

Cartas al editor

Espectro morfológico de la biopsia hepática

Autores: Marthelena Acosta, Luis Mejias, Maria Ruiz.
Revista Gen, 2013;67(1):4-10

Previo análisis del trabajo en cuestión, es importante destacar la correlación clínico anatomopatológica dentro del contexto de las enfermedades hepáticas, se utilizó objetivos precisos, los cuales fueron alcanzados a lo largo de la investigación, presentando como rasgo de interés el predominio en el sexo femenino y así mismo la prevalencia de la esteatosis hepática en dicho estudio. Hecho que pone en manifiesto la probable influencia del síndrome metabólico en estos pacientes.

Los resultados fueron acordes con publicaciones de referencia, considerando en mi humilde juicio, la justificación clínica para la realización de la biopsia hepática como método de diagnóstico.

Otro elemento de interés, es la influencia del virus de la hepatitis C y su progresión a la cirrosis hepática en el contexto de la población estudiada. Es importante destacar que el análisis de este espectro morfológico enriquece el contexto clínico en un paciente en el cual, exista la superposición de diversas entidades y más aún en aquellos en el que el diagnóstico clínico no se establece con claridad.

En conclusión, dicho trabajo proporciona una visión amplia de la patología hepática, su influencia por sexo y por otros trastornos asociados (síndrome de resistencia a la insulina, trastorno del metabolismo de los carbohidratos, obesidad), para así, definir la actitud terapéutica más acertada.

Dr. Ramón Castillo, Gastroenterólogo, participante del curso de ampliación de Endoscopia Digestiva y Colangiopancreatografía Retrograda Endoscópica de la Universidad Central de Venezuela, sede Hospital Universitario de Caracas, Venezuela.
Correo-e: ramon.cast@hotmail.com

He leído con interés el trabajo **Preparación del colon para colonoscopia comparando PEG y Manitol en un grupo de 100 pacientes (50 pacientes para cada tipo de preparación)**

El manitol es ampliamente usado en Brasil y Colombia, como solución purgante en la preparación colónica para la colonoscopia. En Venezuela, aunque hay experiencias personales al respecto, la publicación del Servicio de Gastroenterología del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo, de Caracas, representa el primer trabajo sobre preparación colónica utilizando manitol y comparándolo con PEG. Como bien demuestran los autores, el manitol es mejor tolerado por los pacientes, debido a su mejor sabor y menor

cantidad de líquido a ingerir. Es controversial la conclusión de los autores, en relación a que el manitol fue más efectivo que el PEG en cuanto a la calidad de la preparación colónica alcanzada, debido a que en este trabajo, en el grupo PEG se tomó la solución purgante más de 20 horas antes de la realización del procedimiento, en cambio en el otro grupo, la solución de manitol fue ingerida 5 horas antes de la realización del examen. Esta diferencia es fundamental, porque hay consenso general^{1,2} en cuanto, a que lo más importante, para obtener una excelente preparación colónica, es ingerir, cualquier que sea la solución purgante (PEG, fosfosoda o manitol) entre 3 y 4 horas antes del procedimiento, ya sea completa o la mitad de la dosis (dosis split: mitad 12 horas antes y otra mitad 4 horas antes).

Otro aspecto interesante en relación al empleo de manitol para la limpieza del colon para la colonoscopia, es el "temor" que existe por el riesgo de explosión colónica cuando se utiliza el electrocauterio o argón plasma en pacientes preparados con este producto. Algunos endoscopistas brasileños me han comentado de manera informal, que nunca han tenido complicaciones utilizando manitol en procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y consideran que las raras complicaciones graves que han sido reportadas probablemente se debieron a preparaciones inadecuadas.³ Mi opinión personal, es que es mejor ser cauteloso, y utilizar el manitol solo para procedimientos diagnósticos. En algunos pólipos pequeños (entre 8 y 15 mm), sobre todo pediculados, en colon excelentemente preparados con manitol, lo que hago es tratar de intercambiar el líquido residual con agua, y luego de haber "retirado" el manitol, procedo a aplicar electrocauterio. En lesiones colónicas mayores de 15 mm o en los casos que ameriten aplicación de argón plasma, el paciente es citado para otra ocasión, preparado con PEG o fosfosoda. Por otro lado, el 90% de los pólipos son menores de 8 mm y estos pueden ser resecados con corte "frio", sin utilizar electrocauterio.

Por último, felicito a los autores por el diseño y manejo estadístico utilizado en el estudio.

Referencias bibliográficas

1. Rex DK, Petrini JL, Baron TH, et al. Quality indicators for colonoscopy Am J Gastroenterol 2006;101:873-85.
2. Cohen L. Split dosing of bowel preparations for colonoscopy: an analysis of its efficacy, safety, and tolerability Gastrointest Endosc 2010;72:406.
3. Bond H. Colonic gas explosion: is a fire extinguisher necessary? Gastroenterology 1979;77:1349-50.

Alfredo Suarez
Gastroenterólogo
Barquisimeto - Venezuela