



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MEDICINA HUMANA

8º SEMESTRE

ANALISIS DE DECISION EN LA CLINICA

TRABAJO:

**MANEJO DE SANGRADO POR VARICES ESOFAGICAS EN
URGENCIAS**

DOCENTE:

DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

ALUMNO:

MARIO FREDY RUIZ ALFARO

TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS , NOVIEMBRE DE 2020

MANEJO DE VARICES ESOFAGICAS EN URGENCIAS

La hemorragia digestiva por várices esófago-gástricas es una de las complicaciones más dramáticas en gastroenterología, y es el resultado del estallamiento de las várices por el aumento de la presión portal. La hipertensión portal es producto del incremento patológico de la presión hidrostática del sistema venoso portal. Esto hace que la gradiente de presión portal entre la vena porta y la vena cava inferior (gradiente de presión portal) aumente por encima de los valores normales (1-5 mm Hg). Cuando la gradiente llega a 12 mm Hg o es mayor, se presentan las complicaciones: hemorragia digestiva por ruptura de várices esófago-gástricas, ascitis, encefalopatía hepática, bacteriemia, hiperesplenismo, etc.

Para que se produzca la ruptura de la várice es necesario que existan los siguientes factores:

- a) Incremento de más de 12 mm de Hg de presión portal;
- b) Incremento del diámetro del vaso varicoso;
- c) Disminución del grosor de la pared variceal; factores que aumentan la tensión de la pared de las várices y que se expresan por signos endoscópicos.

Durante el episodio de sangrado se presentan 2 fases: la fase aguda de sangrado activo y la fase posterior al sangrado. La fase aguda se inicia con la hemorragia activa y dura varias horas. La hemorragia puede detenerse espontáneamente en el 50% de los casos; en el 50% restante la hemorragia puede ser muy severa especialmente en los pacientes Child C, y requiere una intervención agresiva para controlar el sangrado. Se ha observado que luego de cesar la hemorragia variceal activa se presenta un periodo crítico de resangrado en los siguientes 10 a 12 días.

La causa más frecuente de hipertensión portal es la cirrosis hepática de etiología alcohólica o relacionada con el virus B o C de la hepatitis. Al momento del diagnóstico de cirrosis el 50% de los pacientes ya han desarrollado várices esofágicas que se pueden diagnosticar endoscópicamente. El 90% de los pacientes que sobreviven, más de 10 años desarrollarán várices de esófago.

El riesgo de sangrado aumenta si las várices esofágicas tienen signos predictores de sangrado: "red spots" (red whale marks, cherry red spots, diffuse redness) o si el paciente tiene algún signo clínico grave de descompensación hepática (Child C). Luego del primer sangrado por várices, la mortalidad llega al 30%. En los que sobreviven el riesgo de resangrado a los dos años es alto: 70%, persistiendo en ellos la mortalidad en el 30%. Estas cifras pueden ser mayores, debido a que en las estadísticas no se incluyen a pacientes que fallecen por sangrado masivo antes de llegar al hospital. El objetivo del tratamiento de la hemorragia variceal es controlar el sangrado agudo, evitar las complicaciones y prevenir el resangrado.

TRATAMIENTO DEL SANGRADO AGUDO

El sangrado por várices esófago-gástricas es una emergencia que debe ser tratada en una unidad de cuidados intensivos por un equipo multidisciplinario de gastroenterólogos, endoscopistas, cirujanos y radiólogos intervencionistas. El primer paso del tratamiento consiste en estabilizar hemodinámicamente al paciente, reemplazando el volumen sanguíneo perdido y previniendo las complicaciones. Luego se identifica la causa del sangrado realizando una endoscopia de urgencia (durante las primeras seis horas), y simultáneamente tratar la lesión sangrante. Para el tratamiento del sangrado agudo disponemos de varias posibilidades: Tratamiento farmacológico, tratamiento mecánico, tratamiento endoscópico. Si con ellos no podemos controlar el sangrado debe considerarse el tratamiento quirúrgico o la colocación de TIPS.

TRATAMIENTO MÉDICO

Los medicamentos usados en el tratamiento del sangrado variceal agudo tienen por objeto reducir la presión portal y de esta forma detener el sangrado. Las drogas más usadas son la vasopresina, somatostatina, octreotide y terlipresina.

Vasopresina, es una hormona que casi ha dejada de usarse debido a sus efectos colaterales: bradicardia, isquemia miocárdica, hemorragia cerebral. La asociación con nitroglicerina disminuye los efectos colaterales.

Somatostatina, es una hormona que es usada en infusión continua en dosis de 250 a 500 ug/h; después en bolo de 250 ug, que puede ser repetido hasta 3 veces en las primeras horas si el sangrado no es controlado. Estudios comparativos han mostrado que la somatostatina es efectiva y segura para controlar el sangrado. Después de lograr la hemostasia (periodo de 24 horas sin signos de hemorragia), la perfusión de somatostatina puede ser mantenida por 5 días para prevenir el resangrado.

Octreotide, es un análogo sintético de la somatostatina que ha demostrado ser efectivo en disminuirlas complicaciones del sangrado variceal después de tratamiento con escleroterapia de emergencia. Sin embargo, esta eficacia no se ha encontrado en el primer sangrado variceal.

Terlipresina (o glipresina), es un análogo de la vasopresina con efectos prolongados, y se administra en dosis de 2 mg cada 4 horas. Es mejor tolerada que la vasopresina y raramente causa efectos colaterales. Estudios controlados con placebo han mostrado que la eficacia en controlar el sangrado es del 80%. Una vez lograda la hemostasia la terlipresina se administra por cinco días más en pequeñas dosis (1 mg/4 h), para prevenir el resangrado temprano. Además, ha mostrado ser efectiva en el tratamiento de la gastropatía hipertensiva y en la prevención del resangrado variceal temprano luego de la escleroterapia.

La ventaja del tratamiento farmacológico es que no requiere personal ni equipos especializados, permitiendo una inmediata administración de las drogas.

TRATAMIENTO MECÁNICO

El tratamiento mecánico con la sonda balón (sonda Sengstaken Blakemore, sonda Minnesota), se ha usado por mucho tiempo con resultados variables. Es efectivo en el control temporal (6 a 18 horas) del sangrado variceal agudo, permitiendo la resucitación del paciente y planear el tratamiento a seguir.

La colocación de la sonda está indicada cuando existe dificultad para realizar la endoscopia terapéutica por sangrado activo masivo. Luego de colocar la sonda balón, se espera unas horas, y luego se realiza el tratamiento endoscópico. Otra indicación es usarla en caso de fracaso del control del sangrado con la endoscopia terapéutica y antes de iniciar otro tratamiento.

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO

El tratamiento endoscópico de las várices esófago-gástricas se realiza en tres situaciones:

- a) Hemorragia aguda, en pacientes con sangrado activo, luego de realizar una endoscopia de emergencia (primeras 6 horas) para excluir las causas no variceales de sangrado; se identifica y controla el sangrado variceal.
- b) Hemorragia variceal que ha cesado: se indica el tratamiento obliterativo (electivo), para evitar el riesgo de sangrado recurrente. Este tratamiento es importante para lograr la erradicación de las várices y prevenir el resangrado,
- c) En pacientes con várices esofágicas que nunca han sangrado se puede realizar el tratamiento profiláctico, el principio de este tratamiento es prevenir el sangrado variceal inicial.

Para el tratamiento endoscópico disponemos de técnicas ya establecidas como la escleroterapia, la ligadura de várices y otras técnicas de las que hay pocos reportes como la aplicación de clips metálicos en la várice y el endoloop.

ESCLEROTERAPIA

Crafoord y Frenckner, fueron los primeros en realizar la inyección de sustancia esclerosante en las várices de esófago en 1939. La técnica consiste en la inyección intra o parivariceal de sustancias esclerosantes (polidocanol al 1%, oleato de etanolamina al 5%, etanol, morruato de sodio, etc.) que producen inflamación, luego trombosis de la várice y fibrosis de la pared interna del esófago. Se requieren de 3 a 5 sesiones de escleroterapia, realizadas con intervalos de 1 a 3 semanas. El seguimiento endoscópico y la abstinencia de alcohol son vitales para el éxito del tratamiento.

La escleroterapia puede presentar varias complicaciones: disfagia, úlceras, estenosis, perforación de esófago, sangrado, sepsis, trombosis portal, etc. Estas

complicaciones se pueden presentar en el 20 a 40% de los pacientes tratados y son mortales en el 3% de los casos.

ESCLEROTERAPIA EN SANGRADO VARICEAL AGUDO

Numerosos estudios controlados randomizados han demostrado que la escleroterapia es efectiva en controlar el sangrado agudo, disminuyendo el porcentaje de resangrado. El control de la hemorragia aguda se puede lograr en el 85 al 95% de los casos. La mortalidad hospitalaria ocurre principalmente en pacientes Child C.

ESCLEROTERAPIA OBLITERATIVA

El sangrado recurrente de varices esofágicas llega al 50% en algunos estudios, por lo que es necesario continuar el tratamiento hasta lograr la erradicación de las várices. Múltiples estudios confirman los beneficios de la escleroterapia obliterativa en la prevención de la recurrencia variceal y el resangrado, mejorando la sobre vida a corto plazo . Desafortunadamente, el mejoramiento de la sobrevida a largo plazo no se ha demostrado, ya que está relacionada con la enfermedad de fondo y el grado de descompensación hepática.

LIGADURA ENDOSCÓPICA

La ligadura endoscópica de várices como una alternativa al tratamiento endoscópico de várices esofágicas . La ligadura es en principio similar a la ligadura de hemorroides al colocarse una banda elástica alrededor de la base de la várice. Las várices ligadas se trombosan y después caen dejando una úlcera superficial que cicatriza en 1 a 2 semanas. El set de ligadura Stiegmann-Goff conste de un cilindro interno que tiene una banda elástica premontada y va colocado dentro del cilindro externo; ambos son colocados en la punta del endoscopio, el hilo de nylon es pasado por el canal de biopsia y se fija en la ranura del cilindro interno. La ligadura se realiza succionando la várice, la que ingresa al cilindro interno: luego se tracciona del hilo de nylon, lo que permite la salida de la banda elástica estrangulando la base de la várice. La colocación de un sobretubo (overtube) en el esófago permite ingresar repetidas veces al esófago para realizar el tratamiento.

La mavora de estudios randomizados de ligadura y escleroterapia han demostrado que ambos son tratamientos efectivos. La diferencia más importante radica en las pocas complicaciones locales y sistémicas que se obtienen con la ligadura.

LIGADURA EN SANGRADO VARICEAL AGUDO

Si se identifica la varice sangrando activamente, esta debe ser ligada directamente, lográndose el control inmediato el sangrado. Si no es posible

identificarla se procederá a ligar alternativamente los cordones varicosos distales y proximales al lugar del sangrado, o en forma helicoidal del cardias hacia arriba. En un paciente en quien no identificamos el lugar del sangrado tuvimos que colocar 15 bandas elásticas, controlando finalmente el sangrado.

LIGADURA OBLITERATIVA

La ligadura endoscópica es el tratamiento de elección para la terapia electiva de las várices esofágicas. En el tratamiento inicial se pueden colocar de 6 a 8 bandas elásticas: en las sesiones sucesivas se colocan menor número de ligas, requiriéndose en total de 3 a 4 sesiones con intervalos de 1 a 2 semanas hasta que las várices desaparezcan. Cuando se le compara con la esclerosis se necesitan menos sesiones para lograr la obliteración variceal.

La recurrencia variceal después de la ligadura es mayor comparada con la escleroterapia, debido al crecimiento de pequeñas várices esofágicas que son difíciles de succionar. El uso posterior de escleroterapia en las várices pequeñas que quedan luego de la ligadura logra erradicar las varices esofágicas recurrentes.

DESVENTAJAS DE LA LIGADURA DE VÁRICES

La inadecuada visualización de la causa de la hemorragia en el sangrado activo es una desventaja, debido a sangre o coágulos que se introducen dentro de los cilindros. Además, el campo visual del endoscopio disminuye en un 60% con el set de ligadura.

Otra desventaja que tiene el set original es que sólo usa una banda elástica por lo que el endoscopio tiene que ser retirado después de cada ligadura para cambiar otra banda elástica, repetidas veces.

La colocación del sobre tubo en el esófago permite ingresar al esófago varias veces, pero ha sido asociado a complicaciones como laceración, hematomas y hasta perforación de esófago. Finalmente, la recurrencia de várices es más temprana con la ligadura que con la escleroterapia.

Los nuevos set de ligadura multibandas, y terapias combinadas, han obviado estas desventajas, eliminando la necesidad de usar el sobre tubo, y toma menos tiempo el procedimiento. Las bandas están premontadas secuencialmente y se puede ligar en forma continua sin la necesidad de retirar el endoscopio después de cada ligadura.

Las desventajas son el precio del set y la reducción del campo visual por las bandas premontadas. Recientemente se ha presentado un nuevo set multibanda (Superview, Microvasive) con la punta transparente; las bandas elásticas están cargadas detrás de la zona transparente y no disminuye el campo visual del endoscopio.

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO COMBINADO

El tratamiento combinado utiliza la ligadura y la escleroterapia simultánea o secuencialmente. El tratamiento simultáneo es realizado durante la misma sesión endoscópica. En el tratamiento secuencial se empieza con ligadura hasta que las várices disminuyan de tamaño, y después se continúa con escleroterapia.

TERAPIA COMBINADA SIMULTÁNEA

En dos estudios randomizados se compara la terapia combinada simultánea de ligadura mas escleroterapia vs escleroterapia sola, y concluyen que la terapia combinada necesitó de menor número de sesiones comparada con la monoterapia. El número de días en el hospital y en la unidad de cuidados intensivos fue significativamente menor con terapia combinada (3,3+1,1 días) que con escleroterapia sola (7,1+1,9 días). En otro estudio donde se compara la terapia combinada de ligadura más escleroterapia vs ligadura sola, se muestra que la terapia combinada no redujo el porcentaje de resangrado ni el número de sesiones requeridas para la obliteración de las várices. La terapia combinada tuvo mayores complicaciones y requirió de mayor tiempo para realizarla comparada con ligadura solamente.

Otra variante de terapia combinada es la escleroterapia con succión y ligadura simultánea. Se realiza succionando la várice e inyectando esclerosante en la várice succionada, luego se coloca una banda elástica alrededor de la várice inyectada, no hay resultados convincentes.

TERAPIA COMBINADA SECUENCIAL

Debido a que la ligadura sola no puede obliterar las várices residuales pequeñas, el tratamiento combinado secuencial de ligadura seguido de escleroterapia ha logrado los mejores porcentajes en la erradicación de las várices esofágicas.

VÁRICES GÁSTRICAS

Las várices gástricas son más comunes en pacientes con cirrosis avanzada y marcada hipertensión portal y son 5 veces más prevalentes en bebedores que en no bebedores, siendo la mortalidad por sangrado muy alta. El tratamiento de estas várices con esclerosis y ligadura no ha dado buenos resultados debido a que las úlceras postratamiento sangran masivamente. La inyección intravariceal de cianoacrilato, o combinando cianoacrilato con esclerosante ha mostrado eficacia en el control del sangrado agudo por várices gástricas.

NUEVOS TRATAMIENTOS ENDOSCÓPICOS

Actualmente existen otros procedimientos endoscópicos que se están usando en el tratamiento de las várices esofágicas con resultados variables.

Clips metálicos (Olympus), usados como marcadores endoscópicos y para el tratamiento de las úlceras sangrantes. Los clips son colocados en las várices.

Endoloop (Olympus), la várice es succionada dentro de los aditamentos similares a los de ligadura y luego se coloca un asa descartable. Se pueden colocar varias asas en forma secuencial, siendo esta técnica similar a la ligadura endoscópica.

La electrocoagulación y terapia con láser para várices esófago-gástricas no han tenido buenos resultados debido a que se consigue una pobre hemostasia y tienen muchas complicaciones.

ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA

Recientemente nuevos instrumentos han mejorado la oportunidad de observar la morfología y hemodinamia de las várices, estando entre ellos la endoscopia ultrasonográfica, ultrasonografía extracorpórea con doppler color y ultrasonic microprobe. De acuerdo a estos estudios podría decidirse el tratamiento endoscópico a seguir según la dirección del flujo sanguíneo en las várices esofágicas, venas perforantes y venas paraesofágicas. Finalmente, son útiles para evaluar los resultados del tratamiento endoscópico.