

TRATAMIENTO DE LAS VARICES ESOFÁGICAS: LIGADURA ENDOSCÓPICA Y ESCLEROSIS

La hemorragia digestiva por varices esofágicas se produce en pacientes con cirrosis hepática o con hipertensión portal extrahepática, como resultado del incremento de la presión en la vena principal del hígado (vena porta). Para que se produzca la ruptura de la variz es necesario un aumento de presión, junto con un incremento del diámetro de vaso varicoso o una disminución del grosor de la pared de la variz.

Las varices en el esófago se forman cuando se enlentece el flujo de sangre que atraviesa el hígado, lo que es secundario al tejido cicatricial causado por la enfermedad hepática. Cuando la sangre en el hígado se hace más lenta, aumenta la presión en la vena porta, y se forman venas colaterales nuevas (varices esofágicas).

Las varices esofágicas no causan síntomas por lo general, a menos que sangren. Los signos y síntomas de la hemorragia por varices esofágicas pueden ser: vómito con sangre, sangre en las heces y shock en casos graves.

Si tiene cirrosis, en el momento de su diagnóstico su médico debe evaluarle en busca de varices esofágicas, realizándole revisiones periódicas dependiendo del tamaño de las varices, de la existencia de signos de riesgo de sangrado y del grado de la disfunción hepática que presente.

¿Cómo se realiza la exploración?

¿Cuáles son sus posibles complicaciones?

La principal prueba diagnóstica para la detección de varices esofágicas es la endoscopia alta, es decir, una gastroscopia convencional. El objetivo del tratamiento de la hemorragia por varices es conseguir la hemostasia del lugar de sangrado, prevenir nuevos episodios de sangrado -tratando de erradicar las varices- y evitar las complicaciones.

Dentro del tratamiento endoscópico, se dispone de la **escleroterapia endoscópica**, que se emplea desde hace varias décadas y que ha demostrado ser efectiva en el control del sangrado activo por varices y en la prevención de la recurrencia del sangrado. La técnica consiste en inyectar sustancias esclerosantes (oleato de etanolamida o etoxiesclerol) alrededor y en el interior de la propia variz, a través de un catéter que dispone de una aguja en su parte final. Sin embargo, puede ocasionar complicaciones en un 20% de los pacientes, destacando: fiebre, dolor torácico, derrame pleural, bacteriemia, ulceraciones profundas en el lugar de inyección del esclerosante, perforación del esófago, mediastinitis, estenosis de esófago... Por esta causa, se está abandonando su uso.

La **ligadura endoscópica** de varices es una técnica que se desarrolló a finales del siglo pasado, siguiendo los principios de ligadura de hemorroides internas con banda elástica. Consiste en colocar un dispositivo cilíndrico o capuchón en la parte final del endoscopio donde van premontadas varias bandas elásticas (ya abiertas y estiradas). Se introduce el endoscopio con el dispositivo montado en la punta, y se coloca éste sobre la variz; se succiona, con lo que se introduce la variz en el capuchón, y a continuación se “dispara” la banda que atrapa la variz que esencialmente la “estrangula”. Esto se repite las veces necesarias hasta ligar todas las varices. Esta técnica ha demostrado ser tan efectiva como la escleroterapia y tiene muchos menos efectos secundarios.

¿Cuándo está indicado?

Si las varices son pequeñas y nunca han sangrado no requieren un tratamiento específico; se recomienda repetir la endoscopia de forma periódica. En caso de varices grandes sin sangrado previo, se recomienda un tratamiento preventivo (profilaxis primaria). El más usado incluye medicamentos del tipo de beta-bloqueantes (propranolol y nadolol), que ayudan a reducir la presión sanguínea en la vena porta, disminuyendo la probabilidad de sangrado; o bien realizar una ligadura endoscópica.: En casos de sangrado activo, el paciente debe ser llevado de forma inmediata a un hospital. Además de la hospitalización y del aporte de líquidos intravenosos (suero, transfusiones), hay medicamentos intravenosos que pueden ayudar a controlar la hemorragia, como la terlipresina y somatostatina. Sin embargo, el tratamiento de elección es endoscópico, mediante la ligadura de las varices del esófago.

Una vez que se ha producido un sangrado, la posibilidad de que se repita en el futuro es alta, por lo que se debe plantear algún tratamiento para evitar esta complicación (profilaxis secundaria). Entre las opciones en esta etapa se encuentra la inclusión en un programa de ligadura de varices, con tratamiento endoscópico cada 3 a 6 semanas hasta lograr la erradicación de las varices. Habitualmente esto se logra tras 3 o 4 sesiones. Otra opción es el uso de beta-bloqueantes como propranolol, con o sin nitratos.

Algunos pacientes no toleran los fármacos (mareo, cansancio...) o no responden al tratamiento con beta-bloqueantes, quedando la ligadura como su única opción.

*** RECUERDE QUE DEBE VENIR ACOMPAÑADO Y CON EL VOLANTE DE LA EXPLORACIÓN DEBIDAMENTE AUTORIZADO POR SU COMPAÑÍA (si no dispone de acompañante o no tiene la autorización, llame de nuevo para cambiar la fecha de la cita).**