

ANÁLISIS DE LA DECISIÓN EN LA CLÍNICA

DOCENTE: ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ

ALUMNO(A): ITZEL VALERIA ESPINOSA SARAUS

—————→
MEDICINA HUMANA

8vo SEMESTRE

29-NOVIEMBRE-2020

VARICES ESOFÁGICAS

Las várices son un conjunto de venas longitudinales y tortuosas situadas preferentemente en el tercio inferior del esófago, que cursan a través de varios niveles desde la lámina propia hasta la submucosa profunda, pueden progresar hacia la parte superior del esófago o hacia el estómago¹, estas se comunican por medio de venas perforantes con una circulación colateral paraesofágica extensa y se forman como consecuencia de hipertensión portal.

Várices gastro-esofágicas, várices de la unión cardioesofágica, várices esofagogástricas, várices en el fondo y esófago, várices de la unión gastroesofágica.

Conceptos previos

Se desarrolla hipertensión portal en prácticamente todos los pacientes con cirrosis². La ruptura y sangrado de las várices son una complicación mayor de la hipertensión portal y conlleva una alta mortalidad. El sangrado por várices es aproximadamente el 10 a 30% de las hemorragias digestivas del tracto superior.

CLASIFICACIÓN DE DAGRADI

GRADO I	Varices que apenas protruyen sobre la mucosa del esófago, suelen desaparecer con la insuflación y en ocasiones solo son visibles durante la maniobra de Vasalva.
GRADO II	Varices que claramente protruyen sobre la mucosa del esófago, rectas y con un diámetro < 5mm.
GRADO III	Varices que protruyen marcadamente en la luz del esófago, con un diámetro de >5mm., rectas o tortuosas y en la que cada cordón puede individualizarse del adyacente.
GRADO IV	Varices tan prominentes en la luz que casi contactan con la pared opuesta, tortuosas y que coalescen unas con otras.
GRADO V	Igual al anterior, pero que las varices además presentan signos rojos en la superficie.



Se han propuesto diversas clasificaciones para las diferentes várices esofágicas, siendo la más utilizada es la clasificación de Paquet³ :

Grado I: mínima protrusión en la pared esofágica, usualmente rectas, en un solo cuadrante o telangiectasias e hipervascularización capilar

Grado II: presencia de nódulos o cordones moderadamente protruidos que ocupan dos cuadrantes, rectos o en rosario, calibre pequeño o mediano.

Grado III: várices ocupan tres cuadrantes, tortuosas, tamaño mediano o grande, protrusión compromete hasta la mitad de la luz esofágica, pueden tener signos de color rojo.

Grado IV: várices ocupan cuatro cuadrantes tortuosos, grandes, gruesos que ocupan más de la mitad de la luz esofágica y usualmente tienen signos de color rojo.

Clasificadas en dos grupos, según Sarin⁴ y recomendado según consenso de Baveno III

Tipo I: várices esofagogástricas (VEG)

Tipo II: várices gástricas aisladas. (VGA) Las várices gástricas (VG) son menos comunes que várices esofágicas (VE) en 20% de todos los pacientes con hipertensión portal.

Las várices esofagogastricas siempre están asociadas a várices esofágicas y se subdividen en:

Tipo VEG - 1: aparecen como una continuación .de las várices esofágicas y que se extienden hasta 2 a 5 cm por debajo de la unión gastroesofágica solo en la curvatura menor del estomago.

Tipo VEG - 2: se extienden hacia el fondo del estomago.

Mientras tanto las várices gástricas aisladas o VGA se subdividen:

Tipo VGA - 1: se localizan sólo en el fondo en ausencia de várices esofágicas

Tipo VGA - 2: se localizan en cualquier lugar del estómago

DIAGNÓSTICO

La presencia de várices esofágicas se correlaciona con la gravedad de la enfermedad hepática. Por ejemplo, los pacientes con cirrosis hepática en clase Child-Pugh C, el 85% presentan várices. Se recomienda realizar endoscopia a todos los pacientes con cirrosis hepática para la detección oportuna de várices esofágicas y gástricas al momento del diagnóstico.

CUADRO CLÍNICO

- Edad: trombosis portal y cirrosis biliar secundaria son comunes en niños; en adultos la cirrosis es la causa mas frecuente. - Sexo: en ambos sexos. - Historia : debilidad, cansancio, malestar general, hiporexia, hemorragia repentina y masiva con shock, náusea y vómito, baja de peso, dolor abdominal generalmente en hipocondrio derecho y epigastrio, ictericia y coluria, edema y distensión abdominal, prurito, sangrado espontáneo en las encías o epixtasis, síntomas de encefalopatía, impotencia y disfunción sexual, calambres musculares. - Síntomas: las várices esofágicas no producen dolor ni molestias, excepto cuando sangran. El sangrado por várices es una complicación grave del daño hepático crónico y puede manifestarse de las siguientes maneras:

Vómitos con sangre (hematemesis)

Deposiciones de color negro y mal olor (melena)

Lipotimia o desmayo

Anemia crónica, en casos de pequeños sangrados por gastropatía hipertensiva portal.

-Examen físico

Palidez, presión arterial baja, incremento de pulso y cambios en la presión sanguínea postural sugieren pérdida de sangre.

Disnea y taquipnea.

Puede presentar ictericia por insuficiente función hepática.

Telangiectasias, ginecomastia, eritema palmar, ascitis, edema, atrofia testicular.

Venas dilatadas radiales hacia afuera desde el ombligo (cabeza de medusa).

Circulación colateral en abdomen.

Hígado puede ser de pequeño tamaño, esplenomegalia.

Tacto rectal presenta melena.

TRATAMIENTO

Existen tres objetivos primarios en el manejo agudo del sangrado variceal activo:

Resucitación hemodinámica.

Prevención y tratamiento de las complicaciones.

Tratamiento del sangrado.

Todos deben realizarse de forma simultánea y con un equipo multidisciplinario.

Se recomienda evitar la sobretransfusión de glóbulos rojos y mantener como objetivo niveles de hemoglobina entre 7 y 8 gr/dl, aunque otros factores deben ser considerados como enfermedad cardiovascular, edad, estado hemodinámico y persistencia del sangrado.

Se recomienda transfusión de plaquetas en pacientes con sangrado activo y cifras de plaquetas menores a 50,000 / μ l, pero no en pacientes sin sangrado activo o que estén hemodinámicamente estables. La transfusión de plasma fresco congelado se recomienda con niveles de fibrinógeno menor a 1 gr/L ó con nivel de tiempo de protrombina, INR o tiempo de tromboplastina parcial activada mayor a 1.5 veces el normal.

Se recomienda que en pacientes con sospecha de sangrado variceal los agentes vasoactivos (terlipresina u octreótide) sean iniciados tan pronto sea posible, antes de la endoscopia y continuarlos por 5 días.

- Terlipresina. 2 mg IV cada 4 horas y titularse a 1 mg IV cada 4 horas al controlar la hemorragia.
- Octreótide. 50 mcg en bolo seguido de infusión de 25-50 mcg/hr por 5 días.