



<http://www.elsevier.es/semergen>

387/197 - DEBUT CIRRÓTICO POR HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR VARICES ESOFÁGICAS: MANEJO EN URGENCIAS

A. Muñiz Abecia¹, L. Sáinz de la Maza Herrero², R. Navas Pariente³, J. Rodríguez Duque⁴, R. López Gil², M. Martínez Pérez²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vargas. Santander. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. ⁴Médico Residente de Digestivo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 64 años acude a urgencias del HUMV por hemorragia digestiva alta, habiendo presentado 8 episodios de hematemesis franca asociando mareo, síncope e hipotensión arterial. Se trata de un paciente bebedor de 8 vasos de vino diarios, hipertenso e hiperuricémico en tratamiento farmacológico con enalapril y allopurinol, además de alergia a betalactámicos.

Exploración y pruebas complementarias: Se encuentra consciente y orientado, hemodinámicamente estable manteniendo TAS > 100 mmHg y TAM > 60 mmHg tras la administración de 500 ml. de SSF. Se realiza analítica sanguínea que en la bioquímica objetiva un discreto aumento de transaminasas con GOT > GPT, colestasis disociada (GGT aumentada) y urea > 60 mg/dl; en el hemograma no se aprecia anemización y en la serie blanca no presenta alteraciones con una cifra de plaquetas de 118.000/uL. Se inicia perfusión de somatostatina y omeprazol. Se realiza una gastroscopía de urgencia que visualiza 3 cordones de varices esofágicas grandes con algún punto rojo, una de ellas con sangrado a chorro. Se realiza ligadura endoscópica colocándose 6 bandas y consiguiendo la remisión del sangrado. Durante la prueba endoscópica presenta un episodio de hipotensión hasta 66/33 mm/Hg que remonta con un segundo SSF. Se mantiene perfusión de somatostatina a doble dosis y omeprazol, se pauta antibioterapia endovenosa y se solicita analítica de control.

Juicio clínico: Hemorragia digestiva alta por varices esofágicas, debut de cirrosis no conocida.

Diagnóstico diferencial: Descartados otros puntos de sangrado en la endoscopia se asume el diagnóstico de sangrado por varices esofágicas.

Comentario final: La HDA por varices esofágicas es una urgencia médica, se debe actuar de forma rápida, manteniendo una TAS > 100 mmHg y una frecuencia cardiaca por debajo de 100 lpm. Además, se recomienda mantener una cifra de plaquetas mayor de 50.000/uL mientras la hemorragia esté activa. Una vez estabilizado el paciente, se debe realizar una endoscopia digestiva alta en las próximas 6 horas si el sangrado es activo, estableciendo el diagnóstico de sangrado por varices esofágicas en ausencia de otras lesiones visibles que justifiquen el sangrado. En cuanto a las complicaciones de la HDA por varices esofágicas destacan la neumonía, la peritonitis bacteriana espontánea y la infección del tracto urinario; debiendo descartarse debidamente estos procesos mediante radiografía de tórax, paracentesis diagnóstica y análisis de orina respectivamente especialmente en aquellos pacientes ingresados en la UCI. Respecto a la profilaxis antibiótica no existe un consenso, siendo la pauta más utilizada una semana de norfloxacino 400 mg/12h oral,

o una semana de ceftriaxona 1 g/24h intravenosa en pacientes con insuficiencia hepática avanzada. Como tratamiento específico de la HDA, disponemos de fármacos vasoactivos como la terlipresina, la somatostatina y sus análogos. En nuestro caso se utilizó somatostatina en un bolo de 250 ug/h. manteniéndose una perfusión continua de 500 ug/h. La terapia endoscópica de elección es la ligadura con bandas consiguiendo la oclusión por trombosis de la variz, con una eficacia del 80-90%, reduciendo además el riesgo de hemorragia temprana. Se reserva la terapia esclerosante para los casos donde no esté disponible la ligadura con bandas.

Bibliografía

Catalina-Rodríguez MV. Hipertensión Portal. Medicine. Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2012;11(11):634-47.