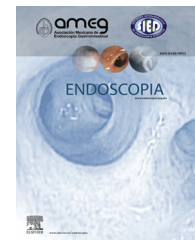




ENDOSCOPIA

www.elsevier.es/endoscopia



ALREDEDOR DEL MUNDO

El uso de betabloqueadores en cirrosis: un cambio de paradigma

Félix Téllez-Ávila

Departamento de Endoscopia, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

Ge PS, Runyon BA. The changing role of beta-blocker therapy in patients with cirrhosis. *J Hepatol.* 2014; 60:643-653.

Nuevos datos muestran que la presión arterial es un factor pronóstico independiente de supervivencia en pacientes con cirrosis. Los pacientes con una presión arterial media > 80 mmHg tienen una supervivencia a un año del 70%, en comparación con solo el 40% en los pacientes con una presión arterial media ≤ 80 mmHg. Por lo tanto, los fármacos que reducen la presión arterial media, como los betabloqueadores, deben evitarse o utilizarse con precaución. La revisión aquí referida cubre el uso de betabloqueadores –comúnmente utilizados en la prevención primaria y secundaria de la hemorragia por varices– en pacientes con cirrosis.

Los autores concluyen que los betabloqueadores mejoran la supervivencia solo en una ventana clínica estrecha durante el curso de la cirrosis. Por ello, sugieren lo siguiente con respecto a la sincronización de los betabloqueadores:

- No usar el tratamiento con betabloqueadores al principio de la cirrosis cuando no hay hipertensión portal significativa (es decir, no hay evidencia de varices). Los estudios demuestran que durante esta fase el tratamiento con betabloqueadores no impide la formación de varices ni aumenta la supervivencia, y se asocia con un aumento de los efectos adversos relacionados con el fármaco.
- Se debe considerar el uso de betabloqueadores durante las etapas intermedias de la cirrosis, cuando la

hipertensión portal se convierte en significativa y existen varices medianas y grandes así como ascitis.

- Evitar la terapia con betabloqueadores en las últimas etapas de la cirrosis, cuando se ve comprometida la reserva cardiovascular, existe ascitis refractaria y la hipotensión sistémica suele estar presentes, y la perfusión a varios órganos está comprometida

Comentario: Como endoscopistas esta revisión de la evidencia actual es muy importante ya que muestra que el uso de betabloqueadores debe abandonarse para el manejo de las varices esofágicas en pacientes con cirrosis en estadios avanzados y debemos inferir que la mejor opción es la ligadura endoscópica.

Se reportan buenos resultados con la ablación por radiofrecuencia del esófago de Barrett con displasia de bajo grado

Phoa KN; van Vilsteren FG, Weusten BL, et al. Radiofrequency ablation vs endoscopic surveillance for patients with Barrett esophagus and low-grade dysplasia: A randomized clinical trial. *JAMA.* 2014; 311:1209-1217.

Para la displasia de alto grado o adenocarcinoma esofágico intramucosa, la resección endoscópica de las lesiones visibles seguido de la ablación por radiofrecuencia (RFA) del esófago de Barrett (EB) ha surgido como un nuevo estándar de tratamiento. En casos de displasia de bajo grado los datos son menos claros.

En el estudio aquí referido, financiado por la industria, se evalúa por primera vez el efecto de la RFA específicamente en pacientes con EB con displasia de bajo grado. Los investigadores asignaron al azar a 136 pacientes de varios centros de Europa para recibir RFA o vigilancia endoscópica. El diagnóstico de displasia de bajo grado fue confirmado por un patólogo experto independiente. La ablación se llevó a cabo cada 3 meses hasta que se consiguió la erradicación endoscópica e histológica.

Correo electrónico: felixtelleza@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.endomx.2014.04.008>
0188-9893/

La progresión a displasia de alto grado o adenocarcinoma esofágico intramucosa ocurrió en uno de 68 pacientes (1,5%) en el grupo RFA versus 18 de 68 (26,5%) pacientes en el grupo de vigilancia endoscópica (diferencia de riesgo de 25%, IC95%: 14,1-35,9). Estos resultados llevaron a la terminación anticipada del estudio de 3 años. En ese momento, todos los pacientes habían sido seguidos durante al menos 24 meses (mediana, 36 meses).

Comentario: Los datos de este trabajo apoyan el uso de RFA en pacientes con EB y displasia de bajo grado. Únicamente, vale la pena notar que en este estudio la tasa de progresión de la displasia de bajo grado es mucho mayor a lo reportado en estudios previos. Estudios sin patrocinio de la industria deben ser realizados antes de poder afirmar que «todos los pacientes con EB y displasia de bajo de grado deben ser sometidos a RFA».

El horario de la preparación de colon «a la medida» más que un horario fijo

Téllez-Ávila FI, Murcio-Pérez E, Saúl A, et al. Efficacy and tolerability of low-volume (2 L) versus single- (4 L) versus split-dose (2 L+2 L) polyethylene glycol bowel preparation for colonoscopy: Randomized clinical trial. *Dig Endosc.* 2014. doi: 10.1111/den.12265. En prensa.

Tradicionalmente la preparación con polietilenglicol (PEG) se realiza con 4 L el día previo o más recientemente con dosis fraccionada (mitad el día previo y la mitad restante el mismo día del estudio). La dosis fraccionada ha mostrado tener mejores resultados en la preparación, con mejor aceptación por parte del paciente. Los datos de que la preparación fraccionada es mejor que la dosis total el día previo, así como otros datos que indirectamente apuntan a la importancia del intervalo de tiempo entre el final de la

preparación y el inicio del estudio son factores determinantes para la calidad de la preparación, hacen cuestionarse la utilidad de la toma de los 2 L el día previo así como de la importancia de la cantidad ingerida (¿realmente se necesitan 4 litros de PEG?). En el presente trabajo se comparó la eficacia y la tolerabilidad de una preparación de bajo volumen (2 L) de PEG vs. 4 L el día previo vs. dosis fraccionada (2 L+2 L). Se aleatorizaron 180 pacientes a 3 grupos: grupo 1 de dosis única (PEG 4 L el día previo al estudio, n=60); grupo 2: dosis fraccionada (2 L el día antes y 2 L en el día del procedimiento, n=61) y grupo 3: 2 L de PEG (el día del procedimiento, n=59). La calidad de la preparación del colon se evaluó mediante la escala de Boston de manera cegada.

La preparación satisfactoria del colon derecho fue más frecuente para el grupo 3 que para el grupo 1 (70 vs. 53%, p=0,045), en el colon transverso fue del 82 vs. 69% (p=0,032), y en la lado izquierdo del colon fue del 80 vs. 67,7% (p=0,028). En comparación con el grupo 2, la preparación satisfactoria en el grupo 3 fue similar en el colon transverso y colon izquierdo. Efectos adversos como náuseas, vómito y malestar abdominal fueron menos frecuentes en los pacientes del grupo 3. Los pacientes del grupo 3 tuvieron menos trastornos del sueño y un menor número de horas de sueño perdidas en comparación con los pacientes de los otros grupos.

Comentario: En el presente estudio se observó que la preparación con 2 L causó menor malestar abdominal y menos trastornos del sueño. La dosis fraccionada tenía una mejor calidad de la preparación en el colon derecho comparado con los otros grupos. La peor calidad de la preparación se obtuvo con la administración de 4 L el día previo al estudio. Estos datos apoyan que más que la cantidad de la solución, la variable de mayor importancia parece ser el intervalo de tiempo entre la última toma de la solución de PEG y el inicio de la colonoscopia: el «horario a la medida».