

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Sección coordinada por:

V.F. Moreira, E. Garrido

Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal

Varices gástricas

¿QUÉ SON LAS VARICES GÁSTRICAS Y EN QUÉ CIRCUNSTANCIAS SE DESARROLLAN?

Las varices gástricas (VG) son vasos venosos de la pared gástrica que se encuentran dilatados debido a un aumento del flujo sanguíneo. Se pueden desarrollar en pacientes con cirrosis hepática e hipertensión portal, pero también en no cirróticos generalmente en relación con trombosis del eje venoso esplenoportal. Las causas más frecuentes de trombosis de este territorio venoso son la pancreatitis crónica, la pancreatitis aguda, los pseudoquistes y las neoplasias pancreáticas. La prevalencia de las VG en pacientes con hipertensión portal de cualquier origen es inferior a la de las varices esofágicas (15-25 % frente a 50-60 %).

Según la clasificación de Sarin se distinguen diferentes tipos de VG: GOV, cuando las varices son una extensión de las varices esofágicas (tipo 1: hacia curvatura menor gástrica; tipo 2 hacia curvatura mayor) o IGV, cuando aparecen de forma aislada en estómago (tipo 1: en fundus gástrico; tipo 2: en cuerpo o antro).

¿CÓMO SE DIAGNOSTICAN Y CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS ASOCIADOS?

Los pacientes con VG no complicadas no presentan síntomas relacionados con las propias varices. La principal complicación asociada es su rotura, que ocasiona una hemorragia digestiva generalmente grave que suele manifestarse en forma de vómitos hemáticos. Los riesgos estimados de hemorragia al año, 3 años y 5 años desde el diagnóstico, son del 16 %, 36 % y 44 %, respectivamente. La mortalidad asociada al sangrado por VG es mayor que en la hemorragia por varices esofágicas, pudiendo alcanzar cifras de hasta el 30 %.

El diagnóstico de esta entidad habitualmente se realiza mediante una endoscopia digestiva alta, aunque también pueden detectarse VG en pruebas radiológicas, como la tomografía computerizada o la resonancia magnética. La ecoendoscopia con estudio doppler puede ser muy útil para realizar diagnóstico diferencial entre VG y otras patologías no venosas de la pared del estómago.

¿CUÁNDO Y CÓMO SE TRATAN LAS VARICES GÁSTRICAS?

En los pacientes con VG sin antecedente de hemorragia no es preciso un tratamiento específico. Algunos autores recomiendan emplear fármacos B-bloqueantes no cardio-selectivos por vía oral para intentar reducir la presión de las VG y prevenir la rotura en pacientes de alto riesgo, con deterioro avanzado de la función hepática y varices mayores de 1 cm con puntos rojos.

En caso de hemorragia digestiva por VG, en primer lugar debe procederse a la estabilización hemodinámica del paciente con la infusión de sueros, transfusiones sanguíneas y fármacos vasoactivos intravenosos que reducen la presión portal (somatostatina y terlipresina). También se iniciará tratamiento antibiótico intravenoso (ceftriaxona o cefotaxima) para prevenir complicaciones infecciosas.

Una vez estabilizado el paciente, debe realizarse una endoscopia que, además de confirmar el diagnóstico de hemorragia por VG, puede ser terapéutica. Si la hemorragia procede de una VG tipo GOV1, del mismo modo que ocurre con las varices esofágicas, el tratamiento de elección es la ligadura endoscópica con bandas. En el resto de los

tipos de varices (GOV2, IGV1 o IGV2) el tratamiento más apropiado es la inyección de sustancias adhesivas en el interior de la variz para intentar conseguir su obliteración. Existen varios agentes adhesivos en el mercado, como el histoacril, la trombina y el N-butil-2-cianoacrilato, siendo este último el más utilizado. La inyección de cianoacrilato ha demostrado ser más eficaz que otros métodos endoscópicos de hemostasia, como los esclerosantes o la ligadura con bandas. Su tasa de éxito para el control de la hemorragia en el momento agudo es superior al 90 %. El efecto adverso más importante asociado a la inyección de cianoacrilato es la embolia a distancia (0,7-3 %).

Cuando no se logra detener la hemorragia mediante la endoscopia, puede colocarse una sonda con un balón intragástrico inflado (sonda de Linton-Nachlas o Sengstaken) como medida temporal para intentar la hemostasia mediante compresión mecánica de las VG. Con esta medida se puede llegar a controlar el sangrado en el 80 % de los casos, pero el balón sólo podrá mantenerse hinchado un máximo de 24 horas. En este tiempo debe planificarse un nuevo intento de tratamiento endoscópico si inicialmente no fue posible la inyección de cianoacrilato o bien debemos recurrir a terapias radiológicas intravasculares.

El tratamiento radiológico más empleado es la *derivación percutánea portosistémica intrahepática* (DPPI, también llamado TIPS-*transjugular intrahepatic portosystemic shunt*). Consiste en la colocación de una prótesis metálica dentro del hígado para comunicar la vena porta con una vena suprahepática. De esta forma se desvía el flujo sanguíneo portal hacia la circulación sistémica y se reduce la presión en el interior de las VG. En el mismo procedimiento, ocasionalmente se lleva a cabo una embolización de las VG. Las principales complicaciones asociadas a la DPPI son la encefalopatía hepática (15-48 %) y la trombosis del mismo con recurrencia de la hemorragia.

La *obliteración retrógrada transvenosa con balón* (B-RTO) es una técnica radiológica menos empleada en nuestro medio, que consiste en la introducción de una sustancia esclerosante (etanolamina) en el interior de la variz mediante un catéter con balón que se introduce por la vena femoral y se hace progresar con control radiológico hasta la zona de las VG. La tasa de éxito de este tratamiento oscila entre el 77 y el 100 %.

Cuando fracasan todas las opciones terapéuticas anteriores, especialmente en casos seleccionados con hipertensión portal segmentaria debido a trombosis aislada de la vena esplénica, puede plantearse la esplenectomía.

¿SE PUEDE PREVENIR EL RESANGRADO POR VARICES GÁSTRICAS?

La tasa de recidiva hemorrágica a medio plazo después de un tratamiento efectivo de las VG con cianoacrilato oscila entre el 30 y el 60 %. Por este motivo, actualmente se recomienda además de iniciar tratamiento con fármacos B-bloqueantes no cardiosselectivos, efectuar otras sesiones programadas de inyección de cianoacrilato cada 2-4 semanas hasta conseguir la obliteración completa de todas las varices identificadas. En caso de resangrado a pesar del tratamiento endoscópico de repetición, debe valorarse la colocación de una DPPI, que ha demostrado en algunos estudios tasas de recidiva hemorrágica algo inferiores respecto al tratamiento con cianoacrilato (15-40 %).

Carla Senosiain Lalastra y José Ramón Foruny Olcina

Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

