

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR HIPERTENSION PORTAL

La hemorragia digestiva alta (HDA) por hipertensión portal puede ser secundaria a rotura de varices esófago-gástricas, varices ectópicas y/o gastropatía de la hipertensión portal.

La hemorragia digestiva por varices esofágicas es una de las complicaciones más frecuentes y graves con una mortalidad del 15-20 % en centros de referencia (medido a las 6 semanas de un episodio agudo).

El gradiente de presión venosa hepática (HPVG) normal es menor a 5 mmHg. Se necesitan por lo menos 10 mmHg para que se formen las varices y 12 mmHg o más para que las mismas se rompan y precipiten el sangrado.

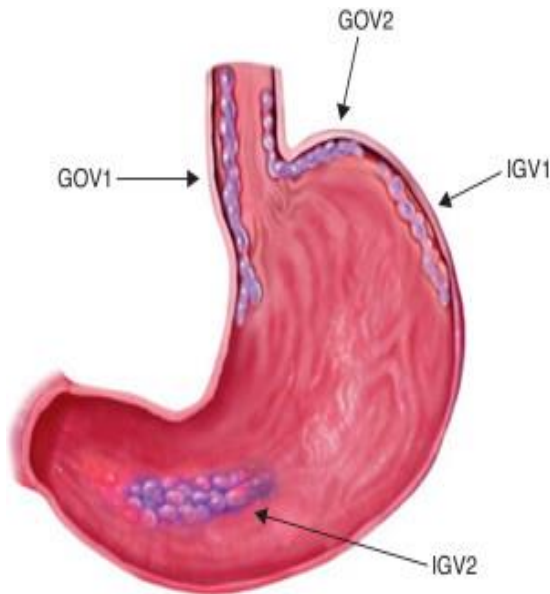
Epidemiología:

La presencia de várices esofágicas pueden estar presentes en aproximadamente un 50% de los cirróticos al momento del diagnóstico (40% en los pacientes con score CHILD A y 85% en los CHILD B y C). En pacientes sin varices, la incidencia anual de desarrollo es del 8-12%.

El aumento de tamaño variceal (pequeñas a grandes) es del 15% al año. El sangrado tiene una incidencia anual de 5-15% (15% en varices grandes con puntos rojos).

Clasificación endoscópica de varices Esófago-gástricas.

SEGÚN BAVENO		
Chicas < 5mm	Grado I Desaparecen con insuflación	
Grandes > 5 mm	Grado II No desaparece con insuflación < 1/3 de luz	
	Grado III No desaparece con insuflación > 1/3 de luz	



VARICES GÁSTRICAS (CLASIFICACION DE SARIN)

VEG1	Varices esófago-gástricas tipo 1: prolongación subcardial de las varices esofágicas por la curvatura menor gástrica.
VEG2	Varices esofagogástricas tipo 2: prolongación subcardial de las varices esofágicas por la curvatura mayor hacia fundus.
VG1	Varices gástricas aisladas tipo 1: variz gástrica sin conexión con varices esofágicas (aisladas) situadas en el fundus.
VG2	Varices gástricas aisladas tipo 2: variz gástrica localizada en cualquier otra localización del estómago diferente del fundus y sin conexión con las varices esofágicas.

TRATAMIENTO DEL EPISODIO AGUDO:

¿Cuándo sospecharlo?

Antecedente de ingesta crónica de alcohol > 80 gr/día en el hombre o 50 gr/día en la mujer, por más de 10 años.

Presencia de estigmas de HTP o de hepatopatía crónica/alcoholismo: hipertrofia parotídea, “spiders” o arañas vasculares, circulación colateral, síndrome ascítico-edematoso, ginecomastia.

Paciente cirrótico conocido o presencia de encefalopatía portosistémica.

El sangrado puede presentarse como hematemesis, melena, hematoquecia, descompensación hemodinámica.

-Las medidas generales consisten en evaluar el estado hemodinámico (Tensión arterial, frecuencia cardíaca, estado de conciencia, signos cutáneos de hipoperfusión).

- **Pacientes descompensados:** iniciar resucitación, asegurar vía aérea (intubación orotraqueal) colocar 2 vías periféricas cortas y gruesas para perfundir con expansores plasmáticos, teniendo conducta restrictiva en cuanto a volumen y las transfusiones a realizar, manteniendo una hemoglobina entre 7-8 g/l.
- **Paciente compensado:** realizar interrogatorio y examen físico con el fin de orientar el posible origen del sangrado.

-Colocar sonda naso-gástrica, no tiene ninguna contraindicación (no lesiona las varices) su función es permitir el lavado y vaciar el contenido gástrico (prevenir broncoaspiración y facilitar la visión endoscópica. No se recomienda su colocación post.banding (recomendación de expertos)



-Realizar exámenes de laboratorio, oxigenoterapia, prevención y tratamiento de las infecciones bacterianas (la mayoría de estos procesos se presentan cercanos al episodio de sangrado 5-7 días). Las infecciones incrementan la mortalidad relacionada al sangrado variceal e impactan, negativamente en el control de sangrado y en la prevención del resangrado. Debido a esto se recomienda la administración precoz de antibioticoterapia profiláctica durante 5-7 días, en todos los pacientes.

Se aconseja administración de ceftriaxona 1 gr cada 24 hs en pacientes con infección reciente por germen resistente a quinolonas, cirrosis avanzada (Child C) o que estuvieran recibiendo quinolonas de manera profiláctica,.

DIAGNOSTICO DE SANGRADO VARICEAL:

Puede establecerse al objetivar durante la VEDA , algunos de los siguientes criterios:

- Varice con sangrado activo
- Varice con estigmas de reciente sangrado (tapon plaquetario “white nipple”, coagulo adherido)
- Cuando en presencia de sangre fresca en la cavidad gastrica las varices son las unicas lesiones potencialmente sangrantes (en ausencia de las 2 situaciones anteriores).

TRATAMIENTO HEMOSTATICO:

- Farmacologico: Los vaso constrictores esplacnicos son la primera linea farmacologica especifica. Por vasoconstriccion esplacnica, inducen disminucion del flujo sanguineo arterial esplacnico y del flujo venoso porto-colateral, generando un efecto hipotensor en el territorio de las varices esofago-gastricas.

Vasoactivos	Dosis	Beneficios
Terlipresina (Análogo de vasopresina)	2 mg ev cada 4hs (48hs) 1mg cada 4 hs (hasta 5 días)	1° elección. Eficacia hemostática 80%. Reduce falla de control de HDV y mortalidad.
Octreotide (Análogo de somatostatina)	50 mcg Infusión continua 50-100 mcg/h	Eficacia hemostática sólo en combinación con TTO endoscópico Reduce transfusiones. No mortalidad.
Somatostatina	Bolo 250 mcg (Hasta x 3) Infusión 250-500 mcg/h	Eficacia hemostática 60-70%

“El tratamiento con drogas vasoactivas debe iniciarse tan pronto como sea posible, incluso antes de la veda diagnostica, en todo paciente con sospecha de sangrado variceal”

- Endoscopico: La terapéutica endoscópica continúa siendo el principal tratamiento en la hemorragia variceal aguda, debe ser realizada en lo posible dentro de las 12 hs de la admision. La recomendación actual es el uso de ligadura ya que mejora el control del sangrado con menores eventos adversos aunque sin diferencias con la escleroterapia en relación a la mortalidad. La ligadura produce un menor número de complicaciones (5%) que la escleroterapia

(30%) y es superior a la misma en el control de la hemorragia en jet (94 vs 62 %) pero tiene similar eficacia en otros tipos de sangrado variceal. La escleroterapia se podría utilizar en los casos en que la ligadura no sea técnicamente posible o no se halle disponible y consiste en la inyección mediante control endoscópico de sustancias esclerosantes (polidocanol al 1-2%, etanolamina al 5%) dentro de la variz o perivariceal. Así se consigue la obliteración de las varices esofágicas mediante trombosis y/o reacción infl amatoria a su alrededor.

“El tratamiento del episodio agudo siempre debe ser combinado (farmacológico y endoscópico)”

Las VEG-1 pueden ser tratadas con ligaduras de varices esofagicas, mientras que las VEG-2 deben tratarse con inyeccion de adhesivos tisulares o cianocrilato.

Las VG no tienen conexión con las varices esofagicas; tanto VG-1 como las VG-2 deben ser tratadas con la inyeccion de adhesivos tusilares.

FRACASO DEL TRATAMIENTO CONVENCIONAL:

Hasta un 20 % pueden ser refractarios al tratamiento, que se asocia a una elevada mortalidad; el reesangrado es definido por hematemesis, luego de los primeros 5 días de iniciado el tratamiento con drogas y endoscopia, shock hipovolemico o caída de 3 gr de la hemoglobina o del Hto del 9% en ausencia de tranfusiones en un periodo de 24 hs.

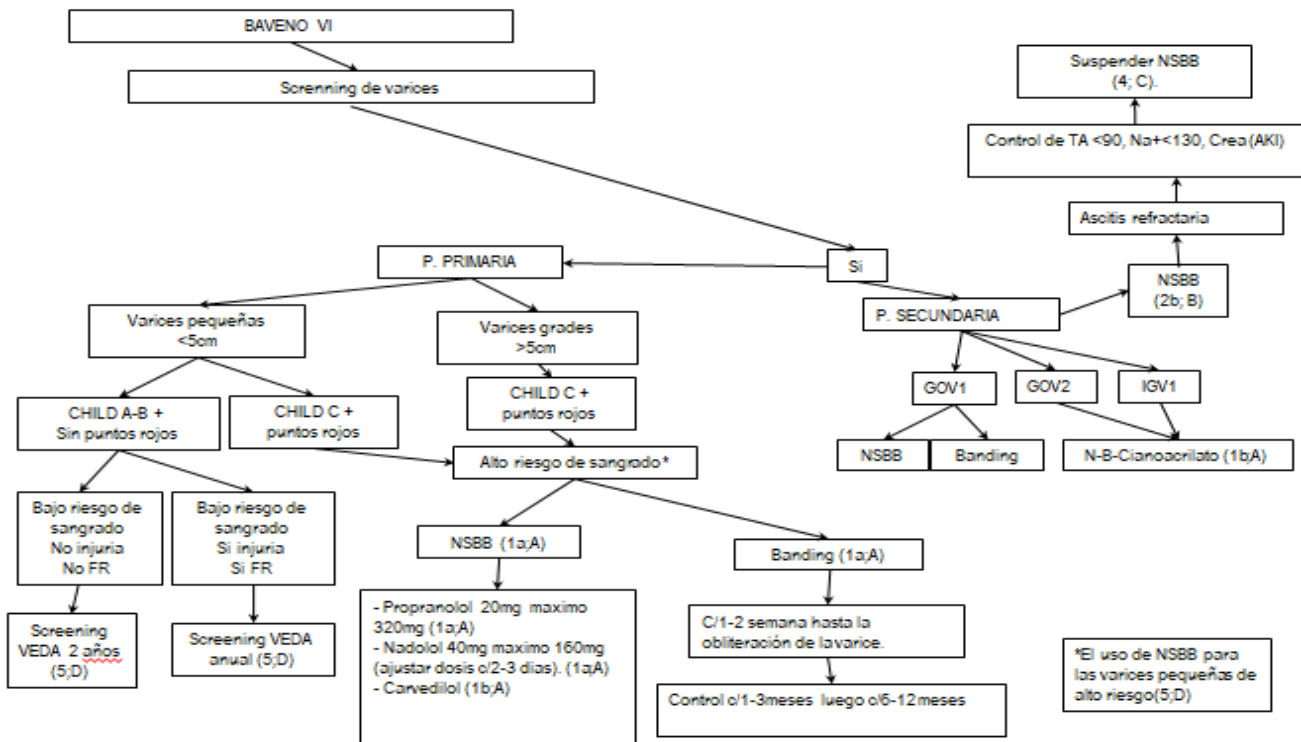
Opciones terapeuticas:

- Sonda balon de sengstaken-blakemore: Indicado en una hemorragia activa y masiva que descompensa al paciente o que impida la realizacion de la VEDA y cuando el sangrado es refractario al tratamiento farmacologico/endoscopico.No puede permanecer mas de 24 hs por riesgo de necrosis de la mucosa esofagica.
- TIPS (SHUNT INTRAHEPRATICO PORTOSISTEMICO TRANSYUGULAR): Colocacion de una protesis cubierta con politetrafluoroetileno guiado por imágenes (radiologia intervencionista) con el objetivo de comunicar la circulacion portal (vena porta) con la circulacion sistemica a traves de la vena hepatica; es ampliamente aceptado como terapia de rescate en caso de sangrado variceal persistente y falla a los tratamientos de 1era línea.
Contraindicaciones: encefalopatia, trombosis de la vena porta, insuficiencia cardiaca derecha, hipertension pulmonar, poliquistosis hepatica.
- SHUNT QUIRURGICOS: similares a los TIPS, pueden ser totales: porto-cava (termino-lateral, latero-lateral), o meso-cava. Parciales: protesis con forma de “H” que une la vena porta con la vena cava inferior. Selectivos: Shunt espleno-renal.
- PROTESIS METALICAS AUTOEXPANSIBLES: Si el resangrado fuera severo o la hemorragia variceal masiva o no controlada, la colocación temporaria de una prótesis metálica totalmente cubierta autoexpansible es probablemente la mejor opción. Se deja colocao entre 7 a 14 dias.
- TIPS TEMPRANOS: Pacientes de alto riesgo, en quienes la sobrevida ante un sangrado variceal es del 30 %. La colocacion temprana de tips, dentro de las 72 hs mejoraria el pronostico, en este grupo se encuentran pacientes con score de CLID C (<14 puntos) o CHILD B con sangrado activo.

PROFILAXIS: Los betabloqueantes no selectivos (BBNS) como propanolol, nadolol y otros como el carvedilol son validos como tratamiento de priemra linea. Una disminucion del 10% de GPVH con respecto al valor basal, o una caída a 12 mmHg o menos, despues del tratamiento cronico con BB, es clinicamente relevante en disminuir el riesgo de sangrado variceal.

- **PRIMARIA:** Son medidas necesarias para evitar el 1er sangrado variceal, pacientes con varices esofágicas chicas con puntos rojos o CHILD C tienen alto riesgo de sangrado y deberían ser tratados con BBNS, el control con VEDA es cada 1-2 años. Ptes con VE chicas sin puntos rojos pueden ser tratados con BBNS pero se necesitan más estudios para confirmar su beneficio. Ptes con VE grandes, tanto los BB como la LVE son recomendadas, la elección del método debe estar basada en la disponibilidad y experiencia del centro tratante.
- **SECUNDARIA:** Constituye las medidas preventivas para prevenir la recurrencia del sangrado variceal. La terapia preventiva de primera línea es BBNS + LVE. Se debe comenzar con BBNS al 6to día de iniciado el sangrado variceal, propranolol 40 mg/día (20 mg cada 12 hs) aumentado la dosis hasta la máxima tolerada por el paciente o hasta llegar a una frecuencia cardíaca de entre 55-60 latidos por minuto (lograr un descenso de \geq al 25% de la basal); realizar valoración cardiovascular previo al tratamiento. A las 2 semanas del sangrado agudo se debe realizar la 2da sesión de erradicación de las varices con LVE.

SCREENING Y VIGILANCIA ENDOSCOPICA:



El 60% de todos los episodios agudos de sangrado variceal ceden espontáneamente y 90% cesan con tratamiento oportuno.

El 30 % resangra durante la 1ra semana del episodio agudo (resangrado precoz) y el 60% resangra durante el 1er año (resangrado tardío) aumentando la mortalidad en este último caso a más del 30%.

Los criterios de Baveno VI proponen que los pacientes con plaquetas > 150.000 y elastografía hepática <20kPa, presentar un riesgo muy bajo de tener varices esofágicas, por lo que se podría evitar el screening endoscópico (recomendación 1b A)



BIBLIOGRAFIA:

- 1- Franchis R. EXPANDING CONSENSUS IN PORTAL HYPERTENSION Report of the Baveno VI Concensus Workshop: stratifying risk and individualizing care for portal hypertension .Journal of Hepatology. 2015.
- 2- Silva M. et al. Screening Endoscopy in Cirrhotic Patients. GE Port J gastroenterol 2017.
- 3- Mallet M. et al. Variceal bleeding in cirrhotic patients. Gastroenterology Report, 5(3), 2017.
- 4- A. A. Protopapas et al. Validating and expanding the Baveno VI criteria. Annals of Gastroenterology (2020).
- 5- Chandnani S. et. al. Clinical utility of risk scores in variceal bleeding. Arq Gastroenterol • 2019.
- 6- A. A. Protopapas et al. Validating and expanding the Baveno VI criteria. Annals of Gastroenterology (2020).