

Hemorragia varicosa, profilaxis primaria y secundaria

Ángel A. Reyes-Dorantes*

Hospital San Ángel Inn Chapultepec, Ciudad de México, México

Resumen

Cuando se establece el diagnóstico de cirrosis, realizar endoscopia de tubo digestivo proximal para el diagnóstico de la presencia y tamaño de las várices esofagogástricas.

Si el paciente tiene várices esofágicas pequeñas o medianas, dar tratamiento de profilaxis primaria con betabloqueadores no selectivos (propranolol, nadolol, carvedilol). Si tiene várices grandes o con signos de riesgo (puntos rojos), o no tolera los betabloqueadores, realizar la profilaxis primaria con la ligadura endoscópica de las várices.

Si el paciente presenta sangrado agudo, estabilizarlo: intubación endotraqueal si está indicada; líquidos y sangre manteniendo presión arterial en 90/60 mmHg y hemoglobina entre 7 y 9 g/dl; antibióticos profilácticos (ceftriaxona o quinolonas); procinéticos gástricos.

Usar drogas vasoactivas (terlipresina, somatostatina u octreótido) antes de la endoscopia y mantenerlas por cinco días.

Realizar endoscopia temprana con ligadura de las várices esofágicas sangrantes. Si el sangrado es por várices gástricas, obliterarlas con la inyección intravascular de cianoacrilato.

Si no se logra controlar el sangrado con hemostasia endoscópica se puede: 1) colocar sonda de balones hasta por 24 horas en los que se hace otro procedimiento, 2) colocar endoprótesis esofágica metálica autoexpandible totalmente cubierta hasta por siete días, o 3) llevar al paciente a TIPS.

Cuando el paciente ha sobrevivido al episodio de sangrado agudo siempre debe realizarse profilaxis secundaria con ligadura hasta la erradicación total de las várices, combinada con betabloqueadores no selectivos.

Las várices esofágicas se presentan en aproximadamente el 50% de los pacientes con cirrosis y su presencia correlaciona con la severidad de la enfermedad. El desarrollo de nuevas várices esofágicas ocurre en cerca del 5 al 15% de los pacientes por año. Las várices gástricas son menos prevalentes y ocurren entre el 5 al 33% de los pacientes con hipertensión portal. El riesgo de hemorragia varicosa es determinado por el nivel de disfunción hepática, el tamaño de las várices y la presencia de estigmas de alto riesgo a la endoscopia (puntos rojos). En los pacientes con várices pequeñas (menores a 5 mm) aproximadamente el 7% presentará sangrado en un periodo de 2 años en comparación con el 30% de aquellos con várices grandes¹. En un estudio poblacional se reporta que entre 2002-2014 se observó una mejoría en la mortalidad asociada a sangrado de várices esofágicas, atribuible a las mejoras en las técnicas endoscópicas y en los cuidados críticos, y a la prevención de las enfermedades infecciosas en estos pacientes².

Correspondencia:

*Ángel A. Reyes-Dorantes

E-mail: angelreyesd@hotmail.com

DOI: 10.24875/END.M20000185

Endoscopia. 2020;32(Supl 1):16-18

www.endoscopia-ameg.com

0188-9893/© 2020. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Profilaxis primaria. Al momento de diagnosticar cirrosis se recomienda realizar una esófago-gastro-duodenoscopia para determinar la presencia y características de las várices esófago-gástricas. Si el paciente tiene menos de 20 KPa en la elastografía y una cuenta plaquetaria mayor a 150,000 se puede omitir la panendoscopia y seguirse anualmente con elastografía y con cuenta plaquetaria.

Se empieza a explorar el empleo de la Inteligencia Artificial para el diagnóstico endoscópico de várices esofágicas³.

Hasta el momento actual ninguna medida, incluyendo los betabloqueadores no selectivos, ha demostrado eficacia para evitar la aparición de las várices esófago-gástricas⁴.

Se denomina Profilaxis primaria a la prevención de la primera hemorragia de las várices en los pacientes que ya las desarrollaron. Los betabloqueadores no selectivos (propranolol, nadolol), por su efecto de reducción del gasto cardíaco y de vasodilatación esplácnica, reducen el riesgo de sangrado del 25 al 15% a los dos años de seguimiento. El carvedilol también ha demostrado ser eficaz⁵. La ligadura endoscópica de las várices esofágicas es el otro método de profilaxis primaria utilizado principalmente en pacientes con várices de mayor tamaño o con signos endoscópicos de riesgo⁶.

Sangrado varicial agudo. Ocurre con una tasa anual del 5 al 15%, siendo una complicación grave con una mortalidad del 20% a las seis semanas.

El uso de agentes vasoactivos como la terlipresina, la somatostatina o el octreótido, administrados a un paciente con sangrado varicial agudo, pueden alcanzar una hemostasia inicial en el 60 al 80% de los casos, por lo que se deben iniciar tan pronto como sea posible, antes de la endoscopia y continuarse por un mínimo de cinco días⁷.

Como parte del manejo inicial de estabilización del paciente antes de la endoscopia se debe considerar la intubación endotraqueal para la protección de la vía aérea por el riesgo de broncoaspiración. Iniciar la resucitación con líquidos parenterales y con sangre, pero considerando como metas una presión arterial de 90/60 mmHg y valores de hemoglobina entre 7 y 9 g/dl; valores más altos de presión arterial o de hemoglobina se asocian a un mayor índice de resangrado⁸.

Se debe administrar profilaxis con antibióticos (quinolonas o ceftriaxona 1 g cada 24 horas) en todo paciente con cirrosis y hemorragia por várices esofagogástricas para abatir el riesgo y la mortalidad

secundaria a peritonitis bacteriana espontánea y a otras infecciones⁹.

La presencia de sangre y coágulos en la cavidad gástrica interfiere la evaluación endoscópica de los pacientes con hemorragia digestiva alta, dificulta la aplicación de las técnicas hemostáticas e incrementa el riesgo de aspiración bronquial. La administración intravenosa de eritromicina (125-250 mg) 15-30 min antes de la endoscopia urgente acelera el vaciamiento gástrico y aclara el contenido hemático de la cavidad gástrica, lo que mejora la calidad de la endoscopia y disminuye la necesidad de una segunda endoscopia⁹. En México no está disponible la eritromicina endovenosa por lo que en la práctica se emplean otros procinéticos gástricos, pero no hay estudios que demuestren su beneficio.

El taponamiento con balón (Sonda de Sengstaken Blakemore) sólo se recomienda como medida temporal en lo que se realiza la endoscopia, o en sangrados refractarios como una terapia puente para otro procedimiento hemostático, por un periodo máximo de 24 horas⁹.

El tratamiento endoscópico de elección de las várices esofágicas sangrantes es la ligadura. Si es realizada por un especialista en endoscopia con experiencia se logra una efectividad para detener el sangrado varicoso mayor al 90%. Debe realizarse lo más pronto posible (antes de 24 horas), después de la estabilización inicial del paciente^{8,9}.

En un estudio realizado en Monterrey, México, comparando 57 pacientes con la técnica convencional de ligar de distal a proximal contra la técnica de ligar inicialmente las várices con estigmas de sangrado en 41 pacientes, observaron que esta variante es segura y en su estudio estuvo asociada a menor necesidad de intubar a los pacientes¹⁰.

La derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS) es la creación, por radiología intervencionista con acceso por la vena yugular, de un canal intrahepático que conecta una rama de la vena porta a la vena suprahepática, logrando una disminución significativa de la presión portal y que ha demostrado eficacia para detener un sangrado por várices esofagogástricas. Su principal indicación es en sangrados refractarios al tratamiento endoscópico o en pacientes que serán llevados a un trasplante hepático¹¹.

El uso de endoprótesis metálicas autoexpandibles totalmente cubiertas como medida de compresión esofágica intraluminal, ha sido reportado como un manejo exitoso de rescate en sangrados refractarios por várices esofágicas¹².

Se reportaron los resultados del registro internacional de hemospray (16 centros en cinco países, pero que incluyeron solo 12 pacientes, 10 con várices esofágicas y dos con gástricas), logrando hemostasia en el 75% de los casos sin observar resangrados, señalando el uso potencial de este tratamiento en casos de difícil control y como puente a otro intento de manejo endoscópico o con TIPS¹³.

Profilaxis secundaria. La mortalidad inicial de la hemorragia varicial es de 5 a 8%, pero se eleva al 20% a las seis semanas. El riesgo de resangrado en los primeros dos años es de 60% con una mortalidad de 35%. El tratamiento más efectivo de profilaxis secundaria es la ligadura endoscópica hasta la erradicación total de las várices combinada con betabloqueadores no selectivos¹⁴.

Abraldes, et al. demostraron que la prescripción de simvastatina durante un episodio de sangrado varicial se asoció a una menor mortalidad a un año, sin cambiar el índice de resangrado, en un marco de profilaxis secundaria convencional con betabloqueadores y ligadura¹⁵.

Várices gástricas. Las várices gástricas están presentes en aproximadamente 20% de los pacientes con hipertensión portal. La hemorragia por várices gástricas no es tan común como la secundaria a várices esofágicas, pero suele ser más grave, con mayores requerimientos de transfusión y un mayor índice de resangrado. A nivel mundial, el tratamiento más efectivo y preferido es la inyección endoscópica intravaricial de cianoacrilato el cual, al polimerizar al contacto con la sangre, produce obliteración de la várice y detención del sangrado activo¹⁶. En los Estados Unidos de Norteamérica, como el cianoacrilato no ha sido autorizado por la Food and Drug Administration (FDA) para este uso, se sigue promoviendo como primera línea el uso del TIPS¹⁷. Recientemente se ha descrito la inyección del cianoacrilato guiado por ultrasonido endoscópico (EUS), aunado a la inyección intravaricial de endocoil, con gran efectividad para detener el sangrado activo y con disminución del riesgo de embolización, que es una de las complicaciones más temidas con la inyección intravascular del adhesivo tisular¹⁸. Barakat, et al. reportaron la primera serie de 12 pacientes pediátricos (edades entre 11 y 18 años) empleando

esta técnica, con un éxito del 100% para lograr la hemostasia¹⁹.

Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses alguno.

Bibliografía

1. Toubia N, Saryal AJ. Portal hypertension and variceal hemorrhage. *The Medical Clinics of North America*. 2008;92(3):551-74.
2. Sarmini M, et al. Trend analysis of esophageal variceal bleeding outcomes 2002-2014: a population based study. *Gastrointest Endosc* 2020;91 5S Sa1318.
3. Chen M, et al. Real-time deep convolutional neural networks diagnose esophageal varices and record five endoscopic findings. *Gastrointest Endosc* 2020;91 5S Sa1273.
4. Grozmann RJ, Garcia-Tsao G, Bosch et al. Beta-blockers to prevent gastroesophageal varices in patients with cirrhosis. *N Engl J Med* 2005; 353:2254-61.
5. Hobolth L, Møller S, Grønbaek H, et al. Carvedilol or propranolol in portal hypertension? A randomized clinical trial. *Journal of Hepatology* 2010;52 Supplement 1, S73-S74.
6. Garcia-Tsao G, Sanyal AJ, Grace ND, et al. AASLD/ACG Guidelines. Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. *Hepatology* 2007;46:922-938.
7. Chen Y, Ghai P. Prevention and management of gastroesophageal varices in cirrhosis. *International Journal of Hepatology* 2012 2012750150.
8. de Franchis R, on behalf of the Baveno VI Faculty. Expanding consensus in portal hypertension. Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension. *J Hepatol* 2015;63:743-752.
9. Garcia Tsao G. Portal hypertension. *Current opinion in gastroenterology* 2006;22(3):254-62.
10. Herrera-Quiñones et al. Usual vs modified EBL technique in acute variceal bleeding. *Gastrointest Endosc* 2020;91 5S Sa 1264.
11. Tripathi D, Therapondos G, Jackson E, et al. The role of the transjugular intrahepatic portosystemic stent shunt (TIPSS) in the management of bleeding gastric varices: clinical and haemodynamic correlations. *Gut* 2002;51:270-4.
12. Hubman R, Bodlaj G, Czompo M et al. The use of self-expanding metal stents to treat acute esophageal variceal bleeding. *Endoscopy* 2006;38:896.
13. Hussein M et al. Hemospray in the treatment of variceal bleeds: outcomes from the international hemospray registry. *Gastrointest Endosc* 2020;91 5S AB 964.
14. Qureshi W, Adler DG, Davila R, et al. ASGE guideline: the role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage, updated July 2005. *Gastrointest Endosc* 2005;62:651-5.
15. Abraldes JG, Villanueva C, Aracil C. et al. BLEPS Study Group. Addition of simvastatin to standard therapy for the prevention of variceal rebleeding does not reduce rebleeding but increases survival in patients with cirrhosis. *Gastroenterology* 2016;150:1160-70.
16. Welert F, Binmoeller K. Endoscopic management of gastric variceal bleeding. *Gastroenterology clinics of North America* 2014;43(4):807-18.
17. Lo GH et al. A prospective, randomized controlled trial of transjugular intrahepatic portosystemic shunt versus cyanoacrylate injection in the prevention of gastric variceal rebleeding. *Endoscopy* 2007; 39:679-685.
18. Binmoeller K. Endoscopic Ultrasound-Guided Coil and Glue Injection for Gastric Variceal Bleeding *Gastroenterology & Hepatology* 2018;14:123-126.
19. Barakat M, Gugig R. Endoscopic Ultrasound-guided coil placement is an effective, safe and radiation-sparing approach for management of gastric variceal bleeding in children and adolescents. *Gastrointest Endosc* 2020;91 5S AB 604.