



CARTA CIENTÍFICA

Hemorragia digestiva alta secundaria a «downhill varices»: una complicación infrecuente y potencialmente mortal del síndrome de vena cava superior



Digestive bleeding due to downhill varices: A life-threatening and unusual complication of the superior cava syndrome

A pesar de que la hemorragia digestiva alta por varices esofágicas es una entidad bastante frecuente, las varices proximales o en «downhill» representan aproximadamente el 0,1% de estos casos. A diferencia de las varices distales producidas por aumento de la presión portal, las varices proximales son el resultado de una obstrucción a nivel de la vena cava superior, cuya causa principal son las lesiones neoplásicas que afectan al mediastino, como timomas, linfomas o neoplasias pulmonares. Otras entidades que pueden producirla son el síndrome de Behçet, la hipertensión pulmonar severa o la presencia de catéteres venosos centrales a este nivel en pacientes en hemodiálisis, cuya manipulación puede provocar trombosis del vaso¹.

Aunque la prevalencia de estas varices cuando existe obstrucción de la cava superior puede llegar al 30%, el sangrado es muy excepcional, ocurriendo con más frecuencia en aquellos casos en los que la etiología de la obstrucción se relaciona con un catéter venoso a este nivel².

Se presenta el caso de un varón de 38 años, natural de Mali, con antecedente de hipertensión, EPOC y enfermedad renal crónica estadio V de etiología no filiada, en programa de hemodiálisis desde el año 2005 con agotamiento de accesos vasculares por trombosis crónica, con síndrome de vena cava superior secundario. Acude a urgencias por cuadro de hematemesis en 3 ocasiones, mareo y cortejo vegetativo asociado, sin dolor abdominal u otro tipo de sintomatología. A su llegada el paciente se encuentra estable hemodinámicamente, objetivando en la exploración palidez cutánea y presencia de múltiples colaterales a nivel torácico y de abdomen superior (fig. 1A). En el tacto rectal se objetivan heces melénicas. Analíticamente destaca hemoglobina de 7,3 g/dl (previa una semana antes 10,4 g/dl) y 203.000 plaquetas.

Tras revisar la historia clínica del paciente, vimos que se encontraba en seguimiento por cirugía vascular, habiéndose

realizado una angio-TC de tórax y piernas 2 semanas antes, que describía una trombosis/obliteración de aspecto crónico de la vena cava superior inmediatamente distal a la desembocadura del cayado de la aorta (fig. 1B), provocando esto intensa red venosa colateral en pared toracoabdominal, perihepática, sistemas de ácidos y hemiácidos y áreas lumbares, siendo la cava inferior permeable y de calibre normal, sin datos radiológicos de cirrosis hepática ni hipertensión portal. Por su parte, al tratarse de un proceso crónico con trombosis a múltiples niveles, no existía posibilidad de reperfusión.

Se inicia tratamiento con somatostatina y se decide realización de endoscopia digestiva alta urgente, objetivando 4 cordones esofágicos grandes extendidos desde esófago proximal hasta los 33 cm, con gran tetón de fibrina en uno de ellos a 28 cm (fig. 1C), sin sangrado en el momento de la exploración. Se realiza ligadura con bandas elásticas en sentido descendente dada la naturaleza de la enfermedad. Sin embargo, 48 h después el paciente presenta nuevo cuadro de hematemesis masiva, produciéndose el fallecimiento del mismo a pesar de maniobras de resucitación antes de poder realizar endoscopia terapéutica.

En las varices esofágicas proximales, el riesgo de sangrado se encuentra en torno al 9% según las escasas series estudiadas, un porcentaje mucho más bajo que el de varices por hipertensión portal (aproximadamente el 30% a los 2 años), pudiendo aumentar en función del tiempo de evolución de la obstrucción a nivel de la cava superior. Sin embargo, la mortalidad asociada a la hemorragia en estos pacientes es más elevada³.

Tras establecer el diagnóstico, el tratamiento del sangrado agudo debe realizarse proximal al punto de sangrado, recomendándose la ligadura con bandas elásticas sobre la escleroterapia, ya que se han descrito casos de infartos espinales y tromboembolismo pulmonar en estos pacientes tras el uso de etanolamina a nivel local⁴. El no disponer de una alternativa como la derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS) en estos pacientes, resalta las limitaciones terapéuticas disponibles.

El objetivo terapéutico final en estos pacientes debe ir dirigido a restablecer el flujo venoso a nivel de la vena cava superior. En el caso de que no sea posible esto, como el caso de nuestro paciente, podría plantearse el uso de betabloqueantes o ligadura con bandas elásticas en sucesivas sesiones como profilaxis secundaria de HDA, aunque no existen estudios que avalen esta postura⁵.

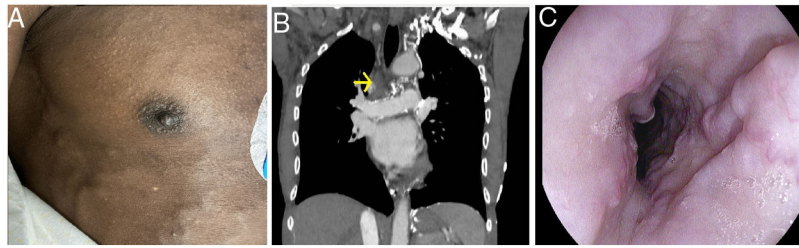


Figura 1 A) Abundantes colaterales cutáneas. B) Trombosis crónica de cava superior en TAC (flecha). C) varices proximales con tetón de fibrina.

Para finalizar, cabe destacar la importancia de tener en cuenta este tipo de lesiones en pacientes con síndrome de vena cava superior que presenten signos de hemorragia digestiva alta, lo cual nos permitirá realizar un tratamiento precoz y adecuado, incidiendo de nuevo en la importancia de realizar la técnica de forma proximal.

Bibliografía

1. Gómez AJ, Gómez MA. "Downhill" esophageal varices secondary to superior vena cava thrombosis and abnormal factor V. *Rev Gastroenterol Mex.* 2017;82:179–80.
2. Loudin M, Anderson S, Schlansky B. Bleeding "downhill" esophageal varices associated with benign superior vena cava obstruction: Case report and literature review. *BMC Gastroenterol.* 2016;16:134.
3. Inoue Y, Sakai S, Aoki T. Downhill oesophageal varices resulting from superior vena cava graft occlusion after resection of a thymoma. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2013;17:598–600.
4. Ontanilla Clavijo G, Trigo Salado C, Rojas Mercedes N, Caballero Gómez JA, Rincón Gatica A, Alcívar-Vasquez JM, et al. Downhill varices: una causa poco frecuente de hemorragia digestiva alta. *Rev Esp Enferm Dig.* 2016;108:440–2.
5. Hussein FA, Mawla N, Befeler AS, Martin KJ, Lentine KL. Formation of downhill esophageal varices as a rare but serious complication of hemodialysis access: A case report and comprehensive literature review. *Clin Exp Nephrol.* 2008;12:407–15.

José López González^{a,*}, Álvaro Pérez Fernández^b,
Marta Lázaro Sáez^a y Marta Casado Martín^a

^a Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, España

^b Unidad de Gestión Clínica de Nefrología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pepe_1993_17@hotmail.com
(J. López González).