
Hemorragia Digestiva Alta Variceal

AUTOR: IGNACIO MARTÍN SANTARELLI

6^o Cátedra de Medicina Interna. Hospital de Clínicas José de San Martín, UBA.

ASESOR MÉDICO: DR. RICARDO BARCIA.

DEFINICIÓN

Sangrado originado en vórices esofágicas, gástricas o ambas, evidenciado durante la endoscopia, o ante la presencia de vórices grandes asociadas con sangre en el estómago sin otra causa atribuible.

Ocurren en 1/3 de los pacientes con cirrosis, se autolimitan sólo en el 40% de los casos y la mortalidad global es del 50%.

El riesgo de resangrado es máximo dentro de las 72 H y regresa al basal a las 6 semanas; el 50% ocurre los primeros 10 días. La mortalidad por resangrado es del 30%.

Sangrado clínicamente significativo es el que se asocia a requerimiento transfusional de ≥ 2 U de sangre en 24 H, junto a tensión arterial (TA) sistólica < 100 mmHg u ortostatismo al ingreso hospitalario.

EN QUIÉN SOSPECHARLA

En aquellos pacientes que ingresan por hemorragia digestiva alta, que tienen diagnóstico de vórices esofágicas o gástricas, o en los que tienen alto riesgo de padecerlas (diagnóstico de cirrosis, antecedente de alcoholismo, o estigmas de hepatopatía crónica al examen físico).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- 1) Laboratorio con hemograma, función renal, hepatograma, albúmina, coagulograma y gasometría venosa con lactato
- 2) Paracentesis diagnóstica, en presencia de ascitis (semiológica- o ecográfica- mente)
- 3) Electrocardiograma
- 4) Radiografía de tórax

MEDIDAS TERAPÉUTICAS GENERALES

- 1) Asegurar la vía aérea, con intubación orotraqueal si es necesario
- 2) Asegurar el acceso venoso, periférico si es adecuado, o central
- 3) Controlar el balance hidrosalino, con sonda vesical si es necesario
- 4) Evitar la sobrecarga de volumen y limitar el uso de hemoderivados por riesgo de hipertensión portal de rebote y resangrado variceal. Objetivos:
 - TA sistólica: ≥ 100 mmHg
 - Hemoglobina: 7-8 g/dl
 - Recuento plaquetario > 50.000 mm³
 - Razón internacional normalizada (RIN) $< 1,5$: Puede corregirse con complejo protrombínico (para evitar la sobrecarga de volumen) o con plasma fresco congelado.

Tabla 1: Dosis de complejo protrombínico según RIN

| RIN | Dosis [UI/kg] |
|---------|---------------|
| 2 - 3,9 | 25 |
| 4 - 6 | 35 |
| > 6 | 50 |

Referida al factor IX Prothromplex® ampolla de 20 ml: 600 UI

TRATAMIENTO VASOACTIVO

- 1) Debe iniciarse antes de la endoscopia, tan pronto como sea posible
- 2) Debe mantenerse por 5 días
 - Terlipresina: 2 mg c/4 H intravenosa (IV); comenzar descenso hasta 1 mg c/4 H desde el cese del sangrado
 - Ocreótide: 50 µg en bolo IV, seguido de infusión continua de 50 µg/H
 - Vasopresina: 0,4 UI en bolo IV, seguido de infusión continua a 0,4-1 UI/min

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO

- 1) Debe realizarse inmediatamente luego de la resucitación si el paciente está hemodinámicamente inestable, o dentro de las 12-24 H desde el ingreso en los demás casos.
- 2) Opciones iniciales: ligadura con bandas, escleroterapia, inyección de cianoacrilato
- 3) Opciones de rescate: Stent porto-sistémico transparietal intrahepático (TIPS)
- 4) Ultimo recurso: taponamiento con balón

OTROS TRATAMIENTOS

- **Antibióticos:** Hasta el 20% de los cirróticos internados por hemorragia digestiva tienen infecciones concomitantes y hasta el 50% las desarrolla durante la internación. Las más frecuentes son: infecciones urinarias, peritonitis bacteriana espontánea, neumonía y bacteriemia primaria. Deben administrarse independientemente de la presencia de ascitis.
Opciones: ceftriaxona 1 g/día IV, ciprofloxacina 400 mg c/12 H IV, trimetoprima/sulfametoxazol 160/800 mg c/12 H IV