



Check for updates

Escleroterapia de várices gástricas guiado por Ultrasonido Endoscópico. Reporte de 2 casos en el H.R.A.E.B.I. ISSSTE, Tultitlán

J. Flores-Alaniz, Y. M. Eascandon, K. D. Lopez-G

Servicio de Endoscopia, Hospital Regional de Alta Especialidad Bicentenario de la Independencia, ISSSTE. Tultitlán, Estado de México, México

Resumen

La hemorragia por várices gástricas representa el 10 al 30 % del total de casos de hemorragia variceal, siendo menos frecuente que la hemorragia por várices esofágicas, sin embargo tiende a ser más grave y se asocia a una mayor mortalidad. El tratamiento para várices gástricas se puede dividir en abordajes radiológicos y endoscópicos, siendo empleados con mayor frecuencia los endoscópicos. Dentro de las modalidades de manejo endoscópico la inyección de cianoacrilato se recomienda actualmente como tratamiento de primera línea para las Varices Gástricas Aisladas y Varices Esofagogastricas que se extienden hacia el fondo gástrico. Sin embargo este procedimiento conlleva entre otros riesgos el de embolización que es proporcional al volumen inyectado, ya que el pegamento puede fluir hacia el torrente sanguíneo antes de que se solidifique. Aunque el riesgo de embolización es bajo puede resultar en una grave morbilidad y mortalidad. El tratamiento con inyección de cianoacrilato bajo la guía de Ultrasonido Endoscópico puede mejorar los resultados debido a la orientación precisa de la luz de varices o venas de alimentación aferentes. Esto permite que la vena se obstruya con una pequeña cantidad de Cianoacrilato, menos de lo que se usa para la inyección "ciega" de varices gástricas con la técnica endoscópica estándar y puede reducir el riesgo de embolia por pegamento. Además el EUS puede confirmar la eliminación de varices mediante la utilización de Doppler y la visualización de la vérice no se ve afectada por la sangre o alimentos en el estómago y, por lo tanto, se puede realizar en el contexto de una hemorragia activa.

Presentación del caso

A continuación se presenta el caso clínico de 2 pacientes con antecedentes de cirrosis hepática y várices esofágicas en manejo y vigilancia endoscópica que acuden al servicio de endoscopia del Hospital Regional de Alta Especialidad B.I. ISSSTE Tultitlán a cita programada, en donde se detectan varices que se extienden desde la unión gastroesofágica hacia el fondo gástrico (GOV 2 de Sarín), en ambos casos con

indicación para terapia endoscópica. En ambos pacientes se realiza Escleroterapia con Lipiodol e Histoacril (Cianoacrilato) Guiada por Ultrasonido Endoscópico sin complicaciones y se citan para seguimiento endoscópico.

Marco teórico

En E.U. se presentan 7000 casos de hemorragia gástrica por várices al año, siendo esta menos

Fecha de recepción: 02-08-2019

Fecha de aceptación: 16-08-2019

DOI: 10.24875/END.M19000067

Endoscopia. 2019;31(Supl 2):125-127

www.endoscopia-ameg.com

0188-9893/© 2019. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

frecuente que la hemorragia por várices esofágicas, sin embargo la hemorragia por várices gástricas tiende a ser más grave y se asocia a una mayor mortalidad. La mortalidad por sangrado de várices gástricas va de 30% a 50% y depende varios factores: tamaño de las várices, presencia de signos rojos y la gravedad de la enfermedad hepática subyacente[1].

Las várices de la unión gastroesofágica (GOV) son una extensión de las várices esofágicas ambas comparten la misma anatomía, fisiopatología y fuente de sangre; Surgen de la vena gástrica izquierda y se originan en la lámina propia. Las várices gástricas aisladas (IGV) se originan de debajo de la lámina propia en la submucosa y se encuentran más comúnmente en el fondo, su fuente de flujo sanguíneo se deriva de las venas gástricas cortas y posteriores. A menudo, los IGV se asocian con grandes derivaciones gastrorrénales [4].

La clasificación de Sarín clasifica las várices gástricas en GOV tipo 1: se encuentran solo en la unión (curva menor) y son una extensión de las várices esofágicas. Los GOV tipo 2: se extienden desde la unión hacia el fondo a lo largo de la curva mayor. Los IGV de tipo 1 y tipo 2 se encuentran en el fondo y en otros lugares, respectivamente(4).

La inyección de cianoacrilato (CYA) se recomienda actualmente como tratamiento de primera línea para los IGV[2].

El tratamiento de se puede dividir en abordajes radiológicos y endoscópicos; La derivación quirúrgica ya no se realiza. Los tratamientos radiológicos consisten en una derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS) y una obliteración transvenosa retrógrada con oclusión de balón (BRTO). TIPS funciona bien para tratar los GOV tipo 1 en pacientes que son refractarios a la ligadura de banda, ya que la derivación reduce el gradiente de presión de la portocava. Sin embargo, este enfoque no es eficaz para los IGV debido a la asociación de las varices con derivaciones gastrorrénales. En su lugar, los IGV pueden tratarse con BRTO[1,4].

Existen diferentes modalidades de tratamiento endoscópico. La escleroterapia, que es casi obsoleta, implica la inyección de un esclerosante en una variedad. La ligadura con banda ha reemplazado a la escleroterapia para el tratamiento de los GOV de tipo 1 e implica la aplicación de una banda de goma a una variedad para estrangular el flujo sanguíneo. Este enfoque no se recomienda para los IGV, ya que las várices en el fondo son de mayor tamaño, están ubicadas en la submucosa y tienen una mucosa gruesa que las

recubre, lo que dificulta la succión de toda la varice en la banda. Si la varice y su pared contralateral no se pueden capturar por completo, el flujo de sangre todavía existe y puede provocar un sangrado masivo [1,4]. El estándar mundial de atención para el tratamiento de IGV es una variante de la escleroterapia que utiliza cianoacrilato. Después de entrar en contacto con la sangre, el pegamento se polimeriza y se solidifica en una sustancia dura [3,6].

La inyección de cianoacrilato se recomienda actualmente como tratamiento de primera línea para los IGV. Sin embargo, este procedimiento conlleva un riesgo de embolización, ya que el pegamento puede fluir a través del torrente sanguíneo antes de que se solidifique. El riesgo de embolización es bajo, pero ha ocurrido y puede resultar en una grave morbilidad y mortalidad [3,5].

Se ha descrito que el riesgo de embolismo depende del volumen de CYA inyectado, siendo significativamente mayor con un volumen alto. Otras complicaciones relacionadas con la inyección de CYA son hemorragia por úlceras post inyección, fiebre, peritonitis, impactación con la aguja e incluso la muerte [3,5].

El tratamiento bajo la guía de EUS (Ultrasonido Endoscópico) puede mejorar los resultados debido a la orientación precisa de la luz de varices o venas de alimentación aferentes. Esto permite que la vena se obstruya con una pequeña cantidad de CYA, menos de lo que se usa para la inyección "ciega" de varices gástricas con la técnica endoscópica estándar y puede reducir el riesgo de embolia por pegamento [1,2]. El EUS puede confirmar la eliminación de varices mediante la utilización de Doppler. Además, la visualización de la varice gástrica mediante el uso de EUS no se ve afectada por la sangre o los alimentos en el estómago y, por lo tanto, se puede realizar en el contexto de una hemorragia activa [6].

Presentación del caso

Se trata de 2 pacientes que se presentan al servicio de endoscopía en el periodo comprendido entre el 28 de Diciembre de 2018 y el 29 de Enero de 2019. Ambos con antecedente de ligadura endoscópica de varices esofágicas y vigilancia endoscópica, con hallazgo de varices gástricas y citados para inyección de cianoacrilato guiado por USE para manejo de varices gástricas.

El primer caso se trata de paciente masculino de 62 años de edad que acude a cita programada se realiza USE el cual reporta: en unión esofagogastrica la presencia de trayectos venosos submucosos, tortuosos con flujo venoso a la aplicación de Doppler, se

revisa conglomerado venoso identificando un trayecto comunicante hacia fondo gástrico (Varices gástricas GOV 2 de Sarín).

El segundo caso se trata de paciente femenino de 55 años que acude programada el día 29 de Enero de 2019, se realiza USE el cual reporta en la unión gastroesofágica trayectos venosos submucosos, tortuosos, con flujo venoso a la aplicación de Doppler, identificando un trayecto comunicante hacia fondo (Varices gástricas GOV 2 de Sarín).

En ambos casos se realiza Escleroterapia Guiada por USE sobre trayecto venoso submucoso, instilando lipiodol 0.7 ml + 0.5 ml de histoacryl con aguja de 19 G y observando posteriormente disminución del flujo venoso. En un segundo tiempo se introduce gastroscopio hasta cámara gástrica observando conglomerado de trayectos venosos con punto de punción sobre uno de ellos indurado y sin evidencia de sangrado. Se concluye procedimiento si incidentes, se realiza control radiográfico y se cita para revisión.

Son citados en 4 semanas a revisión. En el primer caso se realiza panendoscopia de control encontrando a la retrovisión trayecto variceal de escleroterapia previa indurada consigno de almohada negativo que discurre sobre la curvatura mayor con presencia de lesión excavada en su ápex cubierta por fibrina. En el segundo caso se realiza control endosonográfico encontrando trayecto venoso submucoso con menor flujo venoso y con presencia de medicamento hiperecogénico. Hasta el momento sin presentar complicaciones y con adecuado control de enfermedad variceal.

Conclusión

El control y prevención de la hemorragia digestiva por Varices Gástricas supone un reto terapéutico en nuestra práctica clínica habitual. El tratamiento de elección en la actualidad es la inyección de cianoacrilato vía endoscópica, sin embargo su uso puede verse limitado en caso de abundantes restos hemáticos en la cavidad gástrica que impidan una correcta visualización de la variz para su tratamiento. La ecoendoscopia presenta múltiples ventajas en el manejo de las VG, mejorando su detección, su localización precisa y permitiendo el seguimiento para confirmar la obturación de la variz y volver a tratar si fuera preciso. A pesar de la ausencia de estudios prospectivos y aleatorizados las series publicadas hasta la fecha han reportado altas tasas de hemostasia, obliteración y escasas complicaciones en

el tratamiento de las VG mediante liberación de coils, inyección de cianocrilato o terapia combinada. Por lo tanto y en base a la experiencia acumulada por los distintos grupos que se dedican a esta patología, se puede concluir que el tratamiento de las Varices Gástricas guiado por ecoendoscopia puede considerarse una alternativa terapéutica eficaz y con menores riesgos que el tratamiento endoscópico convencional.

Aportaciones

Consideramos que la escleroterapia con cianoacrilato guiada por ultrasonido endoscópico es segura, que debe realizarse con precaución y por un profesional con alta especialidad en Endoscopia Gastrointestinal y con formación y experiencia en Ultrasonido Endoscópico. En el caso de Várices Gástricas es importante una detección temprana y realizar la profilaxis primaria mediante terapia endoscópica, así como un adecuado tratamiento de la hipertensión portal para prevención de futuros cuadros de Sangrado Digestivo Alto. En caso de no ser posible y detectarlas durante un cuadro de Sangrado Gastrointestinal, en general, se acepta que no deben realizarse más de dos sesiones de esclerosis en los primeros cinco días, por lo que debe utilizarse otra opción en caso de fracasar el segundo intento para controlar el sangrado. Recomendamos además para prevenir eventos adversos: usar gafas de protección, extraer el equipo habiendo guardado la aguja pero sin guardar el catéter. Una vez el equipo y el catéter estén afuera, se debe cortar la punta del catéter para posteriormente extraer el mismo, evitando el daño del equipo, realizar endoscopia de control para verificar la obturación de las várices o para realizar obturaciones adicionales en caso de múltiples várices.

Referencias

1. Kenneth F. Binmoeller. Endoscopic Ultrasound-Guided Coil and Glue Injection for Gastric Variceal Bleeding. *Gastroenterol Hepatol (NY)*. 2018 Feb; 14(2): 123–126.
2. Bhat YM, Weilert F, Fredrick RT, et al. EUS-guided treatment of gastric fundal varices with combined injection of coils and cyanoacrylate glue: a large U.S. experience over 6 years *Gastrointest Endosc*. 2016;83(6): 1164–1172.
3. Gubler C, Bauerfeind P. Safe and successful endoscopic ultrasound-guided histoacryl (N-butyl-2-Cyanoacrylate) injection. *Scand J Gastroenterol* 2014; 49:1136-42.
4. Wani ZA, Bhat RA, Bhadoria AS, Maiwall R, Choudhury A. Gastric varices: classification, endoscopic and ultrasonographic management. *J Res Med Sci*. 2015;20(12):1200–1207.
5. Romero-Castro R, Ellrichmann M, Ortiz-Moyano C, et al. EUS-guided coil versus cyanoacrylate therapy for the treatment of gastric varices: a multicenter study (with videos) *Gastrointest Endosc*. 2013;78(5):711–721.
6. Weilert F, Binmoeller KF. Endoscopic management of gastric variceal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am*. 2014;43(4):807–818.