



Varices esofágicas

Silvia Costa Abos

Profesora Ayudante de Enfermería Médico-Quirúrgica.
Universidad de Barcelona.

¿Qué son las varices esofágicas?

Venas dilatadas y tortuosas de la submucosa del tercio inferior del esófago; también pueden aparecer en puntos más altos o extenderse hasta el estómago.

Su formación tiene lugar en el curso de enfermedades crónicas del hígado, especialmente en cirrosis hepática. Ésta se acompaña de importantes alteraciones de la arquitectura hepática, fibrosis y nódulos de regeneración que aumentan la resistencia u obstrucción al flujo sanguíneo de la vena porta.

La **hipertensión portal** se define como el incremento de la presión hidrostática en el interior del sistema venoso portal. Ello hace que el gradiente de presión entre la vena porta y la vena cava se eleve por encima del rango normal (2-6 mmHg).

Este aumento de la tensión portal de forma sostenida ocasiona la **circulación colateral portosistémica** por la dilatación de comunicantes preexistentes pero cerradas, como las varices esofágicas, y deriva parte del flujo sanguíneo portal a la circulación sistémica sin pasar por el hígado (fig 1).

Las varices esofágicas constituyen las venas colaterales más relevantes secundarias a la hipertensión portal. Estos vasos no son muy elásticos, sino más bien frágiles y sangran con facilidad, dando lugar a hemorragias en forma de hematemesis y melenas.

La trascendencia de este síndrome se encuentra determinada por sus graves

consecuencias: hemorragia digestiva por rotura de varices esofagogástricas, ascitis, encefalopatía hepática, trastornos en el metabolismo de fármacos y sustancias endógenas normalmente depuradas por el hígado, esplenomegalia e hipersplenismo.

Complicaciones de la hemorragia por varices esofágicas

La importancia de la **hemorragia por varices esofágicas** viene dada por su elevada frecuencia (aparece en el 50-70% de los pacientes con hipertensión portal) y por su gravedad, con una mortalidad que oscila entre el 40 y 84% de los casos. Además, la recidiva es la regla. Entre los pacientes que sobreviven a la primera hemorragia, más del 50% presentan otro episodio hemorrágico en los siguientes seis meses.

Este **grave pronóstico** de la hemorragia por varices se encuentra relacionado con dos hechos. En primer lugar, con la cantidad masiva de pérdida hemática; y en segundo lugar, con la causa de la hipertensión portal. La hemorragia por

Las varices esofágicas son las venas colaterales más relevantes secundarias a la hipertensión portal

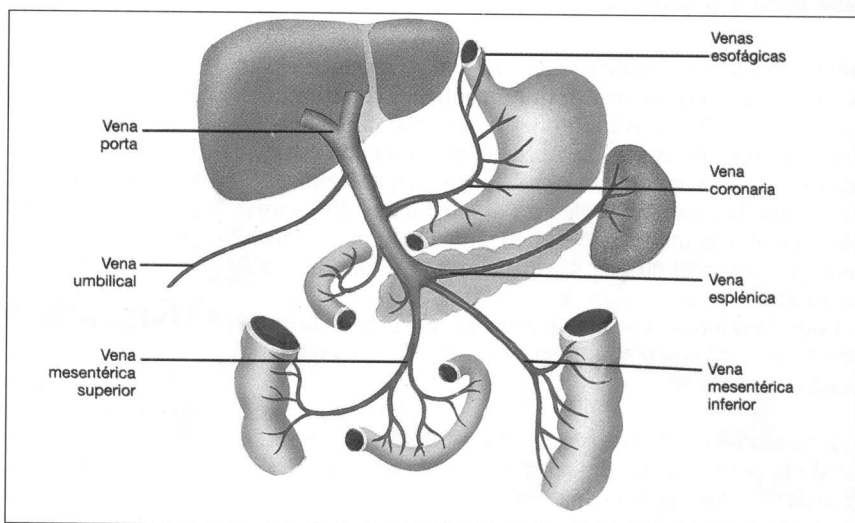


Figura 1. Hipertensión portal.

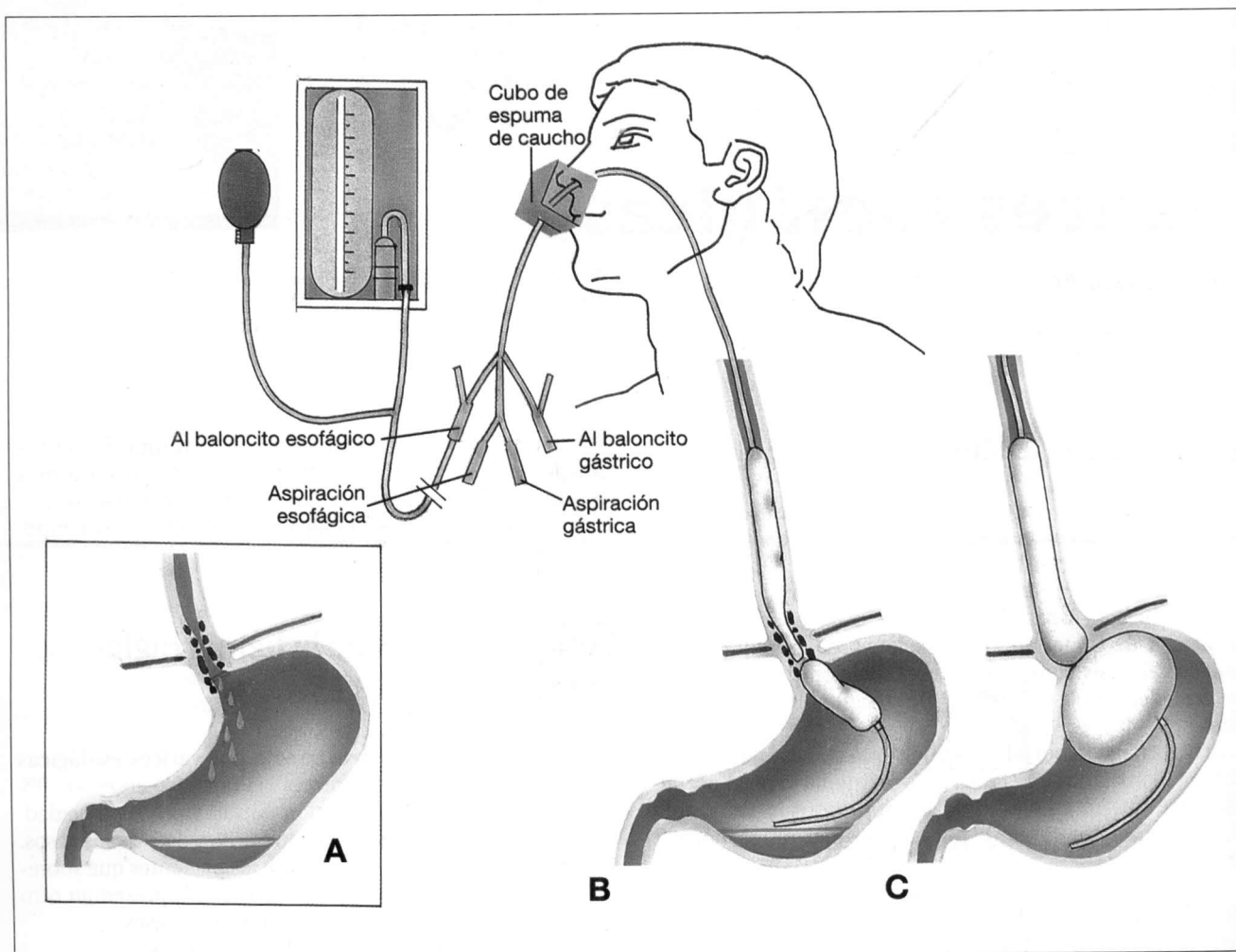


Figura 2. Sonda de Sengstaken-Blackemore. Taponamiento esofágico con balón para tratar las varices sangrantes. A) Varices esofágicas dilatadas y sangrantes en el extremo inferior del esófago. B) Colocación de una sonda con cuatro conductos y baloncitos colocados (sin inflar) para taponamiento esofágico. C) Los baloncitos esofágicos gástricos inflados comprimen las varices sangrantes. Los orificios de la sonda en el estómago y el esófago permiten aspirar secreciones.

rotura de varices es mucho más grave si se produce en un paciente que presente cirrosis que en aquellos con trombosis portal, equistosomiasis o hipertensión portal idiopática. En los pacientes con cirrosis, la mortalidad guarda una estrecha relación con el grado de insuficiencia hepatocelular, de forma que la mortalidad alcanza alrededor del 20% en los pacientes que mantienen una buena función hepática, mientras que supera el 80% en los pacientes con fallo hepático avanzado.

Complicaciones que hay que evitar: en primer lugar, el shock hipovolémico y, posteriormente, la encefalopatía hepática.

1) La reposición de la volemia, tras la valoración aproximada de la pérdida hemática, evitará el shock hipovolémico. (Señalar que los signos de hipovolemia pueden ser: piel fría y sudorosa, taquicardia, hipotensión arterial, inquietud, oliguria y disminución de los pulsos periféricos.)

2) La presencia de sangre en el tracto gastrointestinal favorece el aumento de producción de sustancias nitrogenadas, tóxicas para el cerebro. La aspiración del contenido gástrico, la administración de neomicina (antibiótico no absorbible) y los enemas para eliminar el contenido intestinal forman parte de las medidas utilizadas en la profilaxis de la encefalopatía hepática.

Diagnóstico

El mejor diagnóstico en la hemorragia digestiva es la fibrogastroscoopia de urgencia. Además, el conocimiento exacto del punto sangrante determina el tratamiento.

La existencia de cirrosis hepática, incluso con signos de hipertensión portal grave (esplenomegalia, ascitis), no es sinónimo de la existencia de varices esofágicas. Por lo tanto, esta técnica diagnóstica servirá para evaluar la presencia o no

de varices y, en su caso, la extensión y volumen de las mismas. Además, se ha demostrado que la mayoría de hemorragias son provocadas por varices grandes.

Tratamiento

Dada la gravedad del cuadro el paciente debe ingresar en una unidad de cuidados intensivos donde se practicarán una serie de cuidados encaminados a:

- Mantener abiertas las vías aéreas del paciente mientras se intenta controlar las varices sangrantes. (Si existe riesgo de aspiración es necesario intubar.)
- Oxigenar al paciente.
- Administrar líquidos por vía parenteral para restaurar el volumen y reponer las deficiencias de electrolitos. A veces es necesario transfundir sangre.
- Controlar la diuresis pudiendo ser necesaria la colocación de una sonda vesical.

Tratamiento de la hemorragia activa

El tratamiento hemostático urgente se consigue mediante la administración de fármacos vasoactivos o el taponamiento esofágico.

Los **fármacos vasoactivos** como la vasopresina o la somatostatina inducen una vasoconstricción en el territorio esplénico, reduciendo la presión portal y la de las venas colaterales gastroesofágicas.

La **vasopresina** constituye un potente vasoconstrictor que no sólo actúa en el territorio esplénico, sino que también se manifiesta en la circulación sistémica, ocasionando un aumento de la presión arterial y descensos del gasto cardíaco, flujo sanguíneo coronario y frecuencia cardíaca. Sin embargo, presenta complicaciones cardiovasculares y está contraindicada en pacientes cardíacos e hipertensos.

La **somatostatina**, sustancia que inhibe la secreción de la hormona de crecimiento y de la mayoría de hormonas gastroin-

Entre los pacientes que sobreviven a la primera hemorragia, más del 50% presentan otro episodio hemorrágico en los siguientes seis meses

testinales, tiene la propiedad de disminuir el flujo sanguíneo y la presión portal sin los efectos adversos de la vasopresina.

El **taponamiento esofágico** mediante la sonda de Sengstaken-Blackemore es un procedimiento muy utilizado. La sonda está provista de dos balones; uno gástrico y otro esofágico. El primero se impacta en la zona del cardias y el segundo comprime directamente las varices. Además, existen tres conductos u orificios de la sonda que cumplen las siguientes finalidades: 1) aspiración gástrica, 2) inflación del balón en el estómago y 3) inflación del balón esofágico. El médico realiza el taponamiento pero la vigilancia y el control permanente se lleva a cabo por una/un enfermero/a experto/a.

Antes de colocar el balón y mientras dure el tratamiento, debe aspirarse al máximo el contenido gástrico retenido en el estómago para evitar el vómito durante la maniobra. La sonda se aplicará sin tracción externa, colocando únicamente un tope nasal para impedir evitar su deslizamiento. Es preciso efectuar pequeños lavados gástricos y evitar que se obture la sonda; esto puede hacerse con solución salina helada para favorecer la constricción de los vasos estomacales. Hay que comprobar la presión del balón esofágico cada hora, manteniéndola entre 60 y 70 mmHg (fig. 2).

Esta técnica posee una gran eficacia en la obtención de hemostasia primaria, aunque aproximadamente en la mitad de los casos se produce una recidiva tras desinchar el balón.

Las complicaciones más importantes son la neumonía por aspiración y la rotura del esófago.

Prevención de las recidivas

El objetivo del tratamiento electivo es evitar la aparición de recidivas hemorrágicas en el paciente que acaba de superar un episodio de sangrado. Hasta hace poco este tratamiento era exclusivamente quirúrgico, no tanto en la actualidad ya

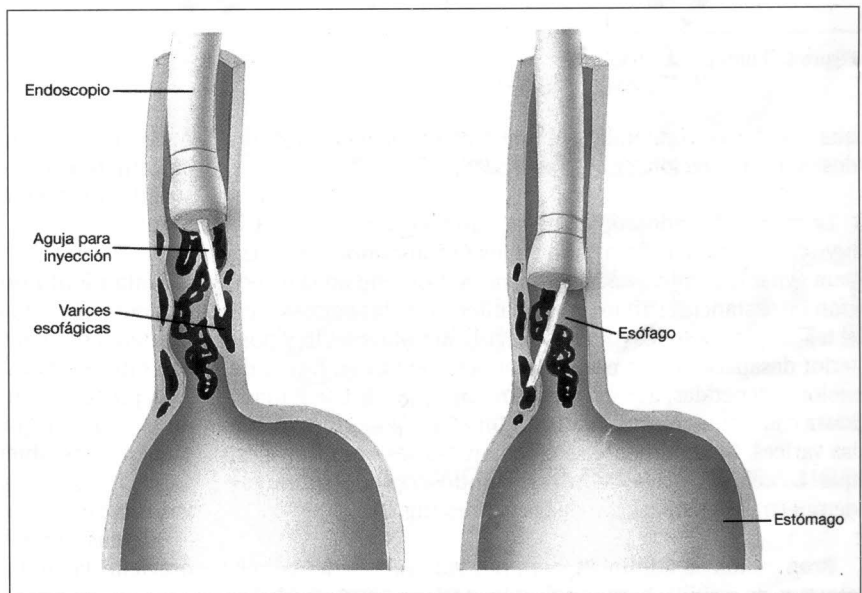


Figura 3. Escleroterapia.

Shunts portocava

Un *shunt portocava*, un procedimiento común para reducir la presión total, une la vena porta y la vena cava inferior. La anastomosis término-lateral reduce la presión portal más efectivamente, pero la anastomosis látero-lateral permite que parte del flujo sanguíneo portal fluya a través del hígado.

Shunts esplenorrenales

Un *shunt esplenorrenal*, recomendado en la obstrucción de la vena porta y cuando el hiperesplenismo acompaña a la hipertensión portal, une la vena esplénica y la vena renal izquierda. La anastomosis término-lateral incluye esplenectomía, a diferencia de la anastomosis látero-lateral, que puede realizarse en ausencia de hiperesplenismo.

Shunt mesocava

Indicado en la trombosis de la vena porta, previa esplenectomía, o en la ascitis incontrolable, un *shunt mesocava* une la vena mesentérica superior con la vena cava inferior. Sin embargo, ni la anastomosis látero-lateral ni el injerto de Dacron funcionan tan efectivamente como otros shunts:

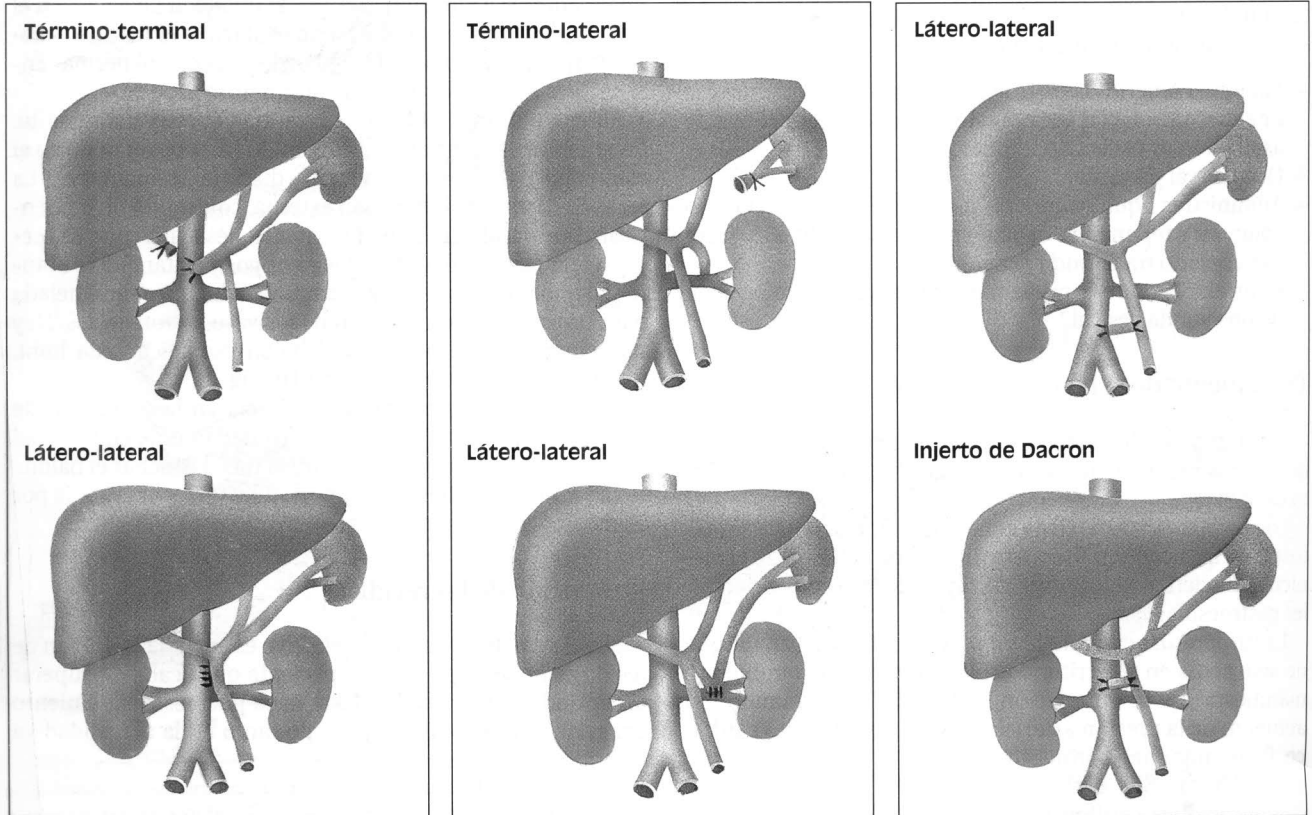


Figura 4. Shunts portosistémicos.

que sus efectos colaterales superaban a los beneficios logrados con la operación.

La **esclerosis endoscópica** de las varices esofágicas constituye el método más empleado en los últimos años. Se utiliza para evitar la recidiva de la hemorragia. Consiste en la inyección de sustancias irritantes en el interior de las varices o en el tejido que las rodea, para conseguir su obliteración y posterior desaparición. La escleroterapia se realiza en forma de sesiones repetidas, a intervalos variables (de 1 a 4 semanas), hasta conseguir erradicar o disminuir el número y tamaño de las varices. Generalmente se efectúan 4-5 sesiones iniciales, que se repiten si los controles endoscópicos sucesivos demuestran la reaparición de las varices (fig. 3).

Propranolol. Su administración por vía oral puede reducir el riesgo de recidiva hemorrágica. La dosis se ajusta cuidadosamente a cada paciente para adecuar el efecto betablo-

queante, provocando una reducción de la frecuencia cardíaca y un descenso de la presión portal. No se debe suspender su administración de forma brusca ante el posible efecto rebote.

Tratamiento quirúrgico. La cirugía debe reservarse para pacientes con buena función hepática; de lo contrario la mortalidad operatoria y el índice de encefalopatía posterior son muy elevados.

El procedimiento más común lo constituyen las técnicas de derivación quirúrgicas llamadas *shunts portosistémicos*. Tienen como objetivo reducir la presión portal y controlar las varices esofágicas sangrantes desviando la sangre de los vasos colaterales del sistema venoso portal (fig. 4).

Además, existe un nuevo procedimiento que controla y previene la hemorragia de las varices esofágicas llamado *shunt portosistémico transyugular intrahepático (SPTI)*. Consiste en insertar un fiador en el acceso vascular, dentro de

to farmacológico (antihistamínicos, lociones anti-prurito), si es necesario.

Explicar la necesidad de evitar consumo de **alcohol** ya que resulta física y psicológicamente muy negativo para estos pacientes. Al regresar al domicilio, la persona puede encontrar muy difícil abstenerse del consumo de alcohol si forma parte importante de la vida diaria. Buscar recursos apropiados y ayuda psicológica, de asistenta social o grupos de autoayuda y programas de desintoxicación.

La **supervivencia** de los/as enfermos cirróticos puede mejorar notablemente con un seguimiento permanente del régimen de tratamiento médico y dietético y con la abstinencia de hepatotoxinas. Observar y valorar el progreso del paciente y proporcionar apoyo físico y emocional a él y a su familia, es el objetivo del profesional de enfermería, no sólo durante su ingreso sino también después del alta hospitalaria.

Preguntas

- 1) ¿Qué consecuencias tiene la hipertensión portal en un/a paciente cirrótico?
- 2) ¿Qué factores contribuyen a la rotura de las varices esofágicas?
- 3) ¿Cuáles son las complicaciones potenciales del taponamiento esofágico?
- 4) ¿Cómo se puede prevenir la encefalopatía hepática?
- 5) Razone los problemas que puede presentar un paciente cirrótico.

BIBLIOGRAFÍA

Force E, Oto I, Necesidad de nutrición y eliminación. Serie Manuales de Enfermería. Barcelona: Salvat Editores, 1993.

Este libro forma parte de una colección de Enfermería Médico-Quirúrgica que sigue el mismo esquema. Enfocado por necesidades, trata de las principales enfermedades que afectan a la nutrición y eliminación destacando los aspectos en que enfermería tendrá una actuación decisiva: identificación de problemas, preparación del paciente en las pruebas diagnósticas o los cuidados que éste deberá recibir en situaciones determinadas.

Arroyo, V, Piqué, JM. Gastroenterología-Hepatología. Barcelona: Masson-Salvat, Barcelona, 1989.

Obra que aborda, de forma exclusiva, los aspectos fisiopatológicos y de tratamiento médico. Útil para profundizar en la patología de la cirrosis.

Beare-Myers. Enfermería Médico-Quirúrgica 2.ª Edición. Madrid: Mosby/Doyma Libros, 1995.

Destacar de este nuevo tratado el énfasis sobre los cuidados de enfermería. Además de un recordatorio del proceso que estemos estudiando, se plantean los cuidados a partir de una valoración del paciente, diagnósticos de enfermería, planificación (de resultados), ejecución, evaluación, documentación e incluso asistencia continuada tras el alta. Esta forma de abordar la planificación de cuidados de las/os enfermeras/os amplía y mejora aspectos que no se abarcan en otros tratados.

Otros artículos de consulta:

Encefalopatía hepática, un paciente no deseado. Rev ROL Enf 1987; 102:31-37.

Ahora puede conectarse a la medicina universal, acceder a las mayores bibliotecas, leer las mejores publicaciones, artículos, libros, revistas, comentarios, estudios, consultar las bases de datos más completas, participar en fóruns, descubrir los últimos avances tecnológicos, intercambiar opiniones, estar al día de todos los acontecimientos y congresos relevantes, másters, cursos de especialización, legislación, correo electrónico, . . .

Ahora puede conectarse a

**Ready
Soft
i n t e r n e t**
El mejor servidor de recursos médicos

Visite nuestra página Web en:
<http://www.readysoft.es/medicina>

i 902 240 182 