

Hemorragia por várices esofágicas. Alternativas actuales de tratamiento

Cor. M.C. Ignacio J. Magaña-Sánchez,* Cor. M.C. Guillermo Arana-Pozos,** Cor. M.C. José Silva-Ortiz*

Hospital Central Militar. Ciudad de México

RESUMEN

El manejo de la hemorragia secundaria a várices esofágicas continúa evolucionando. Contando con un mayor número de opciones de tratamiento, el reto es proporcionar las más óptimas. El único tratamiento profiláctico aceptado hasta la fecha es el farmacológico.

El manejo del episodio agudo requiere instalar de inmediato adecuadas medidas de reanimación y manejo específico que incluye tratamiento farmacológico y endoscópico. Hay un papel muy limitado para procedimientos de descompresión en el episodio agudo de hemorragia.

La prevención de hemorragia recurrente incluye varias fases de tratamiento: tratamiento farmacológico, endoscópico o ambos, procedimientos de descompresión y trasplante hepático.

El manejo de la hemorragia secundaria a várices esofágicas requiere una estrecha colaboración y coordinación de un equipo multidisciplinario.

Palabras clave: Várices esofágicas, tratamiento profiláctico, farmacoterapia, terapia endoscópica.

Esophageal variceal bleeding. Current treatment options

SUMMARY

Management of variceal bleeding continues to evolve. With an increased number of treatment options, the challenge is to provide optimal treatment strategies. The only indicated prophylactic treatment is pharmacologic therapy.

The management of acute variceal bleeding requires appropriate general measures, and specific measures that include pharmacotherapy and endoscopic therapy. There is limited role for decompression in acute bleeding.

Prevention of recurrent variceal bleeding includes several phases of treatment: pharmacologic and endoscopic therapy, decompression procedures and liver transplantation.

Treatment of variceal bleeding required and need a complete and coordinated multi-disciplinary team approach to these patients.

Key words: Variceal bleeding, prophylactic therapy, pharmacotherapy, endoscopic therapy.

Introducción

El manejo de la hemorragia secundaria a várices esofágicas continúa evolucionando en forma constante conforme se conoce mejor su fisiopatología y se dispone de más opcio-

nes de tratamiento así como sus alcances y limitaciones. El reto actual es desarrollar una estrategia de tratamiento que pueda aplicarse en forma individual para cada paciente buscando obtener los más óptimos resultados. Las alternativas de tratamiento conservador han evolucionado, se ha obtenido cada vez mayor experiencia en procedimientos endoscópicos, los sistemas de descompresión intrahepáticos se han establecido como una herramienta terapéutica específica para ciertos casos. Las técnicas quirúrgicas continúan constituyendo una opción válida y el trasplante hepático se consolida como tratamiento de elección para la enfermedad hepática subyacente.

El propósito de la presente revisión es integrar un *protocolo* de abordaje para el manejo del paciente que acude con hemorragia secundaria a várices esofágicas, incorporando las modalidades recientes interrelacionándolas con esquemas de manejos usados con anterioridad y que han demostrado su vigencia con el paso del tiempo.

* Servicio de Cirugía General del Hospital Central Militar.

** Servicio de Endoscopia del Hospital Central Militar.

Correspondencia:

Dr. Ignacio J. Magaña Sánchez

Servicio de Cirugía General

Hospital Central Militar

Blvd. Manuel Ávila Camacho

Lomas de Sotelo, México, D.F., C.P. 11649

Tels: 5557-3100 ext. 1693

Recibido: Marzo 21, 2001.

Aceptado: Agosto 6, 2001.

Epidemiología

Las várices esofágicas se presentan en cerca de 15% de pacientes con cirrosis compensada, pero puede alcanzar el doble de frecuencia si existe algún grado de descompensación;¹⁻³ se estima que la posibilidad de desarrollar várices esofágicas es de aproximadamente 8% por año en un paciente con cirrosis hepática.

La probabilidad de presentar hemorragia por várices depende fundamentalmente del tamaño de las mismas y el grado de disyunción hepática, oscilando en 15-30% por año; una vez que el paciente con várices esofágicas desarrolla un episodio de hemorragia, sus probabilidades de presentar un nuevo episodio dentro del primer año alcanza 75% presentándose principalmente durante la primera semana (40%).¹⁻³ La hemorragia por várices esofágicas causa aproximadamente una tercera parte de las muertes en pacientes cirróticos.^{1,2} Actualmente, aun con un manejo óptimo, 25-50% de los pacientes fallecen durante un primer episodio de hemorragia.^{2,3}

Profilaxis

Todo paciente cirrótico tiene el riesgo de desarrollar várices esofágicas, lo que lleva a justificar la necesidad de instalar programas de rastreo oportuno mediante endoscopia periódica, para que en caso de detectarlas se instale de inmediato un programa de tratamiento profiláctico.³

Actualmente la única alternativa válida de tratamiento profiláctico la constituye el tratamiento médico farmacológico; no tienen lugar ni las alternativas endoscópicas ni las quirúrgicas como medidas profilácticas, excepto en estudios comparativos.³⁻⁶

Pacientes con hallazgo de paquetes varicosos de tamaño moderado deben recibir un programa de tratamiento preventivo a base de bloqueadores B no selectivos del tipo de propanolol, nadolol o ambos, combinándolo con estimulantes del esfínter esofágico inferior del tipo de domperidona o metoclopramida, buscando fundamentalmente una disminución en el flujo esplácnico y en el área de la unión esófago-gástrica.⁴⁻⁷

Hemorragia aguda

Problema aparte lo constituye el manejo de la hemorragia aguda secundaria a várices esofágicas, que requiere la instalación inmediata de medidas apropiadas de reanimación y sostén hemodinámico así como medidas específicas de tratamiento para la enfermedad primaria.

Las medidas de reanimación se enfocan principalmente en una estimulación adecuada evitando caer en una sobrecarga de líquidos que es un riesgo importante en este tipo de pacientes, complementado por esquemas de limpieza intestinal para eliminar restos sanguíneos buscando eliminar la posibilidad de encefalopatía, infección agregada o ambas;⁸ se recomienda además instalar antibioticoterapia para disminuir el riesgo de bacteremia y sepsis asociada. Si se cono-

ce la presencia de hepatopatía y existe antecedente de sangrados previos por várices puede intentarse la instalación de un dispositivo de taponamiento local, fundamentalmente una sonda de Sangstaken-Blackmore que controla el sangrado en aproximadamente 70-85% de los casos, pero que tiene una elevada tasa de hemorragia recurrente al retirarla y puede desencadenar complicaciones importantes si no se coloca adecuadamente llegando incluso a causar la muerte del paciente.^{2,5,8,9}

Una vez que se ha logrado la reanimación y el paciente se mantiene estable hemodinámicamente, debe intentarse una panendoscopia para establecer el diagnóstico y si es posible iniciar un tratamiento. El primer objetivo es descartar la presencia de otra fuente de hemorragia gastrointestinal; el sangrado activo secundario a várices puede identificarse o en su defecto sospecharse si se encuentra un tapón de coágulos en un paquete varicoso; sin embargo, la presencia de várices en ausencia de otra fuente de hemorragia, debe orientar definitivamente a que esa es la causa del sangrado y obrar en consecuencia.⁴ En caso de confirmarse que la fuente del sangrado son las várices debe instalarse de inmediato tratamiento endoscópico en cualquiera de sus modalidades: escleroterapia o ligadura; en general el éxito para detener la hemorragia se encuentra alrededor del 90% con una tasa de recurrencia de 40%.^{3,8}

El tratamiento médico se basa en varias opciones, entre las que destacan el octeótrido, la nitroglicerina y la vasopresina, de los que el más frecuentemente usado en la actualidad es el octeótrido, fundamentalmente por lo simple de su aplicación, a dosis de 50 µ/min administrado a infusión continua lenta.^{7,10,11} La alternativa es la vasopresina a dosis de 0.1-0.4 µ/min conjuntamente con nitroglicerina a dosis suficiente para mantener una presión sistólica entre 100-110 mm/hg.^{5,8,10}

Lo ideal es controlar el episodio agudo de hemorragia en la forma más simple y permitir así una evaluación completa del paciente lo más temprano posible. Una vez que se ha controlado la hemorragia debe iniciarse un estudio completo del paciente con el objetivo de valorar la posibilidad de una nueva hemorragia y el estado de enfermedad hepática primaria. Se recomienda realizar una nueva panendoscopia en las siguientes 72 h, valorar la circulación portal ya sea con ultrasonido Doppler o esplenoportografía y evaluar la función hepática de acuerdo con la clasificación de Child-Puig.^{2,8} El riesgo más importante a valorar es la posibilidad de nueva hemorragia, para lo cual se dispone de varias alternativas: tratamiento médico, endoscópico, medidas de descompresión del sistema portal y finalmente el trasplante hepático.

Si la endoscopia no es capaz de controlar la hemorragia y ésta continúa, el paciente debe llevarse a cirugía para realizar un procedimiento quirúrgico en cualquiera de las variedades que se comentarán más adelante.

Prevención de nueva hemorragia

Todos los pacientes que han presentado hemorragia por várices esofágicas deben recibir, como medida profiláctica

para prevenir nuevo episodio de hemorragia, alguna forma de tratamiento;^{3,9} la primera alternativa la constituyen nuevamente los betabloqueadores o mononitratos de acción prolongada, combinándola con vigilancia endoscópica periódica.⁹ Aparentemente el manejo endoscópico con ligaduras de várices ofrece mayor control de sangrado y menos complicaciones que la esclerosis.^{2,12-15}

Cuando un paciente cirrótico presenta nuevo episodio de hemorragia por várices esofágicas, la disyuntiva se presenta respecto a si el paciente amerita un procedimiento de descompresión, y en ese caso, cuál es la mejor alternativa para ese paciente, si colocar un puente portosistémico intrahepático transyugular (TIPS por sus siglas en inglés) o realizar un procedimiento quirúrgico.

Desde hace aproximadamente 10 años los TIPS han constituido una alternativa que con el paso del tiempo ha logrado establecerse como una opción válida en el tratamiento de la hemorragia por várices esofágicas, principalmente en aquellos pacientes que son pobres candidatos a cirugía.^{1,4,16-19} Su función es disminuir la presión portal y con base en ese mecanismo constituye una formidable alternativa para controlar el episodio de hemorragia recurrente. Como cualquier procedimiento invasivo tiene una morbilidad que corresponde aproximadamente a 10%; su principal inconveniente lo constituye la estenosis que ocurre en 50% de los casos en diferentes etapas de la evolución y que condiciona un riesgo de nueva hemorragia hasta en 20% de los casos. Por lo anterior es recomendable realizar control periódico de la permeabilidad del TIPS mediante un ultrasonido Doppler para valorar los flujos en el sitio del TIPS y si se detecta algún cambio importante en las velocidades programar una recanalización.¹⁶⁻¹⁸

Otra complicación la constituye la encefalopatía (30%), la cual puede llegar a ser incapacitante en un bajo número de pacientes, afortunadamente su manejo es simple a base de dieta con restricción de proteínas y lactulosa.^{17,19}

Tratamiento quirúrgico

Para aquellos pacientes que no responden a estas alternativas, se cuenta con procedimientos de descompresión quirúrgica, o en casos seleccionados el trasplante hepático.^{4,8,19}

Los procedimientos de descompresión quirúrgica pueden ser de tres tipos: total, parcial y selectivo,^{8,20-22} no es motivo de esta publicación describir cada uno de ellos, baste mencionar que los procedimientos de derivación total están constituidos por cualquier anastomosis entre el sistema portal principal y la vena cava inferior o una de sus principales afluentes, cuando dicha anastomosis excede los 10 mm de diámetro; si dicho diámetro es menor, aproximadamente de 7-8 mm, la derivación será parcial.^{20,22} En ambos casos es factible controlar la hemorragia eficazmente; sin embargo, la tasa de encefalopatía es sensiblemente mayor en caso de derivaciones totales, 30-50% contra 10-20% de las parciales.^{20,21} La derivación selectiva más frecuentemente usada es la anastomosis esplenorenal distal, que descomprime los territorios gastroesofágico, esplénico y renal izquierdo manteniendo la hipertensión portal en áreas espláncicas y en el hilio portal manteniendo el flujo hepático constante; este procedimiento controla el sangrado en aproximadamente 90% de los casos, su tasa de encefalopatía es aceptable (10-12%) y rara vez presenta trombosis, estenosis o ambas.^{8,20,23}

Una alternativa quirúrgica con funciones de descompresión, no derivativa, la constituyen los procedimientos de devascularización esófago-gástrica, entre los que destaca la técnica de Sugiura y de la que existen varias modificaciones, una de las cuales es el procedimiento de elección en nuestro hospital.^{20,24-26} Básicamente se caracteriza por esplenectomía, devascularización de los 10-12 cm distales de esófago, curvatura mayor y dos tercios de la menor en el estómago; en el Hospital Central Militar se realiza una transección esofágica distal con engrapadora circular.^{26,27} La devascularización puede disminuir el sangrado hasta 10-15% y al mantener una adecuada perfusión hepática la tasa de encefalopatía es aceptable (menos de 10%), su principal ventaja es que puede ser efectuada por cualquier cirujano general y no requiere grandes necesidades tecnológicas para realizarse.^{8,20,27,28} Como regla general, todo paciente cirrótico con hipertensión portal y hemorragia secundaria a várices esofágicas debe ser considerado potencial candidato a trasplante hepático; sin embargo, pueden presentarse varias situaciones relacionadas con el grado de enfermedad, desde el paciente en etapa final de enfermedad hepática que requiere integrarse a un programa de trasplante a la brevedad, hasta el paciente cuya enfermedad es estable, compensada, con adecuada reserva hepática y hemorragias controladas, no graves, cuyo trasplante puede ser programado a largo plazo.^{8,20}

El trasplante hepático ha mejorado definitivamente la evolución de pacientes con cirrosis en etapa Child C y hemorragia por várices esofágicas. Se han alcanzado recientemente tasas de sobrevida aceptables de hasta 80% a un año y 65-70% a cinco años que no se logran con ninguna otra alternativa de manejo.^{20,27}

Es necesario mencionar que ninguna de las alternativas con que se cuenta en la actualidad y que han sido aquí mencionadas contraindica la realización de un trasplante hepático, ni siquiera las alternativas quirúrgicas.²⁹⁻³¹ Lamentablemente la realización de trasplante hepático es aún limitada en nuestro medio.

Es necesario mencionar que ninguna de las alternativas con que se cuenta en la actualidad y que han sido aquí mencionadas contraindica la realización de un trasplante hepático, ni siquiera las alternativas quirúrgicas.²⁹⁻³¹ Lamentablemente la realización de trasplante hepático es aún limitada en nuestro medio.

Conclusiones

- Existen actualmente varias opciones de tratamiento para el manejo de la hemorragia por várices esofágicas.
- Es necesario implementar programas multidisciplinarios para el abordaje de este tipo de pacientes.
- Ningún tratamiento es definitivo y aplicable para todo paciente.
- Deben establecerse protocolos de manejo de acuerdo con los recursos disponibles en cada instalación médica.

Referencias

1. Navarro VJ, Garcia-Tsao G. Variceal hemorrhage. *Crit Care Clin* 1995; 11(2): 391-414.
2. Roberts LR, Kamath PS. Pathophysiology and treatment of variceal hemorrhage. *Mayo Clin Proc* 1996; 71: 973-83.
3. D'amico G, Pagliaro L, Bosch J. The treatment of hypertension portal: A meta-analytic review. *Hepatology* 1995; 22(1): 332-54.
4. Grace ND. Diagnosis and treatment of gastrointestinal bleeding secondary to portal hypertension. *Hepatology* 1995; 22(6): 1754-62.
5. Burroughs AK, Panagou E. Pharmacological therapy for portal hypertension: Rationale and results. *Semin Gastrointest Dis* 1995; 6(3): 148-64.
6. Villanueva C, Balanzo J, Novella MT. Nadolol plus isosorbide mononitrate compared with sclerotherapy for the prevention of variceal rebleeding. *N Engl J Med* 1996; 334: 1624-29.
7. Lebrech D, Poynard T, Bernuau J, Bercoff E, Nouel O, Capron JP, Poupon R et al. A randomized controlled study of propranolol for prevention of recurrent gastrointestinal bleeding in patients with cirrhosis: A final report. *Hepatology* 1984; 4: 355-58.
8. Orozco H, Mercado MA, González HQ, Plata JJ, Flores Alejandro. Surgical treatment of portal hypertension: Portosystemic shunting procedures and devascularizations. *Cir Gen* 1998; 20(3): 179-87.
9. Zimmon DS. Endoscopic esophagogastric balloon tamponade. *Gastrointest Endosc* 1994; 40(6): 734-40.
10. Silvain C, Carpentier S, Sautereaud D, Czernichow B, Metreau JM, Fort E et al. Terlipressin plus transdermal nitroglycerin vs. octeotride in the control of acute bleeding from esophageal varices: A multicenter randomized trial. *Hepatology* 1993; 18(1): 61-5.
11. Sung JJ, Chung SC, Lai CW, Chang FK, Leung JW, Young MI et al. Octeotride infusion or emergency sclerotherapy for variceal hemorrhage. *Lancet* 1993; 342: 637-41.
12. Bernard B, Lebrech D, Mathurin P, Opolon P, Poynard T. Beta-adrenergic antagonist in the prevention of gastrointestinal rebleeding in patients with cirrhosis: A meta-analysis. *Hepatology* 1997; 25(1): 63-70.
13. Laine L, Cook D. Endoscopic ligation compared with sclerotherapy for treatment of esophageal variceal bleeding: A meta-analysis. *Ann Intern Med* 1995; 123(4): 280-7.
14. Hashizume M, Ohta M, Leno K, Tanoue K, Kitano S, Sugimachi K. Endoscopic ligation of esophageal varices compared with injection sclerotherapy: A prospective randomized trial. *Gastrointest Endosc* 1993; 39(2): 123-6.
15. Heaton ND, Howard ER. Complications and limitations of injection sclerotherapy in portal hypertension. *Gut* 1993; 34(1): 7-10.
16. Ferral H, Alcántara PA, Kimura FI, Castañeda WZ. Transjugular portosystemic shunt. Current concepts. *Rev Gastroenterol Mex* 1994; 59(4): 317-23.
17. Rosemurgy AS, Goode SE, Zwiebel BR, Black TJ, Brady PG. A prospective trial of transjugular intrahepatic portosystemic shunt versus small-diameter prosthetic H-graft portocaval shunts in the treatment of bleeding varices. *Ann Surg* 1996; 224(3): 378-86.
18. McCormick PA, Dick R, Panagou EB, Chin JK, Greenslade L, McIntyre N, Burroughs AK. Emergency transjugular intrahepatic portosystemic stent shunting as salvage treatment for uncontrolled variceal bleeding. *Br J Surg* 1994; 81(9): 1324-7.
19. Catchpole RM. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS): Diagnostic and therapeutic technology assessment (DATTA). *JAMA* 1995; 273(23): 1824-30.
20. Rikkers LF, Jin G. Surgical management of acute variceal hemorrhage. *World J Surg* 1994; 18: 193-9.
21. Stipa S, Balducci G, Ziparo V, Stipa F, Lucandri G. Total shunting and elective management of variceal bleeding. *World J Surg* 1994; 18: 200-04.
22. Johansen K. Prospective comparison of partial versus total portal decompression for bleeding esophageal varices. *Surg* 1992; 175: 528-34.
23. Anderson JM. Role of distal splenorenal shunt for long-term management of variceal bleeding. *World J Surg* 1994; 18: 205-10.
24. Sugiura M, Futagawa S. A new technique for treating esophageal varices. *J Thoracic Cardiovasc Surg* 1973; 66: 677-81.
25. Orozco H, Mercado MA, Takahashi T, Rohas G, Hernández J, Tielve M. Survival and quality of life after portal blood flow preserving procedures in patients with portal hypertension and liver cirrhosis. *Am J Surg* 1994; 168: 10-14.
26. Idezuky Y, Kokuda N, Sanjo K, Bandai I. Sugiura procedure for management of variceal bleeding in Japan.
27. Dagenais M, Langer B, Taylor BR, Greig PD. Experience with radical esophagogastric devascularization procedures (Sugiura) for variceal bleeding outside Japan. *World J Surg* 1994; 18: 222-8.
28. Jin G, Rikkers LF. Transabdominal esophagogastric devascularization as treatment for variceal hemorrhage.
29. Ringe B, Lang H, Tusch G, Pichlmayr R. Role of liver transplantation in management of esophageal variceal hemorrhage. *World J Surg* 1994; 18: 233-9.
30. Anderson JM, Gilmore GT, Hooks MA. Selective shunt in the management of variceal bleeding in the era of liver transplantation. *Ann Surg* 1992; 216(1): 248-55.
31. Menegaux F, Keeffe EB, Baker E. Comparison of transjugular and surgical portosystemic shunt on the outcome of liver transplantation. *Arch Surg* 1994; 129: 1018-24.