

# Várices gástricas: un reto para el manejo endoscópico

## Gastric varices: a challenge for endoscopic management

Wilmer J. Calderón N., MD,<sup>1</sup> Julián D. Martínez M., MD,<sup>2</sup> Daysi Rivera H., MD,<sup>3</sup> Renzo Pinto C., MD,<sup>3</sup> Marín A. Garzón O., MD,<sup>3</sup> Jorge I. Lizarazo R., MD,<sup>3</sup> Juan C. Marulanda G., MD,<sup>3</sup> Juan C. Molano V., MD,<sup>3</sup> Mario H. Rey T., MD,<sup>3</sup> Camilo Manrique M., MD.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Residente Medicina Interna. Universidad de la Sabana, Hospital de La Samaritana. Bogotá, Colombia

<sup>2</sup> Universidad Nacional de Colombia, Profesor asociado. Bogotá, Colombia

<sup>3</sup> Unidad de Gastroenterología, Hospital Universitario de La Samaritana. Bogotá, Colombia

Fecha recibido: 16-08-12  
Fecha aceptado: 18-12-12

### Resumen

La hemorragia de vías digestivas altas por várices gástricas, aunque menos frecuente que la secundaria a las esofágicas, es una causa de alta mortalidad en los pacientes cirróticos. La ligadura es el tratamiento óptimo en las várices esofágicas, pero este tratamiento para las gástricas es todavía muy discutido.

Presentamos el caso de una anciana, con antecedente de cirrosis hepática secundaria a esteatosis hepática no alcohólica (NASH), que ingresa, con hemorragia de vías digestivas altas, evidenciándose en la esofagogastroduodenoscopia una várice fúndica subcardial con sangrado activo, para la cual se decide manejo con ligadura con banda de caucho con resultado exitoso y desaparición de la várice en control posterior.

### Palabras clave

Várices gástricas, sangrado, ligadura, banda de caucho.

### Abstract

Upper digestive tract bleeding due to gastric varices, although less common than bleeding secondary to esophageal varices, is one of the causes of high mortality in cirrhotic patients. Although band ligation is the optimal treatment for esophageal varices, its use for gastric varices is still hotly debated.

We report the case of an elderly woman with a history of hepatic cirrhosis secondary to nonalcoholic steatohepatitis (NASH) and obesity who was admitted to the hospital with upper digestive tract bleeding. An esophagogastroduodenoscopy showed an actively bleeding subcardial varice in the gastric fundus. The decision was made to manage the bleeding with rubber band ligation. The outcome was successful outcome, and the varice had disappeared in subsequent check-ups.

### Key words

Gastric varices, bleeding, rubber band ligation.

## RESUMEN DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 71 años, quien consulta por dolor abdominal, hematemesis en dos ocasiones y deposiciones melénicas en 7 ocasiones, astenia y lipotimia de un día de evolución.

Informó episodio similar hace 3 meses, estuvo hospitalizada y requirió hemotransfusión. Al ingreso se observa una paciente pálida, con tensión arterial de 90/60 mmHg, taquicardia (FC de 110 pulsaciones /minuto), deshidra-

tada, al tacto rectal se evidencian melenas; y con glucometría de 430mg/dl.

Antecedentes de diabetes mellitus tipo II, tratada con dieta e insulina NPH, cirrosis hepática y várices esofágicas grado II (diagnóstico extrainstitucional), con manejo actual con propanolol y espirolactona. Se instaura manejo con reposición de cristaloides intravenosos, administración de terlipresina, infusión de insulina (debido a descompensación de diabetes mellitus) y transfusión de 2

unidades de glóbulos rojos empacados (GRE); se solicita esofagogastroduodenoscopia (EGD) de urgencia donde se evidenciaron dos pequeños cordones varicosos, azulosos, que ocupan menos de 10% de la luz esofágica sin evidencia de sangrado y en el estómago se observa várice fúndica subcardial prominente con mancha hemática en su superficie tipo GOV 2 (figura 1), la cual se liga con banda de caucho (figura 2). Se continúa manejo con terlipresina a una dosis de 1 mg cada 4 h, hasta completar 5 días. Se monitoriza hemoglobina control posterior a transfusión sanguínea cuyo valor fue de 10,1 g/dl, se resuelve cuadro de acidosis metabólica y compensación de hiperglucemia. Se da salida por mejoría a los 7 días.

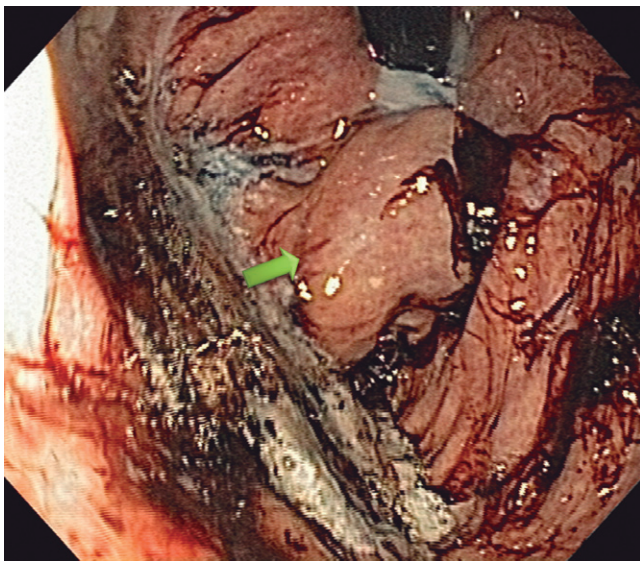


Figura 1. Várice fúndica.

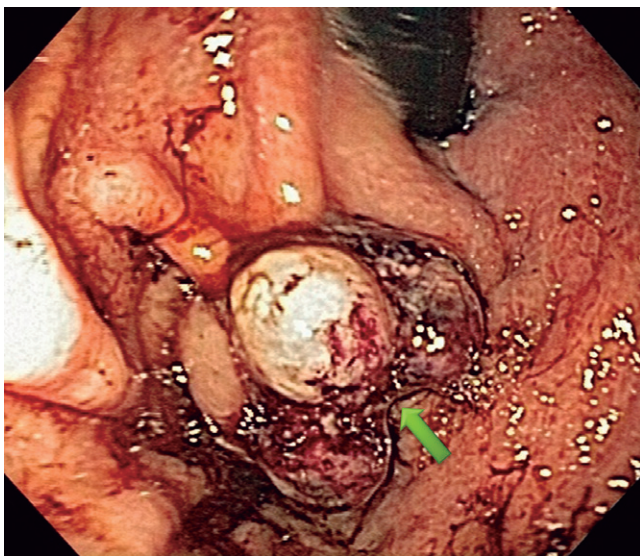


Figura 2. Várice fúndica ligada.

## DISCUSIÓN

En los pacientes con hipertensión portal por cualquier origen, las vrices gástricas son menos prevalentes que las esofágicas y se encuentran entre 5% y 33% de los casos (1). La incidencia de sangrado secundario a la ruptura de las vrices gástricas es de 25% aproximadamente en los dos años siguientes a su diagnóstico, con tasas de mortalidad entre 25 y 55%. Las vrices que con mayor frecuencia sangran son las de ubicación fúndica (2-4).

Se conocen claros factores de riesgo que aumentan la predisposición de sangrado por vrices gástricas. Estos son el tamaño de la vrice pues aquellas que tienen un tamaño mayor a 10 mm (denominadas vrices grandes) tienen mayor riesgo que las llamadas vrices medianas (entre 5 y 10 mm) y a su vez estas últimas poseen mayor riesgo que las vrices pequeñas (< 5 mm). La presencia de manchas o puntos rojos en la superficie de las vrices es otro factor de riesgo que eleva la predisposición de sangrado. La severidad de la disfunción hepática medida mediante la escala de Child-Pugh se relaciona directamente con una mayor probabilidad de hemorragia (4, 5).

Las vrices gástricas se clasifican de acuerdo a su relación con las vrices esofágicas y su localización en el estómago en (2, 3): vrices esofago-gástricas (GOV) que son una extensión de las vrices esofágicas, y que se sub clasifican en los tipo 1 y tipo 2.

- Las tipo 1 (GOV 1) son aquellas que se extienden a lo largo de la curvatura menor; son las más frecuentes y su tratamiento puede ser similar a las esofágicas.
- Las tipo 2 (GOV 2) son aquellas que se extienden a lo largo del fondo gástrico y generalmente son más grandes y tortuosas.

Las vrices gástricas aisladas (IGV) ocurren en ausencia de vrices esofágicas, y también se subdividen en: tipo 1 (IGV 1), que están localizadas en el fondo gástrico, generalmente son tortuosas y complejas y las tipo 2 (IGV 2), se encuentran localizadas en el cuerpo, antro o a nivel prepilórico.

El estrés de la pared, definida como la presión transmural, es lo que determina si hay ruptura o no; por lo que pequeños incrementos en la presión portal precipita la ruptura (6). Como cualquier sangrado, se debe evitar el choque hipovolémico, a través de una reanimación adecuada, con líquidos endovenosos, soporte sanguíneo y vasopresores en caso que el paciente lo requiera, manteniendo así un control hemodinámico adecuado.

El manejo de las vrices gástricas sangrantes constituye un reto para al personal médico, pues no existen en la literatura disponible estudios clínicos controlados con suficiente evidencia que señalen la mejor manera de tratarlas.

En el manejo de las várices esófago-gástricas tipo 1 (GOV1), por ser estas una extensión de las esofágicas, se recomienda un abordaje terapéutico similar al de las várices esofágicas (ligadura con bandas de caucho, escleroterapia) (7).

Para los otros tipos de várices gástricas (GOV2, IGV1, 2), varios informes han comparando diferentes técnicas endoscópicas, como la escleroterapia intravaricosa con oleato de etanol amina, la ligadura con bandas de caucho, la obturación intraluminal con materiales adhesivos como el N-butyl-cyanoacrilato, el isobutyl-2-cyanoacrilato o la trombina. La terapia con materiales adhesivos es la más efectiva para el control inicial del sangrado y también ha demostrado menores tasas de resangrado (6).

Algunos estudios aleatorizados, que comparan obturación de las várices con N-butyl-cyanoacrilato vs. la ligadura con bandas de caucho, en pacientes con várices gástricas sangrantes, han demostrado que el control del episodio de sangrado fue similar en ambos grupos, pero el resangrado durante 1,8 años de seguimiento es menor en aquellos pacientes que fueron tratados con N-butyl-cyanoacrilato (23% vs. 47%) (8, 9).

Ante la carencia de estos agentes adhesivos o la falta de experiencia en su utilización, la terapia con la creación de un corto circuito intrahepático por vía transyugular (TIPS) debe ser considerado como primera opción, pues ha demostrado lograr un control del sangrado en 90% de los pacientes en quienes otras técnicas fracasaron (10).

La obliteración retrógrada transvenosa con balón (B-RTO) es una técnica utilizada en Japón, con resultados satisfactorios y consiste en la escleroterapia de las várices a través de un catéter con balón bajo visión fluoroscópica (11, 12).

El taponamiento con balón, se utiliza en el momento agudo del sangrado, como una medida temporal al tratamiento endoscópico o a la derivación portosistémica transyugular (TIPS) si esta ha fallado.

Se recomiendan los TIPS, en casos de sangrado por várices gástricas fúndicas que no se controlen con la combinación de terapia farmacológica y endoscópica; con alto riesgo quirúrgico. Nivel de evidencia B, clase I (10, 13, 14).

La inyección de trombina intravariceal es un manejo poco frecuente con estudios que muestran hemostasia de hasta 94%, con bajo resangrado (15), que por el momento no es incluido en la guías como un manejo ideal, por lo que se recomienda como tratamiento alternativo.

La Sociedad Americana de Gastroenterología Endoscópica (ASGE), la Asociación Americana para el estudio de enfermedades hepáticas (AASLD), recomienda en pacientes con hemorragia de vías digestivas altas, por várices gástricas, usar preferencialmente la obliteración de la várices con agentes adhesivos como cianoacrilatos, y como otra opción los TIPS. Nivel de evidencia B, clase I.

En cuanto al manejo farmacológico, los análogos de vasopresina y somatostatina (terlipresina y octreotide respectivamente) tienen igual utilidad tanto en las várices gástricas como en las esofágicas ya que la finalidad es la misma, disminuir la presión portal, y colateral (10). Se aclara que este es un manejo coadyuvante al tratamiento endoscópico.

Nuestra paciente fue manejada con terlipresina y ligadura de várices; manejo que en nuestro medio es más accesible que los otros tratamientos y con buenos resultados.

## REFERENCIAS

1. Trudeau W, Prindiville T. Endoscopic injection sclerosis in bleeding gastric varices. *Gastrointest Endosc* 1986; 32: 264-268.
2. Sarin SK, Sachdev G, Nanda R, Misra SP, Broor SL. Endoscopic sclerotherapy in the treatment of gastric varices. *Br J Surg* 1988; 75: 747-750.
3. Sarin SK, Lahoti D, Saxena SP, Murthy NS, Makwana UK. Prevalence, classification and natural history of gastric varices: a long-term follow-up study in 568 portal hypertension patients. *Hepatology* 1992; 16: 1343-1349.
4. Kim T, Shijo H, Kokawa H, Tokumitsu H, Kubara K, Ota K, et al. Risk factors for hemorrhage from gastric fundal varices. *Hepatology* 1997; 25: 307-312.
5. Brocchi E, Caletti G, Brambilla G, Mantia LL, Lupinacci G, Pisano G, et al. North Italian Endoscopic Club for the Study and Treatment of Esophageal Varices. Prediction of the first variceal hemorrhage in patients with cirrhosis of the liver and esophageal varices. A prospective multicenter study. *N Engl J Med* 1988; 319: 983-989.
6. Young-suk L. Practical approach to endoscopic management for bleeding gastric varices. *Korean J Radiol* 2012; 13(S1): S40-S44.
7. Sarin SK, Jain AK, Jain M, Gupta R. A randomized controlled trial of cyanoacrylate versus alcohol injection in patients with isolated fundic varices. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 1010-1015.
8. Augustin S, González A, Genescà J. Acute esophageal variceal bleeding: Current strategies and new perspectives. *World J Hepatol* 2010; 2(7): 261-274
9. Lo GH, Lai KH, Cheng JS, Chen MH, Chiang HT. A prospective, randomized trial of butyl cyanoacrylate injection versus band ligation in the management of bleeding gastric varices. *Hepatology* 2001; 33: 1060-1064.
10. Garcia-Tsao G, Sanyal AJ, Grace ND, Carey W. Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. *Hepatology* 2007; 46: 922-938
11. Hiraga N, Aikata H, Takaki S, Kodama H, Shirakawa H, Imamura M, et al. The long-term outcome of patients with bleeding gastric varices after balloon-occluded retrograde transvenous obliteration. *J Gastroenterol* 2007; 2: 663-672.
12. Ninoi T, Nishida N, Kaminou T, Sakai Y, Kitayama T, Hamuro M, et al. Balloon-occluded retrograde transvenous obliteration of gastric varices with gastro renal shunt: long-

- term follow-up in 78 patients. *Am J Roentgenol* 2005; 184: 1340-6.
13. Qureshi W, Adler DG, Davila R, Egan J, Hirota W, Leighton J, et al. ASGE Guideline: the role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage, updated July 2005. *Gastrointest Endosc* 2005; 62: 651-655.
  14. de Franchis R, Baveno V Faculty. Revising consensus in portal hypertension: report of the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. *J Hepatol* 2010; 53: 762-768.
  15. Przemioslo R, McNair A, Williams R. Thrombin is effective in arresting bleeding from gastric variceal hemorrhage. *Dig Dis Sci* 1999; 44: 778.