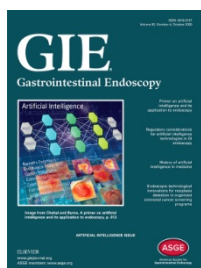


# El Tratamiento Endoscópico del Síndrome de Intestino Irritable

*La presente es una declaración de posición de un grupo de expertos sobre la terapia endoscópica del síndrome de intestino irritable complejo.*



**Fuente:** Gastrointestinal Endoscopy 89(2):215-237

**Título original:** Role of Interventional Inflammatory Bowel Disease in the Era of Biologic Therapy: A Position Statement from the Global Interventional IBD Group

**Autores:** Shen B, Kochhar G, Sandborn W y colaboradores

**Institución:** Cleveland Clinic, Cleveland, EE.UU.; Allegheny General Hospital, Pittsburgh, EE.UU.; University of California San Diego Medical Center, San Diego, EE.UU.

## Introducción

A pesar de los avances médicos, numerosos pacientes con enfermedad de Crohn (EC), colitis ulcerativa y síndrome de intestino irritable (SII) requieren intervención quirúrgica. La cirugía está asociada con efectos adversos y recurrencia de la enfermedad. En la actualidad se necesita que los enfoques del tratamiento del SII puedan superar los límites de los agentes farmacológicos y sean menos invasivos o mutiladores que la cirugía. La endoscopia terapéutica podría unir los tratamientos médicos y quirúrgicos. Las áreas del SII que pueden ser tratadas mediante tratamiento endoscópico son la estenosis, las fístulas o los abscesos, la neoplasia asociada con la colitis (NAC) y los efectos adversos asociados con la cirugía del SII.

El presente artículo es una declaración de posición del *Global Interventional IBD Group* sobre el tratamiento endoscópico del SII complejo, basado en la bibliografía disponible actualmente y la vasta experiencia de sus miembros.

## Las estenosis

Las principales modalidades de tratamiento de las estenosis de la EC son la endoscopia y la cirugía. Los tratamientos endoscópicos para las estenosis son la dilatación endoscópica con balón (DEB), la estricturotomía endoscópica (EE), la colocación endoscópica de stent y la inyección intralesional endoscópica de antiinflamatorios.

La DEB es una modalidad de tratamiento importante para las estenosis del SII. Si bien la mayoría de estas alcanzan el éxito técnico, el éxito clínico parece más difícil de lograr. Los pacientes con una estenosis corta tienen mejor respuesta a la DEB que aquellos con una estenosis más larga. Debido a la falta de éxito clínico sostenido, en la mayoría de los pacientes la terapia endoscópica se repite y algunos requieren intervención quirúrgica. Los procesos adversos asociados con este

procedimiento son poco frecuentes y dependen del tamaño del balón y el uso simultáneo de corticoesteroides. La posición de los autores sobre la DEB es que antes de intentar este procedimiento es esencial la caracterización apropiada de la estenosis, la presencia de inflamación mucosa no contraindica la DEB. Además, la terapia de DEB puede ser segura tanto para estenosis primarias como secundarias, se debe tener precaución en pacientes que toman corticoesteroides sistémicos. La DEB se debe intentar en las estenosis < 4 a 5 cm de largo, el tamaño de balón recomendado es de 15 a 20 mm. La mayoría de los pacientes necesitan redilatación.

En las estenosis asociadas con el SII, la EE es un procedimiento viable técnicamente, pero requiere mucho entrenamiento y experiencia. Es preferible utilizar la EE en estenosis no anguladas en la que se pueda controlar la profundidad del corte. Las ventajas principales de la EE por sobre la DEB son que el endoscopista tiene un control total de la incisión y la disponibilidad de diversos tipos de corte. La posición de los autores con respecto a la EE es que esta es factible técnicamente y podría ser particularmente útil en el tratamiento de las estenosis fibróticas graves o las estenosis del intestino distal cerca del esfínter anal.

La colocación endoscópica de stent parecería ser útil para tratar las estenosis refractarias o recurrentes. En las enfermedades benignas los stents deben ser removidos, según algunos autores antes de las 4 semanas. En la actualidad no existen stents específicos para el tratamiento de las estenosis del SII. La posición de los autores sobre la colocación endoscópica de stent es que los stents metálicos removibles completamente cubiertos podrían ser usados para las estenosis refractarias.

Ha sido estudiada la inyección intralesional endoscópica de infliximab y corticoesteroides y la combinación de la DEB y agentes anti-factores de necrosis tumoral (FNT) para tratar las estenosis pequeñas primarias e intestinales largas o anastomóticas. La posición de los autores con respecto a la inyección intralesional endoscópica de las estenosis es que no recomiendan la inyección de rutina de corticoesteroides de acción prolongada al momento de la DEB, la inyección intralesional de fármaco anti-FNT en simultáneo con la DEB o sola debe intentarse en las estenosis inflamatorias refractarias.

No hay declaraciones de consenso o directrices con respecto al mejor enfoque para las estenosis primarias o anastomóticas. Estudios indican que la DEB tiene mejor tasa de éxito y menos efectos adversos que la estenoplastia. La EE parecería ser más eficaz que la DEB en el tratamiento de la estenosis anastomótica asociada con la EC. La DEB sería más eficaz y rentable que la colocación del stent y tendría menos efectos adversos posoperatorios que la intervención quirúrgica. Cada uno de los enfoques terapéuticos tendría sus pros y contras. De ser posible, se debe intentar primero la terapia endoscópica ya que es menos invasiva y tiene menos efectos adversos que la intervención quirúrgica. Es importante seleccionar de manera apropiada a los candidatos para terapia endoscópica. La posición de los autores sobre la valoración de las modalidades de tratamiento endoscópico es que el tratamiento de elección para las estenosis en los casos favorables es la DEB. La EE es técnicamente más demandante que la DEB pero sería más eficaz, el endoscopista tendría un control total de la incisión y esto disminuiría el riesgo de lesión iatrogénica del esfínter anal o los órganos adyacentes. Además, la colocación endoscópica de los stents metálicos removibles debe ser considerada en casos selectos, debido a la migración del stent es una consideración importante. No recomiendan la inyección de corticoesteroides de acción prolongada al momento de la DEB. La EE parecería tener un mayor riesgo de hemorragia asociado con el procedimiento pero un menor riesgo de perforación. Uno de los objetivos a largo plazo de la terapia endoscópica de las estenosis es evitar o al menos posponer la necesidad de cirugía. El enfoque quirúrgico es preferido en caso de estenosis múltiples, estenosis asociadas con una fistula o absceso, estenosis anguladas o largas (> 4-5 cm), o estenosis (> 2-3 cm) con dilatación luminal prestenótica. El tiempo de los enfoques

alternativos quirúrgicos o endoscópicos debe ser individualizado, múltiples DEB por EC refractaria aumentaría el riesgo de efectos adversos posoperatorios de la cirugía de rescate.

### **Las fístulas y los abscesos**

Los objetivos de la terapia endoscópica en estos casos son drenar el absceso, sanar la fístula y evitar que una fístula simple se transforme en una compleja. En el mejor de los casos el sitio de salida de la fístula está abierto, mientras que el drenaje de la apertura primaria puede estar reducido.

La fistulotomía endoscópica es la manera más eficaz de drenar una fístula superficial. Esta debe realizarse en pacientes con fístula corta, superficial, del íleo al ciego y en fístula perianal y de bolsa a bolsa. La posición de los autores con respecto a la fistulotomía endoscópica es que debe ser realizada en pacientes con fístulas primarias o secundarias cortas superficiales.

La colocación endoscópica de setones y la colocación endoscópica de stent en espiral han sido descritas en el tratamiento de los abscesos perianales e intra-abdominales. El primero sería útil para drenar abscesos en los que no es factible el drenaje percutáneo, mientras que el stent en espiral ha sido utilizado para tratar los abscesos anastomóticos asociados con fugas después de la cirugía del SII. La posición de los autores sobre el drenaje endoscópico con la colocación de stent es que debe realizarse en los abscesos abdominopelvianos provocados por una fuga anastomótica, en los que no es factible el drenaje percutáneo mediante radiología intervencionista.

La inyección endoscópica se utiliza particularmente en las fístulas perianales. Esta puede ser usada sola o en combinación con otros regímenes o modalidades. Entre los agentes usados en la inyección de la fístula se encuentran el pegamento de fibrina, los bilógicos anti-FNT y las células madres. La posición de los autores en referencia a la inyección endoscópica de la fístula de agentes terapéuticos es que se necesita una mayor investigación.

El cierre endoscópico permitiría reducir el drenaje de la fístula y evitar la formación de un absceso. La posición de los autores sobre el cierre endoscópico es que no recomiendan el cierre endoscópico de una fístula primaria abierta de la EC con clips y que el cierre endoscópico podría realizarse en fístulas anastomóticas asociadas con fuga.

### **La neoplasia asociada con la colitis**

Antes del tratamiento endoscópico es importante determinar si la lesión se podrá resear, se debe considerar la morfología, el potencial maligno, la localización, los bordes y la presencia de ulceración. La resección endoscópica puede realizarse si hay una lesión displásica única y se debe intentar la resección solo si esta puede removerse completamente. Los pacientes con SII en riesgo alto de cáncer colorectal deben ser sometidos a una evaluación multidisciplinaria antes de la resección endoscópica, la colectomía es el enfoque elegido para estos pacientes.

La resección mucosa endoscópica (RME) y la disección submucosa endoscópica (DSE) son usadas para tratar los pólipos colorectales grandes y las lesiones neoplásicas que se extienden lateralmente. Sin embargo, estas técnicas conllevan el riesgo de resección incompleta o efectos adversos. La RME y la DSE para las NAC en pacientes con SII son técnicas difíciles. La técnica DSE "híbrida" tiene más riesgos adversos y menos probabilidades de éxito que la RME. Parecería que la RME y la DSE para la NAC son viables técnicamente en manos experimentadas, en la mayoría de los casos son realizadas por endoscopistas terapéuticos. Habría pocos datos sobre los resultados de la resección endoscópica de la NAC. Después de la resección endoscópica los pacientes deben ser controlados.

Las muestras de la resección endoscópica deben ser examinadas histopatológicamente de manera cuidadosa para confirmar el diagnóstico. El plan de tratamiento subsiguiente posterior a la resección endoscópica dependería del grado de neoplasia identificado en la lesión reseçada y la presencia o ausencia de displasia en la base de la lesión y en las muestras aleatorias de la biopsia. Los pacientes con NAC deben ser tratados de manera multidisciplinaria. Se necesitan estudios adicionales que investiguen los resultados a largo plazo de la resección endoscópica. La posición de los autores sobre la resección endoscópica de la displasia asociada con la colitis es que la recomiendan en lesión única polipoide o elevada con márgenes claros, pero no para remover lesiones multifocales o lesiones cancerosas. La resección endoscópica se puede intentar en lesiones bien demarcadas no depresivas pero que no se elevan. La eficacia de la resección endoscópica se mide en el éxito inmediato, la resección completa de la lesión en bloque o la ausencia de enfermedad en los márgenes; el éxito a mediano plazo, la ausencia de neoplasia recurrente en el lugar y el éxito a largo plazo, evitar la colectomía en el largo plazo. Es necesario seguir de cerca a todos los pacientes con NAC sometidos a resección endoscópica.

### **Los efectos adversos asociados con la cirugía del SII**

Los efectos adversos asociados con la cirugía del SII más frecuentes son las fugas anastomóticas agudas o crónicas y las estenosis anastomóticas.

En caso de ausencia de un absceso, se debe intentar el cierre endoscópico de las fugas anastomóticas o en la línea de sutura agudas. El cierre endoscópico con los clips montados sobre el endoscopio (*over-the-scope clips* [OTSC]) parecería ser más eficaz que con los clips utilizados a través del endoscopio (*through-the-scope clips* [TTSC]) para las fugas anastomóticas. La posición de los autores con respecto al tratamiento de las fugas anastomóticas agudas es que se debe intentar el cierre endoscópico asistido por vacío en una fuga anastomótica después de la cirugía del intestino distal en pacientes con SII. Además, las TTSC se deben realizar en fugas anastomóticas o en la línea de sutura pequeñas, y las OTSC en los pacientes con una fuga anastomótica o en la línea de sutura grande, si no hay un absceso.

En la fuga anastomótica crónica se forma un seno que puede estar precedido de un absceso o no. La ubicación más frecuente es la zona presacra. La sinusotomía o la septectomía parecerían ser las terapias más eficaces. Tradicionalmente, el seno presacro se ha tratado quirúrgicamente. La sinusotomía endoscópica sería eficaz y segura para el tratamiento del seno presacro en pacientes con anastomosis ileoanal. La posición de los autores sobre el tratamiento de los senos anastomóticos crónicos es que la sinusotomía endoscópica debería ser la terapia de primera elección en manos experimentadas en pacientes con senos persistentes de la bolsa, la cirugía debe reservarse como tratamiento de rescate.

### **El entrenamiento de los terapeutas del SII**

En el tratamiento multidisciplinario del SII complejo, los terapeutas del SII tendrán una función importante. Sin embargo, son pocos los profesionales formados en esta área. El endoscopista terapéutico no solo deberá tener sólidos conocimientos teóricos de esta enfermedad compleja sino también grandes habilidades técnicas. La próxima generación de terapeutas del SII necesita entrenamiento de manera urgente. La posición de los autores sobre el entrenamiento del terapeuta del SII es que debido a la complejidad de la enfermedad, las lesiones asociadas y las técnicas endoscópicas es necesario un entrenamiento intenso de la próxima generación de especialistas. Las áreas en las que se debe enfatizar son el proceso del SII, el tratamiento médico y

quirúrgico, la anatomía antes y después de la cirugía, las imágenes y la histopatología del SII, y diversas técnicas endoscópicas terapéuticas. Además, recomiendan incorporar el entrenamiento terapéutico del SII a los planes de estudio de los becarios de endoscopia avanzada.

### **Las perspectivas futuras**

Los terapeutas del SII pasaron a ser una parte integral del tratamiento multidisciplinario de estos pacientes. Un mayor conocimiento de la enfermedad y los avances en la tecnología endoscópica abren grandes perspectivas para los terapeutas del SII. Los médicos, los cirujanos y la industria deben trabajar en equipo para poder cubrir la creciente demanda clínica. Es necesario formar y entrenar a las generaciones actuales y futuras de terapeutas del SII.