



PREGUNTAS Y RESPUESTAS EN GASTROENTEROLOGÍA/ENDOSCOPIA DIGESTIVA

¿Cuál es el tratamiento de elección en un paciente con cirrosis hepática y varices esofágicas que han sangrado, con objeto de prevenir el resangrado: bloqueadores beta, ligadura endoscópica, o ambas?

What is the treatment of choice in a patient with liver cirrhosis and esophageal varices that have bled to prevent rebleeding: beta-blockers, endoscopic ligation or both?

Agustín Albillos Martínez

Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá, Madrid, España

Antecedentes

El riesgo de resangrado de los pacientes con cirrosis que sobreviven a un episodio de hemorragia por varices es del 60% en un año, y la mortalidad de cada episodio está próxima al 20%^{1,2}. Las terapias más utilizadas para prevenir el resangrado por varices son la endoscópica (inyección de esclerosante [IE], ligadura con bandas) y la farmacológica con bloqueadores beta (BB) adrenérgicos no selectivos (propranolol, nadolol). La ligadura ha sustituido a la IE como tratamiento endoscópico de elección, pues es más efectiva y segura, si bien ambas causan trombosis, fibrosis y, finalmente, obliteración de las varices³. La terapia endoscópica no modifica el aumento de la presión portal y del flujo sanguíneo esplácnico, que son los factores promotores del desarrollo de las varices, por lo que éstas suelen recurrir una vez obliteradas³. Los BB causan vasoconstricción esplácnica, reduciendo el flujo sanguíneo y la presión en el sistema venoso portal². Los datos disponibles indican que la eficacia del tratamiento endoscópico y farmacológico para prevenir el resangrado es similar^{1,2}. Ahora bien, es probable que, al actuar por diferente mecanismo fisiopatológico, la

aplicación conjunta de ambos posea un efecto sinérgico y sea más eficaz.

Discusión

Confirmamos esta hipótesis realizando un metaanálisis de los ensayos controlados que comparan la terapia combinada, endoscopia (IE o ligadura) y fármacos (BB, con o sin nitratos), con la terapia endoscópica o farmacológica para prevenir el resangrado variceal en la cirrosis⁴. Identificamos 18 ensayos (con 1.304 pacientes) que comparan la terapia combinada y la endoscópica, y 5 (con 556 pacientes) que comparan la terapia combinada y los BB. La terapia combinada es más efectiva que la endoscópica para prevenir el resangrado digestivo por cualquier causa (el 25 frente al 37%; odds ratio [OR] = 0,68; intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,52–0,89) o por varices (el 19 frente al 28%; OR = 0,68; IC del 95%, 0,49–0,95), así como la recurrencia de éstas (OR = 0,64; IC del 95%, 0,53–0,77). Los resultados son similares cuando se analizan los estudios de forma estratificada, según el tipo de publicación o las características de los pacientes. Es importante destacar que el efecto favorable del tratamiento combinado se observó con IE y con ligadura. Cuando se compara con BB, el tratamiento combinado también es más efectivo en prevenir

Correo electrónico: aalbillosm@meditex.es

el resangrado (el 37 frente al 53%; OR = 0,71; IC del 95%, 0,59–0,86). El efecto sinérgico de la terapia combinada se observa mejor al analizar el número de pacientes que es necesario tratar para prevenir un episodio de resangrado, que es de 12 (IC del 95%, 9–22) y 8 (IC del 95%, 6–15) cuando se compara, respectivamente, con el tratamiento endoscópico y el farmacológico.

El efecto del tratamiento combinado sobre la mortalidad es más incierto y el número escaso de pacientes incluidos no permite hacer aseveraciones firmes. El tratamiento combinado reduce la mortalidad en un 18 y un 21% al compararlo, respectivamente, con el tratamiento endoscópico y farmacológico, pero sin que estas diferencias alcancen significación estadística. Se necesitaría incluir al menos 1.000 pacientes por grupo de tratamiento en un ensayo controlado para demostrar diferencias significativas en la mortalidad.

La seguridad de estos tratamientos es poco valorable en los ensayos analizados, pues se tiende a subestimar los efectos adversos del tratamiento endoscópico. Únicamente se puede señalar que los BB se retiran por aparición de efectos adversos en un 7% de los pacientes. Estos resultados sustentan las recomendaciones de las guías clínicas más recientes en la profilaxis secundaria de la hemorragia por varices⁵.

Respuesta

La combinación de tratamiento endoscópico, actualmente mediante ligadura con bandas y BB, es la opción terapéutica

de elección para prevenir el resangrado por varices en la cirrosis (grado de recomendación A; nivel de evidencia 1a).

Coordinadores de la serie

Coordinadores generales: Javier P. Gisbert, Cecilio Santander y Josep M. Piqué

Coordinador de sección: Enrique Vázquez-Sequeiros

Bibliografía

1. Sharara AI, Rockey DC. Gastroesophageal variceal hemorrhage. *N Engl J Med*. 2001;345:669–81.
2. Bosch J, Garcia-Pagan JC. Prevention of variceal rebleeding. *Lancet*. 2003;361:952–4.
3. Laine L, Cook D. Endoscopic ligation compared with sclerotherapy for treatment of esophageal variceal bleeding: a meta-analysis. *Ann Intern Med*. 1995;123:280–7.
4. González-Alonso R, Zamora J, Gómez-Camarero J, Molinero LM, Bañares R, Albillos A. Meta-analysis: combination endoscopic and drug therapy to prevent variceal rebleeding in cirrhosis. *Ann Intern Med*. 2008;149:109–22.
5. García-Tsao G, Sanyal AJ, Grace ND, Carey W, Practice Guidelines Committee of the American Association for the Study of Liver Diseases, the Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. *Hepatology*. 2007;46:922–38.