

CARTAS AL DIRECTOR

Criterios de calidad en las colonoscopias de cribado



Quality criteria in screening colonoscopies

Sr. Editor:

Hemos leído con gran interés el artículo recientemente publicado en su revista¹ donde, con gran detenimiento, se abordan los criterios de calidad que deben cumplirse a la hora de realizar una colonoscopia en los programas de cribado de cáncer colorrectal. Nos llama la atención que tanto en esta guía como en otras revisadas²⁻⁴ entre los criterios de calidad atribuibles al endoscopista (tasa de intubación cecal, tiempo de retirada, tasa de detección de adenomas, extirpación y recuperación de los mismos, tasa de complicaciones...) nunca se mencione la tasa de retroflexión rectal.

Se considera que la retroflexión en recto es imprescindible para valorar la totalidad de la mucosa colorrectal. Solo con esta maniobra es posible visualizar correctamente los últimos 3-4 cm de la mucosa rectal donde hasta el 50% de las lesiones difícilmente se pueden ver de otra forma⁵, incluidas lesiones tumorales⁶. El recto debe ser valorado primero en visión directa hasta la línea pectínea para posteriormente, si no hay contraindicaciones, tal es el caso de una ampolla rectal fibrosada y estrecha tras radioterapia o en proctitis ulcerosa severa⁷, ser visto en retrovisión. Se recomienda incluso capturar una imagen en esa posición como documento legal⁶.

Aún más, se sugiere que esta maniobra de retrovisión se realice también en tramos proximales colónicos, que son más amplios y cuya mucosa no se ve completamente en visión directa, en un intento de disminuir los cánceres de intervalo⁸.

En la literatura publicada se encuentran bastantes referencias al respecto. Así, Hanson et al.⁹ encuentran que un 2,5% de los pólipos detectados lo son solo durante la maniobra de retroflexión, sin efectos secundarios aunque en un 3,5% de sus pacientes esta maniobra no se pudo realizar por dolor. Varadarajulu et al.⁵, en un estudio prospectivo con 600 pacientes en los que se les realizó retrovisión rectal, encuentran 30 lesiones rectales de las cuales 16 de ellas (principalmente pólipos) solo fueron vistas en retroflexión, sin que consideren que esta maniobra alarga la exploración ni condicione riesgos para el paciente.

Nosotros hemos publicado recientemente (en prensa) un caso de adenocarcinoma rectal visualizado exclusivamente en la maniobra de retroflexión. Ello nos ha hecho ser más cuidadosos y conscientes de no olvidar esta útil y sencilla maniobra en todas nuestras exploraciones. Así, hemos aumentado no solo la detección de micropólipos hiperplásicos o adenomatosos sino de lesiones de histología más severa. Sin esta maniobra probablemente no hubiésemos detectado las 2 lesiones que se muestran en las fotos como el presentado en la imagen cuya anatomía patológica fue de adenoma túbulo veloso con displasia in situ (figs. 1 y 2).

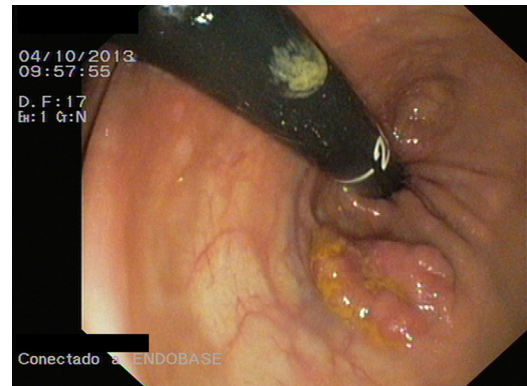


Figura 1 Adenoma veloso rectal.



Figura 2 Adenoma túbulo veloso con carcinoma in situ.

Bibliografía

1. Quintero E, Alarcón-Fernández O, Jover R. Controles de calidad de la colonoscopia como requisito de las campañas de cribado del cáncer colorrectal. *Gastroenterol Hepatol*. 2013;36:597-605.
2. Jover R, Herráiz R, Alarcón M, Brullet O, Bujanda EL, Bustamante M, et al. Clinical practice Guidelines quality of colonoscopy in colorectal cancer screening. *Endoscopy*. 2012;44:444-51.
3. Napoleon B, Ponchon T, Lefebvre RR, Heresbach D, Canard JM, Calazel Benque A, et al. French Society of Digestive Endoscopy (SFED) Guidelines on performing a colonoscopy. *Endoscopy*. 2006;38:1152-5.
4. Rex DK, Petrini JL, Baron TH, Chak A, Cohen J, Deal SE, et al. Quality indicators for colonoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2006;63:S16-28.
5. Varadarajulu S, William H, Ramsey WH. Utility of retroflexion in lower gastrointestinal endoscopy. *J Clin Gastroenterol*. 2001;32:235-7.
6. Rex DK. Development of distal rectal cancer 5 years after a normal photograph of the distal rectum. *Gastrointest Endosc*. 2011;74:728-9.
7. Saad A, Rex DK. Routine rectal retroflexion during colonoscopy has a low yield for neoplasia. *World J Gastroenterol*. 2008;14:6503-5.
8. Rex DK, Vemulapalli KC. Retroflexion in colonoscopy: Why? Where? When? How? What value? *Gastroenterology*. 2013;144:882-3.
9. Hanson JM, Atkin WS, Cunliffe WJ, Browell DA, Griffith CDM, Varma JS, et al. Rectal retroflexión an essential part of lower gastrointestinal endoscopic examination. *Dis Colon Rectum*. 2001;44:1706-8.

Maria Lourdes Ruiz-Rebollo^{a,*}, Sara Gómez De La Cuesta^{a,b}, Carlos Pérez Fernández^b y José Manuel González Hernández^a

^a Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ruizrebollo@hotmail.com (M.L. Ruiz-Rebollo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.01.010>

Úlceras de Cameron: dos formas de presentación clínica de una hemorragia digestiva alta infrecuente



Cameron ulcers: two clinical presentations of an unusual upper gastrointestinal hemorrhage

Sr. Director:

La hemorragia digestiva alta constituye un problema frecuente en las diferentes unidades de endoscopia, tanto en indicación urgente como en su forma diferida. La úlcera péptica complicada continúa como principal causa a pesar del indiscriminado uso de antiseoretos y tratamientos erradicadores de *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Además de la patología ácida, otras lesiones como angiodisplasias, dislaceraciones tipo Mallory-Weiss, y más raramente tumores submucosos y otros tumores completan las causas de hemorragia no varicosa. Describimos a continuación dos casos de hemorragia digestiva, una en forma de vómitos en posos de café y otra en forma de melenas secundario a un tipo especial de ulceración o erosión longitudinal localizada en el cuello de una hernia hiatal por deslizamiento o también llamada úlcera de Cameron.

Caso 1. Mujer de 79 años con historia de regurgitaciones ocasionales y pirosis crónica de más de dos décadas de evolución, en tratamiento con antiseoretos diarios a dosis bajas. Había sido diagnosticada de hernia de hiato por deslizamiento en una endoscopia previa hacía años. Presenta en los últimos cuatro meses mayor número de regurgitaciones y un mes previo al diagnóstico vómitos verdaderos, que tienen un aspecto oscuro en los últimos 10 días. No refería toma

previa de fármacos gastrolesivos. En la endoscopia reciente se pone de manifiesto una evidente hernia hiatal por deslizamiento de aproximadamente 5-6 cm. de tamaño con una ulceración longitudinal de fondo fibrinoide sin signos de sangrado actual, siguiendo los pliegues hacia la curvatura mayor gástrica, todo ello compatible con úlcera de saco herniario o úlcera de Cameron. En la analítica hay un pequeño descenso no significativo de los niveles de hemoglobina. La paciente evolucionó favorablemente con dosis plenas de inhibidores de la bomba de protones y sucralfato.

Caso 2. Mujer de 85 años hipertensa e intervenida de prótesis de cadera. Diagnosticada de anemia microcítica con cifras de Hb basales de 10-9 gr/dl y antecedentes de hemorroides y una úlcera rectal solitaria. Consulta por melenas de 12 horas de evolución, sin toma de antiinflamatorios previos ni antiagregantes o anticoagulantes. Destaca una hemoglobina descendida a 8,7 gr/dl y urea discretamente aumentada, 78 mg/dl. La endoscopia alta urgente evidencia una hernia hiatal por deslizamiento de gran tamaño con presencia de varias ulceraciones lineales cubiertas de fibrina sobre los pliegues gástricos del saco herniario a nivel de la unión toracoabdominal compatibles con úlceras de Cameron sin evidencia de sangrado activo (fig. 1). Se amplía el estudio a una rectosigmo-colonoscopia comprobando la ausencia de úlcera rectal u otras lesiones que justificaran la clínica en el tramo explorado. En la actualidad está asintomática con inhibidores de la bomba de protones.

Las úlceras de Cameron constituyen una causa poco frecuente de sangrado gastrointestinal alto tanto agudo, en forma de melenas o vómitos en posos de café, como crónico, en forma de anemia, con una prevalencia en torno al 5%^{1,2}.

Son úlceras lineales que asientan a nivel del hiato diafragmático en pacientes con hernia hiatal por