

# **HEMORRAGIA DIGESTIVA VARICEAL**

**Paola Coissón**

**Hepatología y Trasplante Hepático**

**Hospital El Cruce**

- ✓ PROFILAXIS PRIMARIA
- ✓ MANEJO DEL SANGRADO AGUDO
- ✓ PROFILAXIS SECUNDARIA



# VARICES ESOGAGICAS (VE)

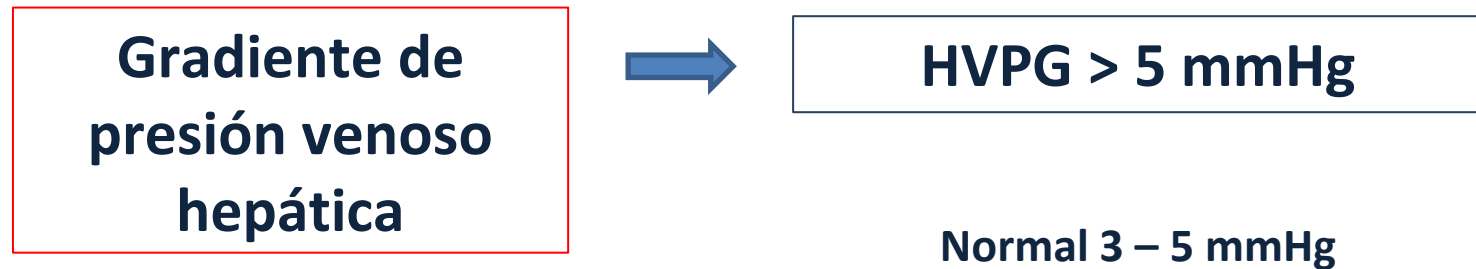
*50% de los pacientes con cirrosis tienen VE*

**Cirrosis compensada:** 30 -40% tienen varices

**Cirrosis descompensada:** más del 85% tienen VE

La tasa de progresión de pequeñas a grandes es del  
10 – 12% anual.

# Hipertensión portal es la principal consecuencia de Cirrosis hepática



## Métodos no invasivos

**Spiders-** circulación colateral

**Eco:** circulación colateral, recanalización de la vena umbilical, disminución del flujo de la vena porta.

**Elastografía hepática:** > 20- 25 Kpa: eficacia diagnostica del 90%

# Cirrosis hepática compensada

**HIPERTENSION  
PORTAL LEVE**



**HVPG 5 a 10 mmHg**

**HIPERTENSION PORTAL  
CLINICAMENTE  
SIGNIFICATIVA**

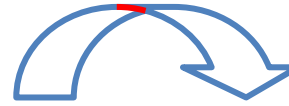


**HVPG  $\geq$  10 mmHg**



**Asociada con riesgo de desarrollar varices, descompensación clínica o post qca, y HCC.**

15-30% a 10 años



**Cirrosis compensada**

**Descompensada**

Larga evolución  
Curso asintomático  
Excelente sobrevida

Complicaciones Mayores  
Ascitis  
Hemorragia variceal  
Encefalopatía

sobrevida al año  
90 %

sobrevida al año  
< 20 %

# Estadios de hipertensión portal en cirrosis

## COMPENSADA

< 10 mmHg

No hay varices

No hay complicaciones de la HT portal

*Objetivo:* evitar la HT portal clínicamente significativa

> 10 mmHg

Con o sin varices

No hay complicaciones de la HT portal

*Objetivo: es prevenir la descompensación*

# Estadios de hipertensión portal en cirrosis

## DESCOMPENSADA

> 12 mmHg

**Hay varices**

**Hay complicaciones:**

**Hemorragia variceal**

**Con o sin otras complicaciones**

***Objetivo:***

**Controlar el sangrado y evitar el resangrado.**

**Prevenir otras complicaciones**

**Disminuir la mortalidad**



# **PROFILAXIS PRIMARIA**

# Vigilancia Baveno VI

## *En pacientes compensados **sin VE***

- Con injuria hepática activa: repetir VEDA cada 2 años
- Sin injuria hepática activa: repetir VEDA cada 3 años

## *En pacientes compensados **con VE chicas:***

- Con injuria hepática activa: repetir VEDA cada año
- Sin injuria hepática activa: repetir VEDA cada 3 años

# Vigilancia Baveno VI

**Si desarrolla descompensación: realizar VEDA**

# Varices esofagicas

## Profilaxis Primaria

### Prevención de la descompensación:

- Curar el agente etiológico
- Tratamiento de las comorbilidades: obesidad, DBT, cancer, osteoporosis, enf renal, cardiovascular , pulmonar.
- Malnutrición y sarcopenia: impacto en la sobrevida

# Sangrado Variceal

## Profilaxis Primaria

### Pacientes sin varices o VE chicas:

- No tratamiento
- Si VE chicas con puntos rojos o Child C: B- bloqueantes

### Pacientes con varices medianas o grandes:

- B bloqueantes (propranolol o carvedilol) o Banding
- Depende de los recursos locales y la experiencia. Así como de la preferencia del paciente

# Profilaxis primaria

<b>PROPRANOL</b>	20- 40 mg 2 veces por día Ajustar cada 2 o 3 días. <u>Dosis máxima:</u> 320 mg día sin ascitis 160 mg /día con ascitis	FC 55 – 60 x mim TAS no < 90 mmHg
<b>CARVEDIOL</b>	Se inicia con 3,125 mg, 2 veces por día Se aumenta hasta 6,25 mg 2 veces por día.	Estricto control de TA
<b>BANDING</b>	Cada 2- 8 semanas hasta erradicar VE	Se repite VEDA 3 – 6 meses Post erradicación cada 6 – 12 meses

# Endoscopic band ligation versus pharmacological therapy for variceal bleeding in cirrhosis: A meta-analysis

Lan Li MD, Chaohui Yu PhD, Youming Li MD

Cochrane Database of Systematic Reviews

Banding ligation versus beta-blockers for primary prevention in oesophageal varices in adults

LIVER FAILURE/CIRRHOSIS/PORTAL HYPERTENSION

Random  
Variceal B

*No hay diferencias:*

Mortalidad general

Dhiraj Tripathi,  
Norma C. Mcavoy,<sup>1</sup> A

## Carvedilol vs. esophageal variceal band ligation in the primary prophylaxis of variceal hemorrhage: A multicentre randomized controlled trial

Hasnain Ali Shah<sup>1,\*</sup>, Zahid Azam<sup>2</sup>, Javeria Rauf<sup>1</sup>, Shahab Abid<sup>1</sup>, Saeed Hamid<sup>1</sup>, Wasim Jafri<sup>1</sup>, Abdullah Khalid<sup>2</sup>, Faisal Wasim Ismail<sup>1</sup>, Om Parkash<sup>1</sup>, Amna Subhan<sup>1</sup>, Syed Mohammad Munir<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Section of Gastroenterology, Aga Khan University, Karachi, Pakistan; <sup>2</sup>National Institute of Liver & GI Diseases, Dow University of Health Sciences, Karachi, Pakistan; <sup>3</sup>Medical Unit VII, Jinnah Postgraduate Medical Centre, Karachi, Pakistan

**SANGRADO AGUDO**



# Sangrado Variceal

**ES UNA EMERGENCIA**

## **OBJETIVO**

- ✓ **CONTROL DEL SANGRADO**
- ✓ **EVITAR EL RESANGRADO**
- ✓ **REDUCCION DE LA MORTALIDAD**

# Sangrado Variceal

*Riesgo de sangrado es del 10 – 15 % anual*

*Depende :*

- *Severidad de la enfermedad hepática*
- *HVPG > 20 mmHg*
- *Puntos rojos*

*Mortalidad a 6 semanas es el end point para evaluar el impacto del tto, varia entre el 15- 25%*

# Manejo del Sangrado Variceal

*A-B- C Restituir volumen*

*Profilaxis Antibiótica*

*Tto Farmacológico*



*Tto endoscópico*

*Prevención de la Encefalopatía hepática*

*Evaluar el pronóstico*

# Sangrado Variceal

## *Restituir volumen*

**El objetivo: preservar la perfusión tisular y mantener la estabilidad hemodinámica.**

**Se transfunden GR para mantener la Hb entre 7 -9 g/dl**

**No existe recomendación de transfundir PLQ.**

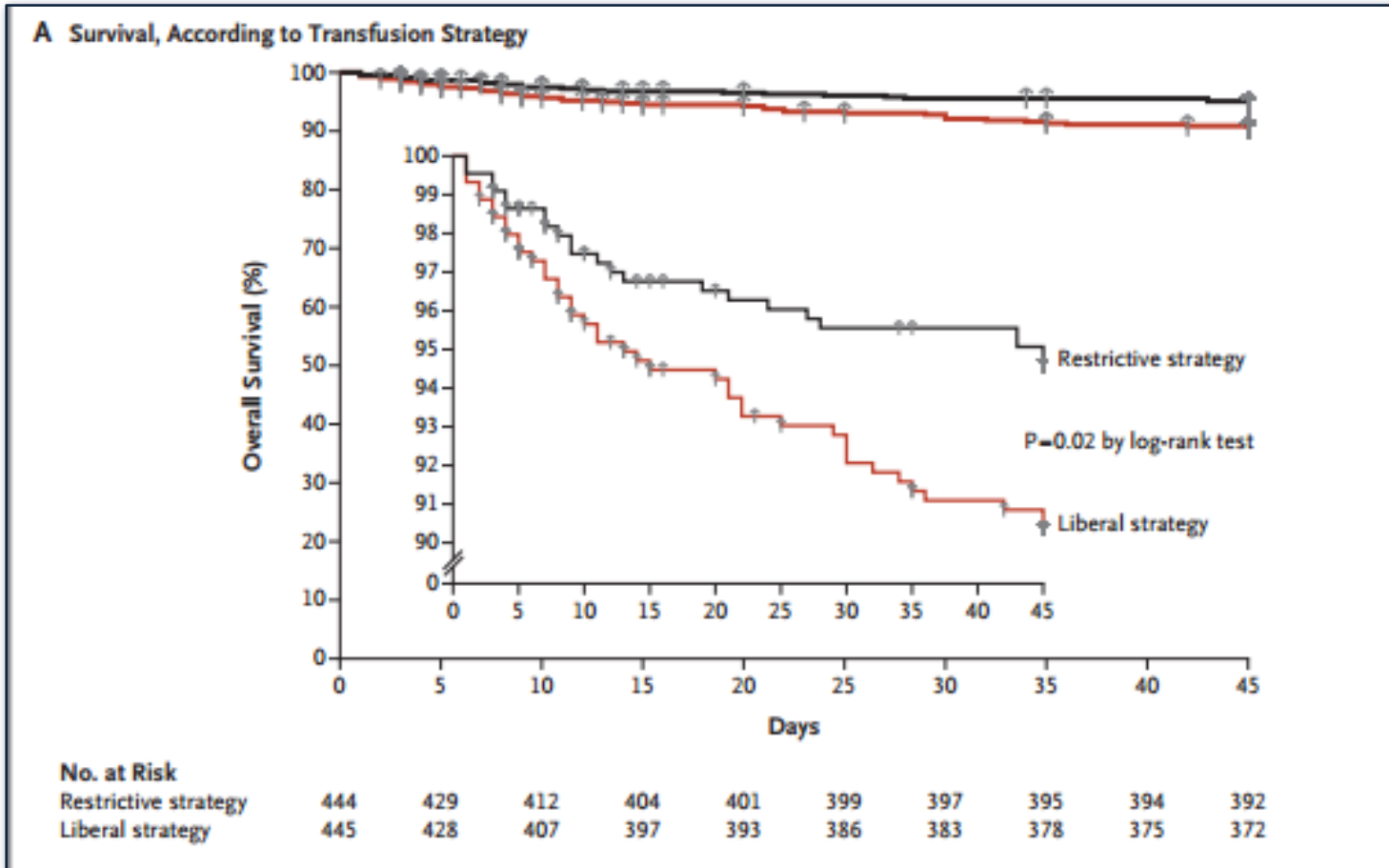
**Plaquetopenia < 50000 ??**

**El RIN no es indicador de la coagulación del paciente**

**cirrótico. NO se recomienda transfundir PFC**

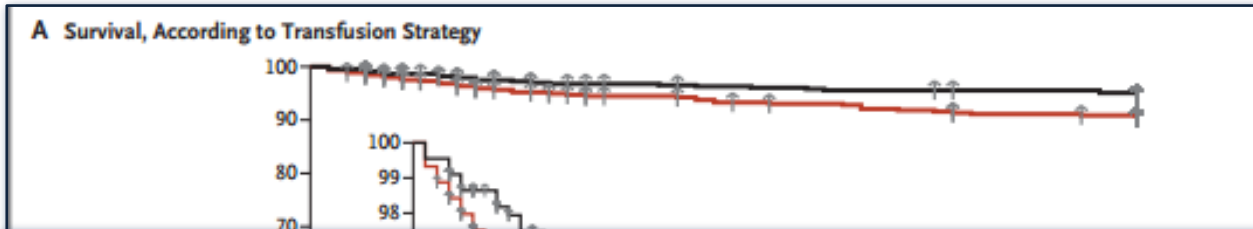
# Sangrado Variceal *Restituir volumen*

Se transfunden GR para mantener la Hb entre 7 -8 g/dl



Excepciones: Inestabilidad hemodinámica, Edad, Cardiovascular

# Sangrado Variceal *Restituir volumen*



**B Death by 6 Weeks, According to Subgroup**

Subgroup	Restrictive Strategy <i>no. of patients/total no. (%)</i>	Liberal Strategy <i>no. of patients/total no. (%)</i>	Hazard Ratio (95% CI)	P Value
Overall	23/444 (5)	41/445 (9)	0.55 (0.33–0.92)	0.02
Patients with cirrhosis	15/139 (11)	25/138 (18)	0.57 (0.30–1.08)	0.08
Child–Pugh class A or B	5/113 (4)	13/109 (12)	0.30 (0.11–0.85)	0.02
Child–Pugh class C	10/26 (38)	12/29 (41)	1.04 (0.45–2.37)	0.91
Bleeding from varices	10/93 (11)	17/97 (18)	0.58 (0.27–1.27)	0.18
Bleeding from peptic ulcer	7/228 (3)	11/209 (5)	0.70 (0.26–1.25)	0.26

**Menor mortalidad**

# Sangrado Variceal

## *Profilaxis antibiótica*

Los pacientes con sangrado variceal tienen alto riesgo de INFECCION bacteriana.

Se recomienda desde el ingreso.

Disminuye el desarrollo de infecciones, el resangrado y la mortalidad.

Se recomienda CEFTRIAXONA 1 g/día

# **Sangrado Variceal**

## ***Prevención de la Encefalopatía hepática***

**Lactulon o rifaximina pueden prevenir la EPS en pacientes con sangrado variceal.**

**En la EPS episódica secundaria al sangrado se recomienda el tratamiento con lactulosa 25 ml cada 12 hs, hasta 2 o 3 deposiciones , luego se titula la dosis.**



# Sangrado Variceal

## *Tratamiento farmacológico*

Las drogas vasoactivas se asocian con menor mortalidad a 7 días, menor requerimiento de transfusiones y deben iniciarse lo antes posible junto a los antibióticos. **Antes de la endoscopia.**

No hay diferencia en la sobrevida, entre el uso de OCTEOTRIDE, SOMATOSTATINA TERLIPRESINA cuando se realiza tratamiento médico mas endoscópico

[Hepatology](#). 2014 Sep;60(3):954-63. doi: 10.1002/hep.27006. Epub 2014 Jul 25.

**Lack of difference among terlipressin, somatostatin, and octreotide in the control of acute gastroesophageal variceal hemorrhage.**

[Seo YS<sup>1</sup>](#), [Park SY](#), [Kim MY](#), [Kim JH](#), [Park JY](#), [Yim HJ](#), [Jang BK](#), [Kim HS](#), [Hahn T](#), [Kim BI](#), [Heo J](#), [An H](#), [Tak WY](#), [Baik SK](#), [Han KH](#), [Hwang JS](#), [Park SH](#), [Cho M](#), [Um SH](#).

# Sangrado Variceal

## *Tratamiento farmacológico*

<b>OCTEOTRIDE</b>	<b>BOLO 50 mcg</b>  <b>MANTENIMIENTO: Infusión continua ve 50 ug/hora</b>	<b>2 – 5 días</b>
<b>TERLIPRESINA</b>	<b>PRIMERAS 48 Hs: 2 mg cada 4 hs hasta control del sangrado</b>  <b>MANTENIMIENTO: 1 mg cada 4 hs</b>	<b>2- 5 días</b>
<b>SMT</b>	<b>BOLO 250 ug</b>  <b>MANTENIMIENTO: Infusión continua ve 2 50 – 500 ug/hora</b>	<b>2 -5 días</b>
<b>VASOPRESINA</b>	<b>Infusión 0.2- 0.4 U/min puede aumentarse hasta 0-8 U/ min</b>	<b>24 hs</b>

# Sangrado Variceal

## *Tratamiento endoscópico*

- ✓ Debe realizarse VEDA en las primeras 12 hs desde el inicio del sangrado.
- ✓ Si el paciente tiene deterioro del sensorio, la VEDA debe realizarse con protección de la vía aérea (IOT) .
- ✓ El diagnóstico es considerado cuando tiene sangrado variceal activo, o signos reciente de sangrado ej: “white nipple”

**LIGADURA ENDOSCOPICA** es el tto de elección para el sangrado por varices esofágicas

# Sangrado Variceal

## INGRESO EN UTI

ATB, control de la volemia, de la vía aérea

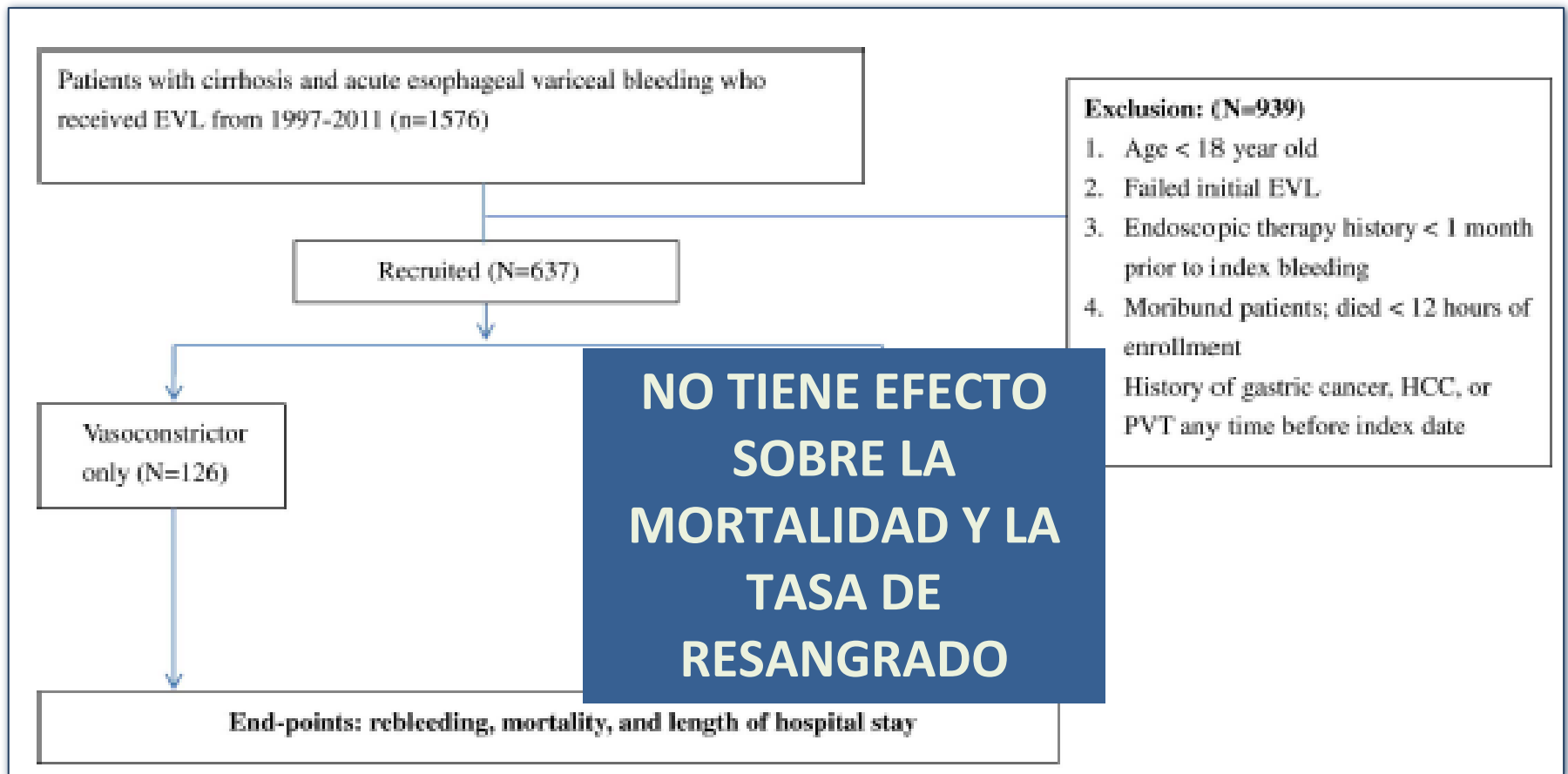
Terlipresina/ octeotride/ Somatostatima

## Endoscopia

Tto del sangrado agudo con drogas por 2 – 5 días  
Prevención del re sangrado con profilaxis secundaria

# Sangrado Variceal

## *El rol del omeprazol como adyuvante al tto endoscopico*



# Sangrado Variceal

## *El rol del omeprazol como adyuvante al tto endoscopico*

El uso de IBP durante un corto periodo (10 días) posterior a la realización de ligadura endoscópica reduce el tamaño de las úlceras post banding

Shaheen NJ et al. Hepatology 2005  
Lo E A et al. Ann Pharmacother. 2015  
Kang SH et al. Medicine 2016

# Sangrado Variceal

## *TIPS*

### **TIPS PRECOZ CON STENT RECUBIERTO PTFE**

**en las primeras 72 hs**

**Considerado en pacientes con VE, GOV 1, GOV2 con alto riesgo de falla de tratamiento. Ej: Child C < 14 ptos, Child B con sangrado activo.**

**Asociada a significativa reducción del fracaso de tto y de la mortalidad**

Garcia Pagan JC, NEJM 2010

Thabut D et al. J hepatol. 2018

# Sangrado Variceal

Tto médico :Terlipresina Somatostatina octeotride

Manejo general: Antibiótico

## Endoscopia

*¿Pacientes de alto riesgo de falla de tto?*

Child B con sangrado activo

Child C <14

HVPG > 20 mmHg

Si

No

**TIPS precoz con stent recubierto**

Tto del sangrado agudo

Prevención del re sangrado

Tto del sangrado agudo con  
drogas por 2 – 5 días

Prevención del re sangrado con  
profilaxis secundaria



# Manejo del Sangrado Variceal

## Manejo de la falla del tratamiento

**TIPS**

**Balón**

**Stent auto expansible**

# Sangrado Variceal

*20% va a ser refractario al tratamiento*

## Balon de Segstaken blackmore

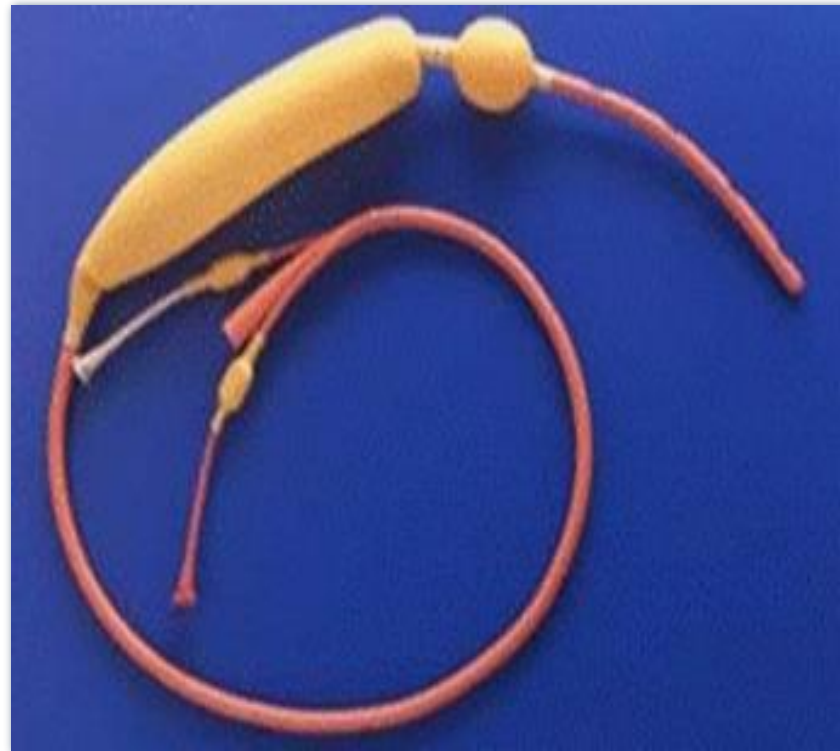
Terapéutica puente para control del episodio agudo.

Debe extraerse a las 24 Hs

Control del 80% de los sangrados.

Resangrado: 50%

Mortalidad 20%



# Sangrado Variceal

*20% va a ser refractario al tratamiento*

## Stent recubierto auto expandible

**Alta eficacia en controlar el sangrado.**

**Buena tolerancia, con menores efectos adversos.**

**Puede dejarse 2 – 14 días.**

**Fácilmente extraíble**



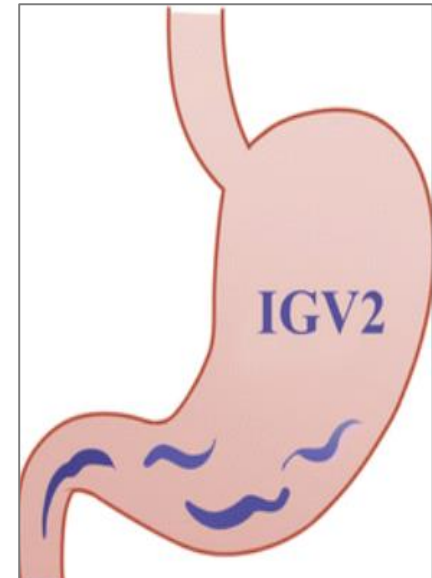
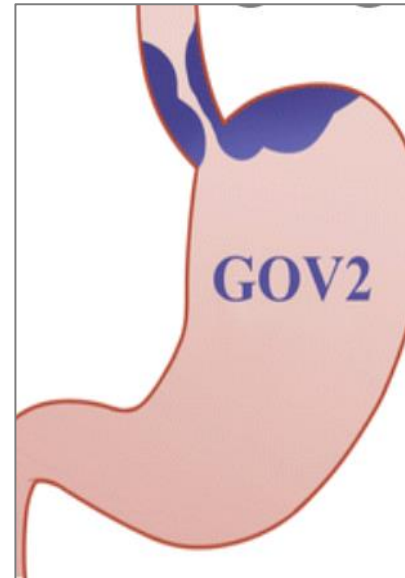
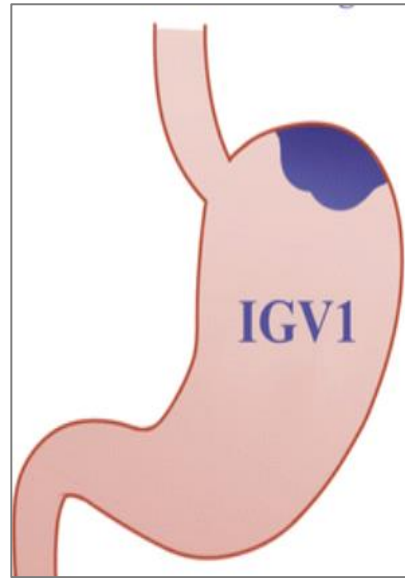
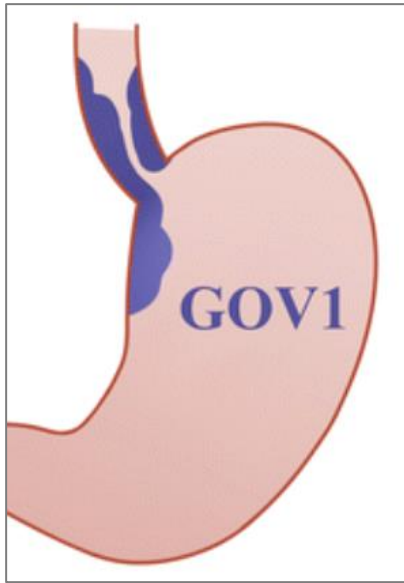
# Sangrado Variceal

## **Stent recubierto auto expandible vs Balón**

- ✓ **Mejor control de la hemorragia**
- ✓ **Menores efectos adversos (31% vs 73% p 0.024)**
- ✓ **No diferencias en la sobrevida a 15 días ni a 6 semanas.**

# VARICES GASTRICAS

20 % DE LAS HEMORRAGIAS POR VARICES GASTRICAS



Tratamiento  
igual VE



MAYOR RIESGO DE SANGRADO  
MAYOR REQUERIMIENTO DE  
TRANSFUSIONES



# VARICES GASTRICAS

## INGRESO EN UTI

ATB, control de la volemia, de la via aerea

Terlipresina/ octeotride/ Somatostatima

## Endoscopia: CIANOACRILATO

Tto del sangrado agudo con drogas por 2 – 5 días  
Prevención del re sangrado con profilaxis secundaria

# VARICES GASTRICAS

## TIPS

- Logra controlar el sangrado en el 90 % de los casos.

Pocos estudios que comparan TIPS vs Cianoacrilato.

- Tips  
↓ resangrado (11% vs 38%)

Lo et al. Endoscopy. 2007

↑ sobrevida?

# VARICES GASTRICAS

## BRTO

(Obliteración retrógrada transvenosa por oclusión con balón)

Hemorragia por vórices gástricas con presencia de shunt espleno-renal

Con fracaso del tto con cianoacrilato o contraindicaciones para la colocación de TIPS.

Centros con experiencia.



# **PROFILAXIS SECUNDARIA**

# Sangrado Variceal

## Prevención de la recurrencia

### Profilaxis secundaria

#### **OBJETIVO:**

Prevención de complicaciones incluido el resangrado

Mejorar la sobrevida en los pacientes con alto riesgo de muerte.

Luego del primer episodio de sangrado variceal, el riesgo de resangrado es del 60% el primer año. Mortalidad del 33%.

*Iniciar profilaxis antes del alta*

# **Sangrado Variceal**

## **Profilaxis Secundaria**

**B bloqueantes (Propranolol o carvedilol)**

**+**

**Erradicación de varices esofágicas**

**Ligadura endoscópica (Banding)**

# **Sangrado Variceal**

## **Profilaxis Secundaria**

**El banding no deben usarse como monoterapia (Excepto contraindicación o intolerancia a B bloqueantes)**

**↓ re-sangrado: en pacientes respondedores:**

- HVGP < 20 mmHg**
- Disminución > 20 % del basal del HVGP**

# Profilaxis secundaria

## PROPRANOL

20- 40 mg 2 veces por día  
Ajustar cada 2 o 3 días.  
Dosis máxima:  
320 mg día sin ascitis  
160 mg /día con ascitis

FC 55 – 60 x mim  
TAS no < 90 mmHg

## BANDING

7- 15 días  
Luego cada 4 semanas hasta  
erradicar VE

Se repite VEDA  
3 – 6 meses  
Post erradicación  
cada 6 – 12 meses

# Sangrado Variceal

## Profilaxis Secundaria en pacientes con ascitis refractaria o PBE

Los B bloqueantes NO son una contraindicación absoluta pero deben evitarse *dosis* altas.

Los B bloq deben suspenderse:

- Disfunción circulatoria severa: TAS < 90 mmHg
- Hiponatremia. Na < 130 mEq/ l
- Deterioro de la función renal

# conclusión

- **El sangrado variceal debe sospecharse en todo paciente con cirrosis que presenta sangrado digestivo alto y debe iniciarse rápidamente antibióticos y drogas vasoactivas. Luego llamar a endoscopia.**
- **Prevenir el re sangrado: Indicar profilaxis secundaria. Controlar la adherencia al tratamiento.**