



Contenido destacado del mes Septiembre 2020

Complicación de la cirrosis

Dres. Aida Ortega Alonso y José María Pinazo Bandera

- Avisan desde el Box de Críticos de Urgencias por un paciente extranjero de 60 años que se encontraba de vacaciones. Es traído por el Servicio de Emergencias por un cuadro de hematemesis franca presenciado por el personal sanitario tras un síncope en plena calle. No disponemos de antecedentes previos del paciente y no se ha logrado contactar con ningún familiar.
- A la llegada el paciente muestra Glasgow 14 con tensiones de 90/50, frecuencia cardiaca de 110 lpm. Saturación de oxígeno del 98% y SNG colocada dónde se evidencia de hemo fresco (300 mL).
- A la exploración presenta palidez cutánea y tinte icterico escleral. Se evidencian arañas vasculares en región pectoral, aspecto sarcopénico así como abdomen globuloso, que impresiona de ascitis moderada.
- Se realiza una analítica de sangre urgente en la que destaca Hb 6.0 g/dL, VCM 102, plaquetas 69 000, INR 1.9, función renal normal y bilirrubina total 3.7 mg/dL con directa de 2.7 mg/dL. Gasometría y láctico en rango. Resto anodino.

PREGUNTA 1: De acuerdo a lo anterior, ¿Cuál de las siguientes aseveraciones es FALSA?

- a) Dada la historia clínica y la exploración del paciente, administraría 80 mg pantoprazol en bolo intravenoso así como bolo de somatostatina 250 cc previa administración de antiemético e iniciaría perfusión de somatostatina.
- b) Dada exploración del paciente y pruebas complementarias administraría ceftriaxona 1g/24h como profilaxis primaria de la peritonitis bacteriana espontánea.
- c) En el algoritmo inicial de dicha patología es crucial la realización de una endoscopia digestiva alta emergente en las primeras dos horas desde la llegada del paciente a Urgencias.
- d) Si bien la fluidoterapia es básica en las primeras horas, habría que ser cuidadosos con la sobrecarga hídrica e intentar mantener Tensión arterial sistólica por debajo de 100 y transfundir hemoderivados intentando conseguir un máximo entre 7-9 g/dL de Hemoglobina.

¡Respuesta correcta!

c) En el algoritmo inicial de dicha patología es crucial la realización de una endoscopia digestiva alta emergente en las primeras dos horas desde la llegada del paciente a Urgencias.

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

Pregunta 1: explicación

Es necesario conocer que lo primero en el contexto de una HDA, tanto si es varicosa o no, lo más importante es el soporte hemodinámico y la estabilización del paciente en las primeras horas desde la llegada.

Tan pronto como se sospeche la presencia de hipertensión portal en el paciente (exploración, antecedentes y pruebas complementarias) se debe empezar con tratamiento vasoconstrictor (ver tabla).

	Bolus inicial	Mantenimiento	Duración
Somatostatina	250 µg	250 µg/h en perfusión	1-5 días
Octeotride	50-100 µg	50 µg/h en perfusión	1-5 días
Terlipresina	2 mg	2mg/4h en bolus	2 días seguidos de 3 días a 1mg/4h

Pregunta 1: explicación

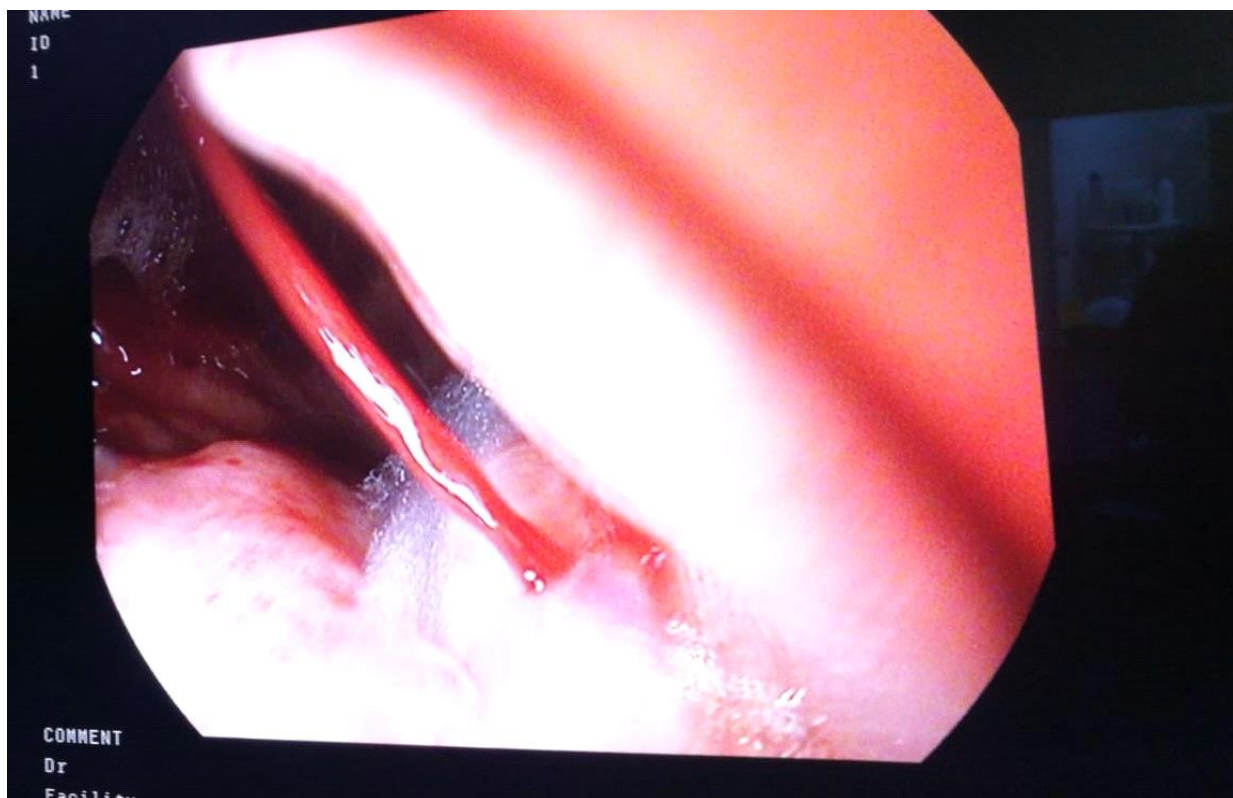
En el caso expuesto también se hizo uso de pantoprazol ya que no se sabía el origen del sangrado para también comenzar con terapéutica en un sangrado de plausible causa péptica.

Posteriormente y con el paciente estable habría que realizar una endoscopia digestiva alta en las primeras 6-12h, no hay que precipitarse en realizar la gastroscopia en las primeras horas si el paciente no está hemodinámicamente estable o de estar inestable, que no se encuentre aún en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

A parte del tratamiento combinado (vasoconstrictores + endoscópico) hay que conocer una serie de premisas:

- No excederse con la fluidoterapia, en caso de sospecha de sangrado por HTP no superar una Tensión arterial sistólica de 100 mmHg
- No excederse con el soporte transfusional, transfundir siempre con el objetivo de una Hb entre 7-9 g/dL. Estas dos indicaciones van dirigidas a no aumentar la presión portal y favorecer el sangrado-
- Realizar profilaxis de peritonitis bacteriana espontánea: Antibioterapia empírica, se suele empezar con ceftriaxona 1gr/24h para no usar la vía oral. En pacientes Child A-B y en regiones donde no haya resistencia considerable a las quinolonas se puede pautar norfloxacino 400mg/24h. En caso de tener una ascitis accesible (grado II-III/III) debería realizarse una paracentesis diagnóstica para descartar complicación infecciosa tras el control del foco hemorrágico.
- Realizar profilaxis de la encefalopatía hepática con enemas de Lactulosa y una vez recuperada la dieta oral, toma de lactulosa/lactitol oral 10 g/8-12h¹.

Se estabiliza al paciente y se realiza endoscopia digestiva alta urgente dónde se evidencia la siguiente imagen:



PREGUNTA 2: ¿A qué tipo de lesión corresponde y qué terapéutica endoscópica realizarías?

- a) Es evidente que se trata de un sangrado arterial y podríamos estar ante una lesión tipo Dieulafoy, por lo que administraría terapéutica con adrenalina diluida 1: 10 000.
- b) Es un sangrado típico en jet y la lesión causante es una úlcera gástrica alta Forrest la, realizaría doble terapéutica endoscópica: esclerosis + clips hemostático.
- c) Se trata de un sangrado secundario a la rotura de una variz esofágica, próxima a la unión esofagogástrica, el tratamiento más eficaz es la ligadura endoscópica únicamente de la variz responsable del cuadro.
- d) Estamos ante una rotura de un cordón varicoso esofágico, próximo a la unión esofagogástrica, el tratamiento más eficaz es la ligadura endoscópica de la variz responsable del sangrado, así como del resto de varices susceptibles de terapéutica.

¡Respuesta correcta!

d) Estamos ante una rotura de un cordón varicoso esofágico, próximo a la unión esofagogástrica, el tratamiento más eficaz es la ligadura endoscópica de la variz responsable del sangrado, así como del resto de varices susceptibles de terapéutica.

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

Pregunta 2: explicación

Se trata de un sangrado varicoso tal y como se sospechaba previo a la endoscopia.

Respecto a la correcta es la opción D. A parte de tratar la variz responsable del sangrado, es importante fijar cuantas varices más hay susceptibles de ser tratadas. En caso de haber más se debe tratar preferiblemente mediante ligadura endoscópica (o en caso de no ser posible, mediante esclerosis con etanolamina) de distal a proximal, siguiendo una ruta en espiral y evitando realizar dos terapéuticas sobre la misma variz ya que aumentaría el riesgo de rotura por aumento de la presión.

Es vital conocer el sistema de bandas usado en cada centro previamente a la realización de la endoscopia.

PREGUNTA 3: Respecto al sangrado digestivo de origen varicoso, señale la FALSA:

- a) En caso de que un paciente resangre en los primeros cinco días desde el inicio de la terapia combinada (vasoconstrictores + tratamiento endoscópico con bandas) cumpliría criterios de sangrado varicoso refractario y habría que valorar la colocación de un TIPS de rescate
- b) En caso de una inestabilidad hemodinámica permanente asociada al sangrado, con TAS por debajo de 70mmHg pese a drogas vasoactivas y expansores del volumen podría hacer decantarnos por sistema de taponamiento tipo sonda Sengstaken-Blakemore o stent esofágico tipo Danis® como tratamiento de primer escalón.
- c) El stent esofágico tipo Danis® puede permanecer hasta una semana colocado sin necesidad de retirada y asociando un riesgo bajo de complicaciones.
- d) Uno de los inconvenientes del stent esofágico Danis® es la necesidad de endoscopia digestiva alta para su colocación.

¡Respuesta correcta!

d) Uno de los inconvenientes del stent esofágico Danis® es la necesidad de endoscopia digestiva alta para su colocación.

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

Pregunta 3: explicación

En esta pregunta se repasan los conceptos de hemorragia digestiva varicosa refractaria y masiva:

-Sangrado varicoso refractario:

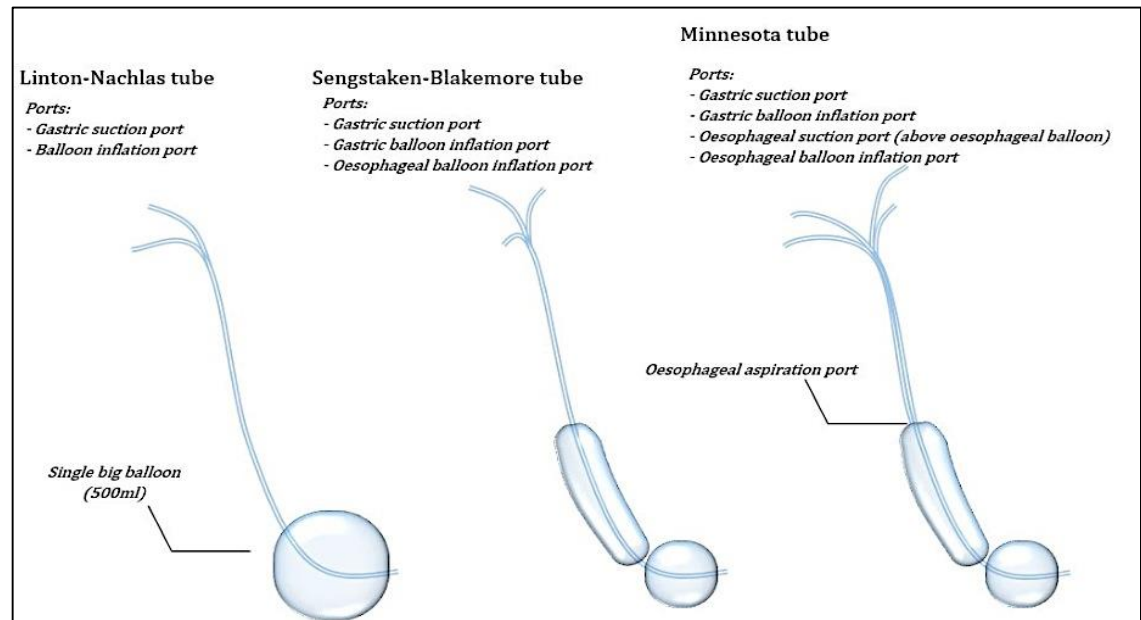
- Fallo en controlar sangrado con terapia combinada (resangrado en los primeros 5 días)
- Evidencia de sangrado digestivo persistente (Hematemesis y/o >100mL de sangre fresca en bolsa de SNG) 2h después de iniciar la doble terapia o descenso de >3gr Hb respecto a valores previos.

-Sangrado varicoso masivo:

- Imposibilidad para conseguir estabilidad hemodinámica (TAS>70mmhg y FC<100lpm) a pesar de expansores de volumen y drogas vasoactivas.

En estos dos escenarios están indicados los sistemas de taponamiento varicoso.

1.Terapias con balón:



Siguiente

Pregunta 3: explicación

Los de uso más extendido son el Sengstaken-Blakemore para las varices esofágicas y el Linton-Nachlas para las varices gástricas. Hasta la llegada del stent esofágico era la única maniobra terapéutica para este escenario.

Existen varios aspectos a tener en cuenta:

- Limitada en tiempo (máximo 24h)
- Requiere colocación y control en UCI/Unidad de sangrante: Requiere conocer el sistema
- Alta eficacia en cese de sangrado
- Alta incidencia de Efectos Adversos Severos (SAE): Rotura, isquemia, aspiraciones...
- Resangrado >50% tras la retirada

Enlace para ver un tutorial descriptivo de los tipos de sonda: <https://www.youtube.com/watch?v=Yv4muh0hX7Y>

Pregunta 3: explicación

2. Terapia con stent esofágico (Danis®):

Este sistema es más novedoso con respecto a los anteriores y tiene varias ventajas:

- Amplio tiempo de aplicación (hasta 7 días)
- No necesita apoyo endoscópico ni radioscópico para la colocación aunque sí endoscópico para la retirada
- Alta eficacia en cese de sangrado
- Baja incidencia de efectos adversos
- Permite mantener vía oral
- Retirada mediante sistema de extracción propio.

Aunque obliga a un entrenamiento previo para colocación y retirada, tiene ventajas muy llamativas como la duración hasta su retirada y el mantenimiento de la vía oral.

Enlace para ver tutorial de colocación y retirada del stent esofágico Danis®

Inserción: <https://www.youtube.com/watch?v=1rbYext0cvg>

Retirada: <https://www.youtube.com/watch?v=xlh0GW4hXvw>

PREGUNTA 4: Respecto al concepto de TIPS precoz (early TIPS) cual considerarías como VERDADERA:

- a) El early TIPS puede ser una terapia de primer escalón sustituyendo a la terapéutica con vasoconstrictores y ligadura endoscópica con bandas en casos seleccionados.
- b) Una sepsis secundaria a una PBE no contraindicaría la colocación de un TIPS precoz.
- c) Un estadio Child-Pugh B y un sangrado varicoso activo en la EDA es una indicación cada vez más aceptada de TIPS precoz tras la terapia combinada (vasoconstrictores + ligadura endoscópica con bandas).
- d) El TIPS precoz es aquel que se coloca en la primera semana desde el sangrado varicoso.

¡Respuesta correcta!

c) Un estadio Child-Pugh B y un sangrado varicoso activo en la EDA es una indicación cada vez más aceptada de TIPS precoz tras la terapia combinada (vasoconstrictores + ligadura endoscópica con bandas).

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

Pregunta 4: explicación

El early-TIPS es una maniobra terapéutica que consiste en la colocación de TIPS de forma precoz (primeras 72 horas) en el seno de un sangrado varicoso tras la doble terapéutica (vasoconstrictora + endoscópica) evitando la recidiva precoz y demostrando un aumento de la supervivencia a un año y ausencia de recidiva en el primer año tras el evento hemorrágico.

Hay una serie de indicaciones que son: (1) sangrado varicoso más un estadio funcional de Child-Pugh C (con un máximo de 13 puntos) y (2) sangrado varicoso con sangrado activo en la EDA más un estadio funcional de Child-Pugh B8-9.

No se debe olvidar que el TIPS también es una herramienta para casos de sangrados refractarios/masivos (tras la doble terapéutica vasoconstrictora + endoscópica o incluso tras la colocación de sistema de taponamiento).

Las contraindicaciones para su colocación son las siguientes:

- Insuficiencia cardiaca derecha severa
- Hipertensión Pulmonar severa
- Sepsis no resuelta
- Ictericia obstructiva no resuelta
- Lesiones quísticas hepáticas diseminadas
- Relativas: Tumores hepáticos o biliares, Coagulopatía severa, trombopenia severa, Insuficiencia hepática severa (CHILD C \geq 14).

Si quieres saber más...

1.- De Franchis R et al. Expanding consensus in portal hypertension Report of Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension. J Hepatol. 2015 Sep; 63(3):743-52.

2.- Imagen de sondas de taponamiento con balón:
<https://derangedphysiology.com/main/required-reading/equipment-and-procedures/Chapter%203.1.3/sengstaken-blakemore-minnesota-and-linton-nachlas-tubes>

3.- Escorsell À, Pavel O, Cárdenas A et al. Esophageal balloon tamponade versus esophageal stent in controlling acute refractory variceal bleeding: A multicenter randomized, controlled trial. Hepatology. 2016 June; 63 (6): 1957-67.

4.- García-Pagan JC, Caca K, Bureau C et al. Early Use of TIPS in Patients with Cirrhosis and variceal bleeding. N Engl J Med. 2010 June: 362; 25.



Ha finalizado el caso clínico

Complicación de la cirrosis

Dres. Aida Ortega Alonso y José María Pinazo Bandera