy: a consensus meeting report. *Gastrointest Endosc* 2007;66:S7-S11
7. Monkemuller K, Weigt J, Treiber G, et al. Diagnostic and therapeutic impact of double-balloon enteroscopy. *Endoscopy* 2006;38:67-72.
8. American Gastroenterological Association medical position statement. Evaluation and management of occult and obscure gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 2000;118:197-200.
9. May A, Nachbar L, Ell C. Double-balloon enteroscopy (push-and-pull enteroscopy) of the small bowel: feasibility and diagnostic and therapeutic yield in patients with suspected small bowel disease. *Gastrointest Endosc* 2005;62:62-70.
10. Heine GDN, Hadithi M, Groenen MJM, et al. Double balloon enteroscopy: Indications yield and complications in a series of 275 patients with suspected small bowel disease. *Endoscopy* 2006;38:36-41.
11. Byeon JS, Choi KD, Yang SK, et al. Comparison of double balloon enteroscopy and small bowel series in the evaluation of small bowel lesion. *Gastrointest Endosc* 2006;63:172[abs].
12. May A, Nachbar L, Schneider M, et al. Prospective comparison of push enteroscopy and push-and-pull enteroscopy in patients with suspected small-bowel bleeding. *Am J Gastroenterol* 2006;101:2016-2024.
13. Hadithi M, Heine GD, Jacobs MA, et al. A prospective study comparing video capsule endoscopy with double-balloon enteroscopy in patients with obscure gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol* 2006;101:52-57.
14. Nakamura M, Niwa Y, Ohmiya N, et al. Preliminary comparison of capsule endoscopy and double-balloon enteroscopy in patients with suspected small-bowel bleeding. *Endoscopy* 2006;38:59-66.
15. Matsumoto T, Esaki M, Moriyama T, et al. Comparison of capsule endoscopy and enteroscopy with the double-balloon method in patients with obscure bleeding and polypsis. *Endoscopy* 2005;37:827-832.
16. Mehdizadeh S, Ross AS, Leighton J, et al. Double balloon enteroscopy (DBE) compared to capsule endoscopy (CE) among patients with obscure gastrointestinal bleeding (OGIB): a multicenter U.S. experience. *Gastrointest Endosc* 2006;63:91[abs].
17. Kameda N, Higuchi K, Shiba M, et al. A prospective trial comparing wireless capsule endoscopy and double-balloon enteroscopy in patients with obscure gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc* 2006;63:162[abs].
18. Chong AK, Chin BW, Meredith CG, et al. Clinically significant small-bowel pathology identified by double-balloon enteroscopy but missed by capsule endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2006;64:445-449.
19. Naoki Ohmiya, Tomonori Yano, Hironori Yamamoto, et al. Diagnosis and treatment of obscure GI bleeding at double balloon endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2007;66:S72-S77.
20. Carey E, Leighton J, Heigh R, et al. A Single-Center Experience of 260 Consecutive Patients Undergoing Capsule Endoscopy for Obscure Gastrointestinal Bleeding. *Am J Gastroenterol* 2007;102:89-95.
21. Sugano K, Yamamoto H, Kita H. Double-Balloon Endoscopy. Theory and Practice. Springer 2006
22. May A, Nachbar L, Pohl J, Ell C. Endoscopic interventions in the small bowel using double balloon enteroscopy: feasibility and limitations. *Am J Gastroenterol*. 2007;102:536-538.
23. Delvaux M, Fassler I, Gay G. Clinical usefulness of the endoscopic video capsule as the initial intestinal investigation in patients with obscure digestive bleeding: validation of a diagnostic strategy based on the patient outcome after 12 months. *Endoscopy* 2004;36:1067-1073.
24. Cave D, Legnani P, deFranchis R, et al. ICCE consensus for capsule retention. *Endoscopy* 2005;37:1065-1067.
25. Tanaka S, Mitsui K, Shirakawa K, et al. Successful retrieval of video capsule endoscopy retained at ileal stenosis of Crohn's disease using double-balloon endoscopy. *J Gastroenterol Hepatol* 2006;21:922-923.
26. Lo SK, Mehdizadeh S. Therapeutic uses of double-balloon enteroscopy. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2006;16:363-376.

## Reflexiones acerca de la redefinición y clasificación de la enfermedad por reflujo gastroesofágico: a propósito del Consenso de Montreal

Juan C Chiocca,<sup>1</sup> Graciela Salis<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Consultor Honorario del Servicio de Gastroenterología del Hospital Prof. A. Posadas, - <sup>2</sup> Ex-Jefe de Servicio de Gastroenterología Hospital Prof. A Posadas. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Directora del Curso de posgrado de Gastroenterología; Facultad de Medicina, Universidad del Salvador. Ciudad Autónoma de Buenos Aires

*Acta Gastroenterol Latinoam 2007;37:213-215*

La enfermedad por reflujo es una patología muy prevalente en el mundo occidental y motivo de consulta frecuente en consultorios de clínica médica y gastroenterología. La importancia del último Consenso sobre Redefinición de la enfermedad por reflujo radica en que logra la definición de los síntomas que nos permitirán el diagnóstico de esta entidad, define claramente las formas clínicas de la misma, plantea un cambio en la definición de Esófago de Barrett, y reveé las asociaciones establecidas y probables de las manifestaciones extraesofágicas con el reflujo. Esto permitirá unificar criterios de diagnóstico, comparar poblaciones, realizar trabajos cooperativos y fundamentalmente mejorará el manejo de los portadores de la enfermedad. Por lo antedicho hemos desarrollado la presente editorial.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (EXRGE) es una entidad muy prevalente para la cual no hay una definición clara y universalmente aceptada. El objetivo del presente trabajo fue desarrollar una definición y clasificación por consenso que fuera beneficiosa para pacientes, médicos y agencias reguladoras de la salud. Para lograr este objetivo se utilizó un proceso Delphi modificado, utilizando el voto repetido iterativo. Para llevarlo a cabo un grupo de 5 expertos realizó una revisión sistematizada de la bibliografía y desarrolló una serie de declaraciones o enunciados que fueron sometidos a cuatro vueltas de votación a lo largo de dos años.

El grupo de votación estuvo compuesto por 44 expertos de 18 países.

Basados en esas votaciones las declaraciones fueron modificadas, reformuladas y finalmente aprobadas. El consenso para cada declaración fue definido *a priori* sobre la base del acuerdo de los dos tercios de los participantes.

El proceso fue subvencionado con fondos del área de investigación y desarrollo de *Astra Zéneca*. El documento final fue ratificado por la Organización Mundial de Gastroenterología. Los resultados del mismo fueron presentados por primera vez en el Congreso Mundial de Gastroenterología de Montreal.

### Definición global de la enfermedad por reflujo y sus síndromes

Se definió a la **enfermedad por reflujo** como una **enfermedad que se presenta cuando el reflujo del contenido gástrico causa síntomas molestos y/o complicaciones**. Se clasificaron también las manifestaciones relacionadas con la EXRGE en síndromes esofágicos y extraesofágicos, habiéndose subclasificado a estos últimos en asociaciones establecidas y supuestas. Como conclusiones digamos que aquellos pacientes con síntomas sin lesión esofágica son considerados como portadores de síndromes esofágicos sintomáticos, entre los que se incluye el síndrome típico de reflujo (pirosis + regurgitaciones sin lesión mucosa y el dolor torácico asociado a reflujo). Aquellos que presentan lesiones mucosas incluyen las distintas posibilidades de lesión secundaria a reflujo. La definición aprobada por el consenso permite que los síntomas exclusivamente definan la enfermedad, pero también permite ulterior caracte-

**Correspondencia:** Juan C Chiocca  
Ríoja 3802 (1636), La Lucila Pcia de Buenos Aires. Argentina.  
E-mail: icjc@arnet.com.ar

rización de la misma si se encuentran lesiones mucosas. Se evitó usar en el esquema de clasificación el término enfermedad por reflujo no erosiva dado que está basado en una prueba diagnóstica (endoscopia) que no es utilizada en muchos pacientes y que puede modificarse con el advenimiento de nuevos instrumentos y técnicas (endoscopia de magnificación).

En la definición de esta entidad se habla de enfermedad cuando los síntomas llegan a un umbral en el que se tornan molestos para el paciente. Se prefirió utilizar este criterio por sobre la alteración en la calidad de vida de estos pacientes provocada por el reflujo dado que la misma puede ser afectada por distintos parámetros y no puede ser rápidamente medida en la práctica clínica. En el grupo de consenso se concluyó que en la práctica diaria la determinación de si los síntomas son molestos debía estar centrada en el paciente sin el uso de líneas de corte arbitrarias en lo que a la duración y frecuencia respecta. Hay que tener también en cuenta que los portadores de EXRGE pueden estar asintomáticos y a pesar de ello sufrir complicaciones subyacentes como el esófago de Barrett, cumpliendo por lo tanto con los criterios necesarios para la definición de EXRGE.

Se definieron claramente los llamados síntomas típicos de reflujo a fin de poder unificar criterios para estudios futuros, tanto epidemiológicos como de investigación. La **pirosis** se definió como la sensación quemante en la zona retroesternal y la **regurgitación** como la percepción del flujo de contenido gástrico refluído a la boca o a la hipofaringe.

El reflujo gastroesofágico se asocia a trastornos del sueño, y tanto la pirosis nocturna como los trastornos del sueño en este grupo de pacientes pueden ser mejoradas en forma sustancial por medio del tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBPs) o la cirugía antirreflujo.

También se reconoce que el RGE puede desencadenar episodios de dolor torácico que simulan dolor cardíaco isquémico sin acompañarse de pirosis o regurgitación. Los trastornos motores del esófago pueden desencadenar dolor torácico similar al isquémico por un mecanismo distinto al reflujo gastroesofágico, sin embargo, el reflujo es con más frecuencia el origen de este síntoma.

Los síndromes esofágicos con lesión mucosa incluyen a la esofagitis por reflujo, la hemorragia, la estenosis, el esófago de Barrett y el adenocarcinoma. En la práctica clínica se observa lesión mucosa en menos del 50% de los portadores de síntomas típi-

cos de RGE. La hemorragia digestiva secundaria a EXRGE es inusual y se observa en portadores de úlceras de esófago. Se diagnostica esofagitis por reflujo cuando en la endoscopia observamos faltas de continuidad en la mucosa esofágica a nivel de la unión esofagogástrica o por encima de la misma. La clasificación de Los Ángeles es la más usada para el diagnóstico de esofagitis en los últimos 10 años.

Si bien son escasos los datos sobre la historia natural de la EXRGE, parecería que durante un período de 20 años la severidad de la esofagitis por reflujo no aumenta en la mayoría de los pacientes. El hecho de que las esofagitis severas, el esófago de Barrett y el adenocarcinoma se presenten en individuos mayores parecería apoyar la idea de que en algunos de los pacientes puede existir una lenta progresión de la enfermedad.

Si bien la frecuencia y severidad de los síntomas correlacionan con la severidad de la lesión mucosa, ninguna puede predecir la severidad de la misma en el paciente individual.

La **estenosis por reflujo** se definió como un **estrechamiento persistente de la luz del esófago causado por enfermedad por reflujo gastroesofágico**. El síntoma característico de la estenosis es la disfagia molesta y persistente definida como la imposibilidad del pasaje de la comida de la boca al estómago, que frecuentemente requiere dilataciones asociadas a enérgica supresión ácida. Esta complicación se presenta en bajo número de pacientes con EXRGE. La disfagia, progresiva, persistente y molesta es un síntoma de alarma para la presencia de estenosis o cáncer de esófago y debe ser estudiada.

En el consenso se propuso un cambio en el concepto de esófago de Barrett. Esto lo desarrollaremos a continuación.

#### **Definición consensuada para esófago de Barrett**

Hasta el momento el esófago de Barrett se definía por la presencia de epitelio asalmonado en esófago inferior, con la necesaria certificación histológica de la presencia de metaplasia de tipo intestinal (MI). En el consenso se sugiere que ante la presencia de un epitelio asalmonado cubriendo esófago inferior se informe la endoscopia como "sospecha endoscópica de metaplasia esofágica". Se sugiere no poner en la descripción "sospecha endoscópica de esófago de Barrett" para evitar alarma en el paciente y sus aseguradores en materia de salud. Si bien el riesgo aumentado para adenocarcinoma se asocia a la presencia de metaplasia intestinal, la disparidad entre

distintos estudios en un mismo paciente (atribuible a distribución en parches) es un llamado de atención ya que el muestreo biopsico puede no tomar áreas de interés y pasar desapercibido el diagnóstico. Se observó que la metaplasia intestinal es más prevalente en la extensión proximal del epitelio metaplásico. Por lo tanto, se decidió mantener el nombre de esófago de Barrett a cualquier metaplasia cilíndrica, debiéndose especificar la presencia o ausencia de metaplasia intestinal (esófago de Barrett, MI+/esófago de Barrett, MG+).

El adenocarcinoma de esófago es una complicación de la enfermedad por reflujo y el riesgo aumenta con el aumento de frecuencia y duración de la pirosis. **Hay suficiente información para concluir que el esófago de Barrett largo con MI es el factor de riesgo más identificado para padecer adenocarcinoma de esófago.**

**Síndromes extraesofágicos: Asociaciones establecidas:** En lo referente a las manifestaciones extraesofágicas al revisar la bibliografía se observó que las evidencias que avalen la relación de causalidad son pobres. Por lo que se enfatizó en las siguientes premisas: asociación entre estos síndromes y la EXRGE, la rareza de la presentación de los síndromes extraesofágicos, en forma aislada sin las manifestaciones del síndrome esofágico típico; que estos síndromes en general son multifactoriales y que la EXRGE es uno de los cofactores potencialmente agravante; y que además los datos que apoyan el efecto beneficioso del tratamiento del reflujo en los síndromes extraesofágicos son débiles. En las declaraciones se aceptó que: **la tos crónica, la laringitis crónica y el asma están asociados en forma significativa a la enfermedad por reflujo gastroesofágico.**

Estas entidades son de etiología multifactorial y el reflujo sería un cofactor agravante, y rara vez la única causa de las mismas. Los mecanismos involucrados en el desencadenamiento de estos síndromes son la aspiración y el mecanismo reflejo. También se dejó sentado que los ensayos terapéuticos tanto médicos como quirúrgicos orientados a tratar la EXRGE en portadores de las manifestaciones referidas, son inciertos. Así como se observa correlación entre la EXRGE y las erosiones dentales, principalmente en la superficie lingual de los dientes.

**Síndromes extraesofágicos: Asociaciones propuestas:** No hay suficiente evidencia en lo que respecta a la relación entre reflujo gastroesofágico y sinusitis, fibrosis pulmonar, faringitis u otitis media recurrente. Tampoco se tiene certeza en el rol que juega el reflujo en el desencadenamiento de episodios de apnea del sueño. Tal vez en un futuro el desarrollo de trabajos bien diseñados permitan esclarecer el verdadero papel del RGE en estas manifestaciones extraesofágicas.

Para finalizar digamos que el presente consenso, al redefinir a la EXRGE, nos brinda una terminología uniforme y universalmente aceptada que permitirá el desarrollo de trabajos cooperativos, mejorará y simplificará la asistencia de los pacientes portadores de la entidad.

#### Referencias

- The Montreal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease: A Global Evidence-Based Consensus. Nimish Vakil, F.A.C.G., Sander V. van Zanten, Peter Kahrilas, John Dent, Roger Jones, and the Global Consensus Group. *Am J Gastroenterol* 2006;101:1-21.