



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



CARTA AL EDITOR

Manejo de urgencia de encefalopatía hepática



Emergency management of hepatic encephalopathy

Compartimos nuestras inquietudes y aportaciones, posterior a una lectura y análisis del artículo «Evaluación y manejo de emergencias en el paciente con cirrosis». La encefalopatía hepática (EH) constituye una de las principales complicaciones de la cirrosis, la cual consiste en una disfunción cerebral consecutiva a la insuficiencia hepática. Esta va a generar alteraciones a nivel subclínico pudiendo llegar a ocasionar un coma; por ello, se considera una urgencia médica y se debe tratar de forma inmediata¹.

En la primera línea de tratamiento se encuentran los disacáridos no absorbibles, tales como la lactulosa y el lactitol. El artículo no refiere con exactitud en qué circunstancia utilizar estos medicamentos. La administración de estos dependerá del grado de EH en el que se encuentre el paciente. En caso de que se presente una EH de grado I y potencial grado II, está indicada la administración por vía oral; mientras que en los grados II, III y IV se puede llevar a cabo por medio de una sonda nasogástrica o a través de un enema, si el paciente no se encuentra en las condiciones para recibirlo por vía oral².

Los antibióticos no absorbibles son de gran utilidad como alternativa a los disacáridos no absorbibles. Dentro de ellos están la neomicina, el metronidazol y la rifaximina, siendo esta última la más importante, debido a su actual aprobación por la Administración de Alimentos y Medicamentos; sin embargo, aún es de gran relevancia demostrar su eficacia como terapia adjunta. Adicionalmente, se refuerza la información del artículo con el estudio de Sharma et al., en el cual llevaron a cabo un ensayo aleatorizado, doble ciego, en el que 120 pacientes que presentaban EH recibieron solo lactulosa o lactulosa más rifaximina (1200 mg/día). Obteniendo como resultado que aquellos pacientes que recibieron el tratamiento combinado manifestaron una mayor resolución. En comparación de los pacientes que solo recibieron lactulosa; asimismo, mostraron una reducción estadísticamente significativa (5.8 + 3.4 vs. 8.2 + 4.6 días, p 1/4 0.001) en la duración de la estancia hospitalaria³.

En pacientes que no responden al tratamiento convencional, se puede adicionar L-ornitina-L-aspartato (LOLA) vía intravenosa. En un ensayo aleatorizado doble ciego se demostró una mayor tasa de mejoría en el grado de EH (92.5% frente a 66%, p < 0.001), menor tiempo de recuperación (2.70 ± 0.46 frente a 3.00 ± 0.87 días, p = 0.03) y menor mortalidad (16.4% frente a 41.8%, p = 0.001) al comparar los pacientes que recibieron la combinación de LOLA, lactulosa y rifaximina; con los que recibieron placebo, lactulosa y rifaximina⁴.

De forma complementaria, se sugiere incluir la administración de los disacáridos no absorbibles de acuerdo a la clasificación de la EH que presente el paciente, para un mejor abordaje. Asimismo, se considera oportuna la búsqueda y/o elaboración de ensayos clínicos que valoren la eficacia de los diferentes tratamientos combinados para la EH, favoreciendo a la recuperación rápida del paciente y a la disminución de la tasa de mortalidad.

Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Velarde-Ruiz Velasco JA, García-Jiménez ES, Aldana-Ledesma JM, et al. Evaluación y manejo de emergencias en el paciente con cirrosis. *Rev Gastroenterol Mex.* 2022;87:198–215, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmxen.2022.05.001>.
2. Bravo-Coello JR, Pacheco-Moreira VA, Monar-Goyes MC, et al. Manejo clínico y terapéutico en pacientes con cirrosis hepática. *Dom Cien.* 2021;7:90–112. Doi: <https://doi.org/10.23857/dc.v7i6.2412>.
3. Reinert JP, Burnham K. Non-lactulose medication therapies for the management of hepatic encephalopathy: A literature review. *J Pharm Pract.* 2021;34:922–3, <http://dx.doi.org/10.1177/0897190020953024>.
4. Jain A, Sharma BC, Mahajan B, et al. L-ornithine L-aspartate in acute treatment of severe hepatic encephalopathy: A double-blind randomized controlled trial. *Hepatology.* 2022;75:1194–203, doi: 10.1002/hep.32255.

K.L. Rodríguez-Peralta* y J.A. Santiago-Ferrer

Gastroenterología, Universidad Privada San Juan Bautista, Lima, Perú

* Autor para correspondencia. Universidad Privada San Juan Bautista, Lima, Perú.

Correo electrónico: luana040402@gmail.com

(K.L. Rodríguez-Peralta).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2023.03.002>

0375-0906/ © 2023 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 Rodríguez-Peralta del artículo «Evaluación y manejo de emergencias en el paciente con cirrosis»



Response to Rodríguez-Peralta concerning the article "Evaluation and management of emergencies in the patient with cirrhosis"

Sr. Editor,

Agradecemos el interés de Rodríguez-Peralta y Santiago-Ferrer sobre las inquietudes respecto a nuestro artículo «Evaluación y manejo de emergencias en el paciente con cirrosis». En dicho artículo de revisión los autores nos trazamos el objetivo de analizar la literatura disponible acerca del manejo especial que requieren los pacientes con cirrosis hepática (CH) en el contexto de urgencias. En la metodología se seleccionaron los tópicos enfocados en el abordaje inicial del paciente con CH descompensada, respecto a la evaluación y manejo de urgencia, todo soportado por la información existente en español e inglés disponible entre los años 1980 y el primer trimestre de 2021.

Con lo anterior, en cuanto a la primera inquietud del manejo de la encefalopatía hepática (EH) con disacáridos no absorbibles, como lactulosa y lactitol, en nuestra revisión se cita que la dosis inicial de lactulosa recomendada por las principales asociaciones internacionales como la *American Association for the Study of Liver Diseases* (AASLD) y la *European Association for the Study of the Liver* (EASL) es de 25 ml (16,7g) cada 2 horas hasta lograr al menos 2 evacuaciones blandas, lo cual sería la meta para la corrección urgente de la EH, garantizando su adecuada administración a través de tubos enterales en pacientes cuyo estado neurológico los incapacite para una adecuada deglución o que requieran protección de la vía aérea¹. Basándonos en lo anterior, al especificar que en estos casos de EH grave se debe garantizar su adecuada administración con tubos enterales en quien su estado neurológico lo amerite, con lo cual al conocer nosotros la escala de gravedad de West Haven entendemos que en pacientes con EH grado III o IV, o con cualquier incapacidad para la vía oral, se recomienda que se utilice la administración de lactulosa mediante sonda nasogástrica. Estamos de acuerdo en que no hacemos referencia en nuestra publicación a la administración por vía enema

como opción terapéutica debido a la escasa evidencia de alta calidad y a que el procedimiento es poco práctico y efectivo en la práctica clínica real, donde además después de la publicación de Uribe et al.² en 1987 en este sentido no se ha generado más evidencia al respecto.

En relación con el comentario sobre los antibióticos no absorbibles, estamos de acuerdo con que el único aprobado actualmente por la *Food and Drug Administration* (FDA) es la rifaximina, y que su papel principalmente es como terapia adjunta a un disacárido no absorbible. La misma idea quedó plasmada en nuestro artículo, donde se especifica que su principal papel es como «terapia aditiva» a la lactulosa, con grado de evidencia I, A1, en las guías del 2014 de la AASLD y EASL³. Así mismo, hacen referencia al trabajo de Sharma et al., donde se recomienda la combinación lactulosa más rifaximina, ya que en comparación con lactulosa sola se alcanza una mayor resolución de EH en los pacientes con terapia combinada⁴. Cabe señalar que la fuente de dicha aseveración (artículo de Reinert et al.) es una «revisión de literatura» publicada en diciembre de 2021, cuando ya se había enviado nuestro manuscrito, pero además es importante señalar que la referencia original del trabajo de Sharma et al. (2013) concluye que la combinación de lactulosa más rifaximina es más eficaz que la lactulosa sola en el tratamiento de la EH manifiesta⁵, aseveración que no cambia lo expresado en nuestra publicación, donde se plasma una idea similar a la que proponen, citando nosotros adicionalmente una revisión sistemática y metaanálisis (que incluye el análisis de Sharma et al.) en donde comentamos que la terapia inicial combinada aumenta la eficacia clínica de manera significativa, con un número necesario a tratar de 5, así como una disminución de la mortalidad⁶.

En cuanto al comentario de adicionar L-ornitina, L-aspartato (LOLA) por vía intravenosa (IV) a pacientes que no responden a terapia convencional, estamos totalmente de acuerdo, por eso mismo en nuestro artículo se describe que puede ser utilizado por vía IV como alternativa o agente adicional en pacientes sin respuesta al tratamiento convencional, con estudios que demuestran mejoría en pruebas psicométricas y niveles de amonio en pacientes con EH persistente, incluso con mejoría en mortalidad en metaanálisis^{1,7}. Reconocemos que es interesante el artículo al que los autores hacen referencia, donde se demuestra que LOLA mejora el grado de EH, reduce el tiempo de recuperación y se asocia menor mortalidad; sin embargo, este trabajo fue publicado en el año 2022, cuando ya había sido publicada nuestra revisión.

Por último, es importante recordar, como mencionamos previamente, que el objetivo de nuestro trabajo fue ofrecer a los lectores una revisión de los aspectos fundamentales de la reanimación inicial de pacientes con CH críticamente

Véase contenido relacionado en DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2023.03.002>