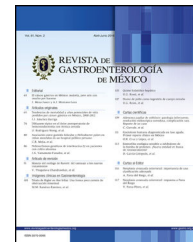




REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



CARTAS AL EDITOR

¿Están realmente listos los anticuerpos anti-CdtB y anti-vinculina para emplearse en pacientes con diarrea en México? A propósito de la colitis microscópica

Are the anti-CdtB and anti-vinculin antibodies really ready for use in patients with diarrhea in Mexico? Regarding microscopic colitis

A los editores:

Leí con interés el trabajo del Dr. Schmulson et al.¹ en el que presentan su experiencia con el uso de los anticuerpos anti-CdtB/anti-vinculina para confirmar la presencia del síndrome de intestino irritable con predominio de diarrea (SII-D) en un pequeño grupo de pacientes con dolor, distensión abdominal y diarrea. Los autores concluyen que sus resultados apoyan el uso de esta prueba como una herramienta de diagnóstico de primera línea para confirmar la presencia de SII-D (Roma III)¹. Evidentemente, esta conclusión excede los alcances de su investigación, ya que esta prueba no ha sido adecuadamente validada en el amplio espectro clínico que abarca a los enfermos con dolor, distensión y diarrea, especialmente aquellos con colitis microscópica (CM).

La correcta validación de una prueba diagnóstica exige características específicas. Primero, la prueba en cuestión se debe comparar contra una prueba diagnóstica patrón o «estándar de oro». El problema es que no se ha definido cuál es el «estándar de oro» en el diagnóstico del SII-D ya que los criterios de Roma tienen una sensibilidad y especificidad insuficientes, mientras que la colonoscopia con biopsias debe realizarse en muchos de los enfermos con SII-D². En México, el 18% de los pacientes con criterios de SII-D estudiados con colonoscopia y biopsias en forma sistemática presentan CM³. En segundo lugar, la validación debe incluir un amplio espectro de sujetos con el cuadro clínico que caracteriza a la enfermedad. Aunque en este estudio se incluyeron algunos pacientes con esprue tropical, enfermedad celíaca, enfermedad diverticular y CM, el número es muy pequeño y otras entidades del espectro sintomático ni siquiera fueron consideradas (v. gr., parasitosis intestinales, mala absorción de ácidos biliares e hidratos de carbono, insuficiencia pancreática exocrina o neoplasias).



Finalmente, se deben evitar sesgos sometiendo a todos los sujetos de investigación tanto a la prueba en evaluación como al «estándar de oro», lo que evidentemente no ocurrió en este trabajo.

Aunque la determinación de los anticuerpos anti-CdtB/anti-vinculina ha sido validada en enfermedad inflamatoria intestinal, no ha sucedido igual en la CM. Efectivamente, la CM se caracteriza por sobreponerse con el SII-D, tener buena respuesta al tratamiento inicial con budesonida, altas tasas de recaída y elevada respuesta al retratamiento^{4,5}. Así, la reaparición de dolor, distensión y diarrea en un paciente con CM que tuvo buena respuesta al tratamiento inicial debe considerarse una recaída de la enfermedad y no puede tomarse como evidencia de SII-D con sobreposición de CM. La recaída sucede entre el 60-82% de los casos de CM y es la principal indicación para dar tratamiento de mantenimiento prolongado^{4,5}.

Los estudios publicados hasta ahora, que evalúan el uso de estos biomarcadores han incluido un número sorprendentemente bajo de pacientes con CM, considerando la prevalencia de esta enfermedad. Los resultados del estudio del Dr. Schmulson et al. refuerzan la necesidad de validar correctamente estas pruebas en el amplio espectro de pacientes con criterios de SII-D, incluyendo un adecuado número de enfermos con CM y otros con el complejo sintomático de dolor, distensión abdominal y diarrea que hasta ahora no han sido considerados.

Conflicto de intereses

Ramón Carmona-Sánchez es miembro del Consejo Asesor de Mayoly-Spindler, ponente para Mayoly-Spindler y Allergan, y participa en protocolos de investigación patrocinados por Laboratorios Senosian y Asofarma.

Referencias

- Schmulson M, Balbuena R, Corona de Law C. Experiencia clínica con el uso de los anticuerpos anti-CdtB y anti-vinculina en pacientes con diarrea en México. *Rev Gastroenterol Mex*. 2016;81:236–9.
- Carmona-Sánchez R, Icaza-Chávez ME, Bielsa-Fernández MV, et al. Consenso mexicano sobre el síndrome de intestino irritable. *Rev Gastroenterol Mex*. 2016;81:149–67.
- Carmona-Sánchez R, Carrera-Alvarez MA, Pérez-Aguilar RM. Prevalencia de colitis microscópica en pacientes con criterios

de síndrome de intestino irritable. *Rev Gastroenterol Mex.* 2011;76:39–45.

4. Münch A, Langner C. Microscopic colitis: Clinical and pathologic perspectives. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2015;13:228–36.
5. Park T, Cave D, Marshall C. Microscopic colitis: A review of etiology, treatment and refractory disease. *World J Gastroenterol.* 2015;21:8804–10.

R. Carmona-Sánchez*

Grupo Médico Médica Arista, San Luis Potosí, México

*Autor para correspondencia. Arista 931, consultorio 5, 1^{er} piso, Tequisquiapan, C.P. 78250 San Luis Potosí, México. Teléfono: +4448292790.

Correo electrónico: rcarmonas1@prodigy.net.mx

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2016.12.003>

0375-0906/

© 2017 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Respuesta a Carmona R.: ¿Están realmente listos los anticuerpos anti-CdtB y antivinculina para emplearse en pacientes con diarrea en México? A propósito de la colitis microscópica



Answer to Carmona R.: Are the anti-CdtB and anti-vinculin antibodies really ready for use in patients with diarrhea in Mexico? Regarding microscopic colitis

A los editores:

Agradecemos a Carmona¹ por su interés en nuestro artículo²; sin embargo, en respuesta a sus comentarios es muy importante hacer algunas precisiones.

En primer lugar, hay que reconocer su excelente y detallada descripción de los pasos que se deben seguir para validar una prueba diagnóstica¹. Sin embargo, queremos reiterar que nuestra comunicación breve² no trataba de la validación de los anticuerpos anti-CdtB y antivinculina —la cual ya fue realizada y publicada por Pimentel et al.³— sino, como el mismo Dr. Carmona refiere al inicio de su carta¹, solo trataba de la presentación de nuestra experiencia clínica con estos anticuerpos en una práctica privada en México². De hecho, nuestra experiencia muestra hallazgos similares a los de la validación previa³, y nuestros datos también son concordantes con los de Remes-Troche et al. en un estudio mucho más grande realizado en Veracruz⁴. En este último se compararon los resultados de 339 pacientes con síndrome de intestino irritable (SII) Roma III vs. 274 controles, y se encontró que estos biomarcadores fueron más prevalentes en SII-D y SII-M, con niveles significativamente elevados solo de antivinculina, lo que indica que este marcador tiene mayor importancia en el SII en México, y que requiere ser investigado⁴.

En segundo lugar, se critican los criterios de Roma para el diagnóstico de SII-D, los cuales han sido universalmente aceptados para el diagnóstico del SII en todos los subtipos⁵. Incluso el recién publicado «Consenso mexicano sobre el síndrome de intestino irritable», del cual el mismo Carmona es el autor principal, establece para el diagnóstico del SII lo siguiente: «Los criterios diagnósticos basados en síntomas permiten establecer el diagnóstico positivo del SII en aquellos enfermos sin datos de alarma y sin factores de riesgo⁶». Según nuestro mejor saber y entender, los criterios de Roma son los criterios basados en síntomas disponibles que, además, se actualizan con base en la evidencia disponible y ello ha llevado ahora a la publicación de los nuevos criterios de Roma IV⁵. El mismo consenso declara: «No existe evidencia suficiente para recomendar la realización de un grupo estándar de pruebas diagnósticas en todos los pacientes que cumplen criterios de SII basados en síntomas» y más adelante dice: «Es recomendable realizar estudios diagnósticos complementarios en todos los pacientes que cumplan con criterios clínicos de SII basados en síntomas y que presenten datos de alarma, síntomas refractarios o factores de riesgo⁶». Por lo anterior, no se explica cómo se puede indicar que «la colonoscopia con biopsias debe realizarse en muchos de los enfermos con SII-D»¹. Nos preguntamos si muchos se refiere a la mayoría. Quisiéramos entender que se refiere precisamente a los pacientes con SII-D que presenten datos de alarma, síntomas refractarios o factores de riesgo, como lo recomienda el consenso mexicano sobre el SII⁶, pero esto definitivamente no corresponde a la mayoría. En este sentido, no pretendíamos reportar nuestra experiencia con el uso del anti-CdtB y antivinculina en pacientes con datos de alarma o refractarios a tratamiento para el SII, o con factores de riesgo para cáncer de colon, por ejemplo, sino como prueba inicial en pacientes con dolor abdominal y diarrea², los cuales —de acuerdo con un grupo de especialistas encuestados en México— tienen al menos un 61.7% de probabilidad de tener precisamente SII-D⁷. Más aún, la presencia de una prueba positiva nos mostró que sirviera como biomarcador positivo de inclusión para SII-D o SII-M en aquellos con criterios de Roma III para estos trastornos².

En tercer lugar, hay que mencionar que la Fundación de Roma también publicó recientemente el perfil clínico multidimensional para caracterizar a los pacientes con trastornos funcionales gastrointestinales en todas sus dimensiones y este perfil no solo incluye los Criterios de Roma como primera categoría, sino también marcadores fisiológicos y