

# GOBIERNO FEDERAL



SALUD

## Guía de Referencia Rápida

SEDENA

SEMAR

### Diagnóstico y Tratamiento de Várices Esofágicas

# GPC

## Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-087-08

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

## GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

**185 Várices Esofágicas**  
**GPC**

**Diagnóstico y Tratamiento de Várices Esofágicas**

**ISBN en trámite**

### DEFINICIÓN

Las várices esofágicas son las dilataciones de las paredes de las venas de la parte inferior del esófago y parte superior del estómago

La cirrosis y los estadios finales de cualquier enfermedad hepática así como la trombosis de la vena esplénica, pueden llevar a la hipertensión portal. Un incremento en las resistencias intrahepáticas asociado a un aumento del flujo venoso portal, mediado a través de la dilatación esplénica, contribuyen al desarrollo de la hipertensión portal y de várices esofágicas

Las várices esofágicas se presentan aproximadamente en el 50 % de los pacientes con cirrosis y su frecuencia se relaciona con la severidad de la enfermedad o reserva hepática: 40% en pacientes con Child A y 85% con Child C. (Ver tabla 1 de anexos)

La hemorragia secundaria a la ruptura de las várices, es la complicación letal más común de la cirrosis y se presenta con una frecuencia de 5 a 10% al año; identificándose a la tensión de la pared, características morfológicas de la várice así como al grado de insuficiencia hepática, como los factores predictores más importantes

### FACTORES DE RIESGO

El factor más importante en nuestro medio, que determina el riesgo de desarrollar esta enfermedad es la hipertensión portal secundaria a cirrosis provocada por la ingesta crónica de bebidas alcohólicas, aunque cualquier enfermedad hepática crónica puede llevar a su desarrollo

### EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La abstinencia de la ingesta de bebidas alcohólicas ha demostrado que disminuye la incidencia de complicaciones y el grado de hipertensión portal, prolongando la sobrevida. Se recomienda que todo paciente con hipertensión portal asociada o no a cirrosis hepática deba suspender por completo la ingesta de alcohol

## INTERROGATORIO

Durante la historia clínica del paciente, investigue el antecedente de ingesta crónica de bebidas alcohólicas, presencia de enfermedad hepática crónica o datos de hemorragia de tubo digestivo alto

## EXPLORACIÓN

La sospecha inicial de várices esofágicas debe establecerse en pacientes que presentan datos de hipertensión portal y/ó cirrosis (ver Guía de Cirrosis)

## EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

El estándar de oro para el diagnóstico de várices esofágicas es la esofago-gastroduodenoscopia (EGD), se recomienda realizarla cuando se establece el diagnóstico de hipertensión portal de cualquier etiología

Al realizar la EGD, las várices deberán ser clasificadas en pequeñas o grandes y se deberá buscar la presencia o ausencia de signos de riesgo para presentar sangrado. (Ver tabla 2 de anexos y algoritmo 1)

## TRATAMIENTO

(Ver algoritmos 2, 3 y 4)

En pacientes con cirrosis y sin várices, no se recomienda el uso de beta bloqueadores

### 1) Para prevenir el primer episodio de sangrado:

En pacientes con cirrosis y várices pequeñas ó grandes que no han sangrado, pero que tienen criterios para un mayor riesgo de hemorragia (Child B/C o presencia de estigmas de sangrado, (ver tablas 1 y 2 de anexos), se recomienda el uso de betabloqueador no selectivo:

\_Propranolol: iniciar con 20 mg dos veces al día ó

\_Nadolol: iniciar con 40 mg una vez al día

Ajustar dosis de acuerdo a la respuesta del paciente y a su tolerancia máxima. Darlos en forma indefinida

En pacientes con várices grandes e intolerancia al betabloqueador, se puede realizar como segunda elección la ligadura.

### 2) Ante la sospecha de hemorragia aguda por várices:

Se sugiere ingresar al paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) e iniciar el manejo de la vía aérea y restitución cuidadosa de volumen para evitar la fuga de líquido al tercer espacio (ascitis, derrame pulmonar, etc.)

El uso de fármacos como la somatostatina o sus análogos octreotide, vaproetide o terlipresina deben ser administrados durante 3 a 5 días, posterior a la confirmación del diagnóstico de sangrado agudo.

Se considera a la terlipresina, como el medicamento de elección:

Dosis inicial es un bolo de 2 mg IV seguido por 1-2 mg cada 4 hrs IV durante 48 hrs, se puede continuar hasta 5 días, a una dosis de 1 mg cada 4 hrs IV

Los betabloqueadores NO deben ser usados en los cuadros de sangrado agudo

Los pacientes con cirrosis (Child B y C) y sangrado del tracto gastrointestinal alto, tienen un riesgo elevado de desarrollar infecciones bacterianas severas (peritonitis bacteriana espontánea y otras infecciones) que se asocian con una recurrencia temprana de hemorragia variceal, por lo que se recomienda el uso de antibióticos profilácticos:

Norfloxacina o ciprofloxacino oral o IV 400 mg dos veces al día por 7 días

En sospecha de resistencia a quinolonas, usar ceftriaxona 1 gr IV al día por 7 días

Una vez que el paciente se encuentre en condiciones hemodinámicas adecuadas, se debe realizar el estudio endoscópico alto para ofrecer además tratamiento con ligadura o escleroterapia

### **3) Los pacientes que sobreviven un episodio de hemorragia aguda:**

Tienen un riesgo de re-sangrado del 60 % y una mortalidad de 33 % en los siguientes dos años si, no reciben tratamiento, por lo que se recomienda iniciar tratamiento preventivo para re-sangrado con betabloqueadores y/ ligadura; en las primeras 24 horas de control del sangrado

El tratamiento combinado (beta bloqueador y ligadura de várices), es la mejor opción para la prevención secundaria de hemorragia variceal

Aquellos pacientes que no toleren o no respondan al tratamiento con beta bloqueador, deberán ser sometidos a estudio endoscópico con valoración de ligadura variceal como tratamiento de primera elección

### **4) Várices gástricas:**

En pacientes con várices del fondo gástrico y sangrado agudo, el tratamiento de elección es el cianocrilato, en caso de contar con él

El tratamiento de segunda elección es la ligadura y en caso de no contar con estos métodos, aun sigue siendo aceptado mundialmente el uso de la sonda de balones de Sengstaken Blakemore para el manejo de sangrado agudo, en pacientes que se conocen con várices gástricas

Se debe considerar el uso de TIPS ((transyugular intrahepatic portal systemic shunt), en pacientes con hemorragia de várices del fondo gástrico que no puede ser controlado ó en quienes el sangrado recurre a pesar del tratamiento combinado (farmacológico y endoscópico)

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

La colocación de TIPS no debe ser considerado una alternativa terapéutica para pacientes que responden al tratamiento convencional, solo debe ser utilizado como un tratamiento de rescate en el paciente que no responde a la terapia, ó en el paciente candidato a trasplante a corto plazo

## REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Todo paciente con diagnóstico de cirrosis hepática debe enviarse a estudio de endoscopia al momento del diagnóstico, como parte del protocolo de estudio en búsqueda de várices esofágicas

De acuerdo a los hallazgos endoscópicos deberá ser re-enviado al servicio de endoscopia para llevar a cabo el tratamiento con ligadura/escleroterapia o vigilancia según el criterio médico

Se debe realizar un estudio endoscópico alto al momento en el que existe evidencia macro/microscópica de evento de sangrado en el paciente cirrótico, sobretodo si existe antecedente de várices esofágicas

En el caso de pacientes con re-sangrado de difícil control y/o criterios para terapia endoscópica de alta especialidad, deberán ser enviados a tercer nivel de atención para ofrecer terapéutica derivativa, endoscópica o quirúrgica, inclusive trasplante hepático, de acuerdo a la infraestructura de cada hospital

Pacientes que hayan recibido tratamiento y se mantengan estables, pueden continuar manejo en primer nivel, con indicaciones específicas dadas en segundo y tercer nivel de atención

## VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

(Ver algoritmo 4)

En los pacientes que no tienen várices y la cirrosis se encuentra compensada, la endoscopia gastrointestinal alta se debe repetir en un lapso de dos a tres años

De acuerdo a las características endoscópicas de las várices y el grado de insuficiencia hepática, se deberá realizar ligadura

En el paciente que ha presentado sangrado y fue tratado con ligadura de las várices, ésta se deberá repetir cada 1 a 2 semanas hasta la obliteración de las várices con riesgo de sangrado. La vigilancia deberá realizarse con estudio endoscópico en 1 a 3 meses después de la obliteración y posteriormente cada 6 a 12 meses para evaluar la recurrencia de várices

## INCAPACIDAD

En el paciente portador de várices esofágicas no se puede establecer el tiempo estimado de recuperación debido a que se trata de un padecimiento crónico multifactorial y progresivo

El paciente con várices pequeñas sin descompensación hepática no debe ser considerado improductivo o con limitante de sus actividades laborales

El paciente con várices pequeñas y descompensación hepática requiere incapacidad de 1 a 7 días. Lo anterior sujeto al criterio médico, ya que la recuperación del paciente a un estado de función hepática es variable. Una vez recuperado el paciente puede regresar a laborar

El paciente con várices grandes sin descompensación hepática, ya incluido en el protocolo de tratamiento, por lo general no amerita incapacidad. Sujeto a criterio médico

El paciente con hemorragia aguda requiere de incapacidad indefinida dependiente de la recuperación del paciente. Sujeto a criterio médico

En el paciente con várices grandes con descompensación hepática de difícil control, se debe considerar el trámite de pensión parcial permanente

## ESCALAS

Tabla 1 Clasificación de Child Pugh de la Severidad de la Cirrosis.

Datos presentes	Puntuación*		
	1	2	3
Encefalopatía	Ninguno	Grado 1 - 2 (precipitada /inducida)	Grado 3- 4 (crónica)
Ascitis	Ninguno	Leve/Moderado (respuesta a diurético)	A tensión (Refractario a diurético)
Bilirrubina (mg/dl)	<2	2 - 3	>3
Albumina (g/dl)	>3.5	2.3 - 3.5	<2.8
Tiempo de Protrombina	<4	4 - 6	>6

\*5 a 6 puntos = Child A, 7 a 9 puntos = Child B 10 a 15 puntos = Child C

Fuente: Guía de referencia

Tabla 2. Características morfológicas de las várices esofágicas y signos inminentes de sangrado.

a. Tamaño de la várice y su localizaci3n.
b. Apariencia de las várices en la endoscopia (“signo de sangrado inminente”).
c. Marcas rojas (rayas rojas longitudinales en las várices).
d. Puntos “cereza-rojos” de los puntos (rojo, discreto, plano en las várices).
e. Puntos de hematoquistes.
f. Eritema difuso.

Fuente: Guía de referencia

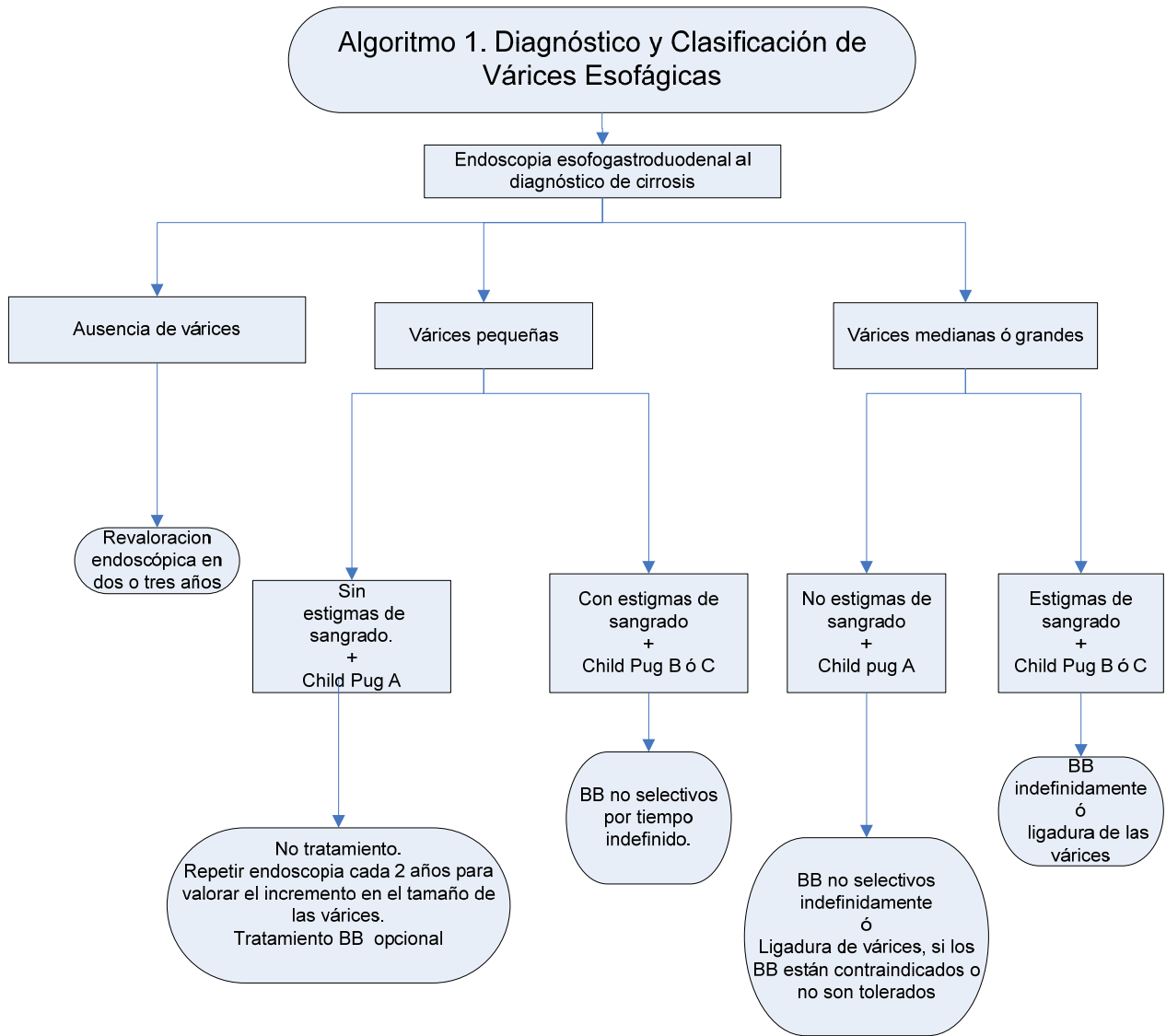
Tabla 3. Contraindicaciones para la realizaci3n de la endoscopia.

Estado de choque	Aneurisma de aorta torácica
Disnea severa y/3 hipoxemia	Divertículo de Zenker
Crisis convulsivas no controladas	Trombocitopenia < 30 000
Sospecha de abdomen agudo	INR > 3*
Perforaci3n abdominal	Cirugía digestiva reciente (primeros 15 días)
Falta de cooperaci3n del paciente	Embarazo de alto riesgo avanzado
No contar con sedaci3n	Infarto agudo del miocardio reciente (primera semana)
S el riesgo del procedimiento excede al beneficio	

\*Cociente internacional normalizado, que corresponde al cociente: tiempo de protrombina del paciente/tiempo de protrombina normal

Fuente: ASGE. Appropriate use of gastrointestinal endoscopy. Gastrointest Endosc 2000. 52:831-837  
 J.L. Vázquez Iglesias. Endoscopia Digestiva Diagnostica y Terapéutica Ed. Medica Panamericana 2008

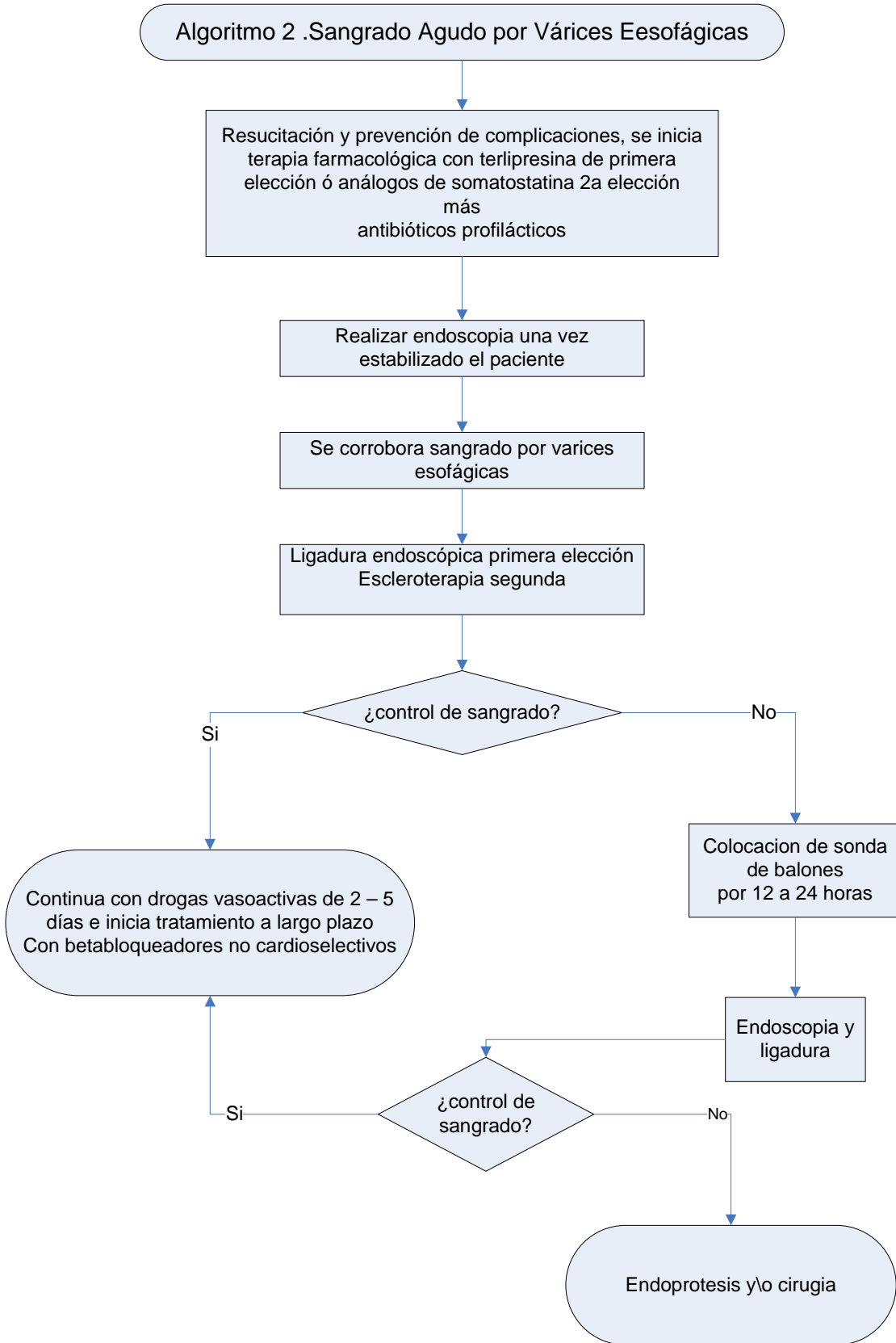
ALGORITMOS

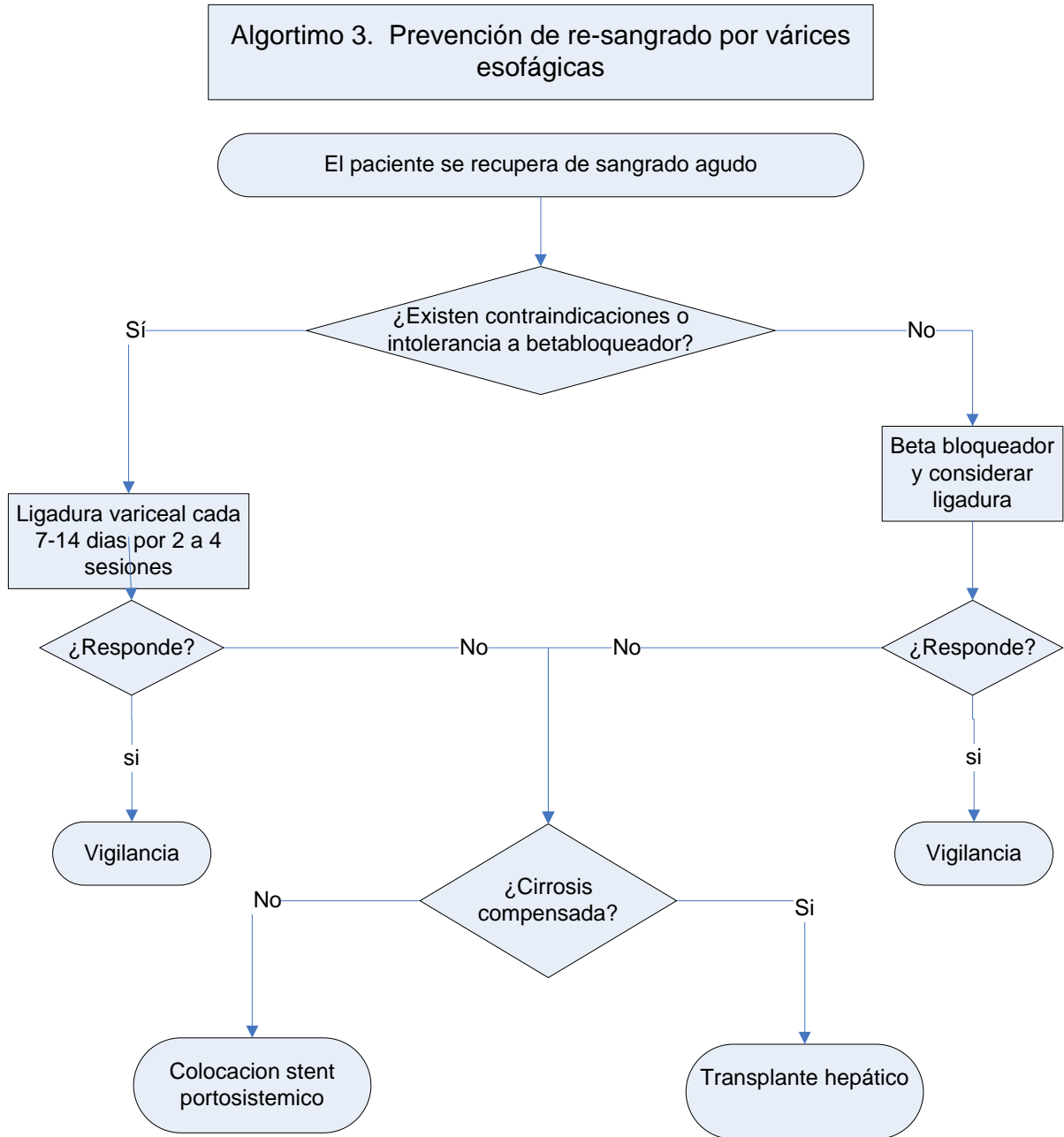


BB = Beta bloqueador no selectivo

Realizar endoscopia con un mínimo de 55 a 60 mil plaquetas, tiempo de protrombina mínimo de 55 a 60% y sin datos de encefalopatía hepática (Ver tabla 3)







Algoritmo 4. Vigilancia Endoscópica de Várices Esofágicas

