

Sangramiento digestivo por vârices duodenales como forma de presentación de la cirrosis hepática. Presentación de un caso.

Carlos Ramos Pachón*, **Lisette Chao González****, **Karelia Melián Ysla*****, **Liset Barroso Márquez*****, **Marcia Samada Suárez******, **Jordi Alonso Soto*******

* Especialista de 1er grado en Gastroenterología, Especialista en Medicina General Integral.

** Especialista de 2do grado en Gastroenterología.

*** Especialista de 1er grado en Gastroenterología.

**** Dra. en Ciencias Medicas, Especialista de 2do grado en Gastroenterología.

***** Especialista en Medicina General Integral, Residente de 3er año de Gastroenterología.

Resumen

El sangramiento por vârices duodenales es raro. Se reporta un paciente masculino de 41 años con antecedente de alcoholismo que ingresa en nuestro servicio de emergencias con hematemesis y melena. La endoscopia de urgencia mostró vârices duodenales con signos de sangrado reciente. Técnicamente no fue difícil la ligadura con banda de la vârice pero doce horas después el paciente resangró, debido a migración de la banda elástica. En la segunda endoscopia se realizó escleroterapia de la variz pero no se controló el sangrado y se decidió realizar tratamiento quirúrgico. Pocos días después el paciente fallece como consecuencia de complicaciones y en la necropsia se encontró cirrosis hepática. La evidencia endoscópica de vârices duodenales en pacientes con hipertensión portal es infrecuente. Las vârices duodenales son resultado de shunts portosistémicos retroperitoneales, causados por el incremento del flujo hepatofugo a través de la rama cística de la mesentérica superior, las venas pancreaticoduodenales superiores e inferiores o las venas gastroduodenales y pilórica. No existe consenso sobre el mejor tratamiento para el sangramiento por vârices duodenales que incluye proceder endoscópicos, cirugía, radiología intervencionista y drogas vasoactivas. **Palabras clave:** vârices duodenales, sangramiento digestivo.

Abstract

Bleeding from duodenal varix is rare. We report a 41 years old man with history of alcohol abuse who was admitted at the emergency service with melaena and haematemesis. Emergent endoscopy revealed duodenal varix with stigmata but no active bleeding. Technically there was no difficulty in banding the duodenal varix but re bleeding occurred twelve hours later because of the migration of the band. In a second endoscopy we performed injection sclerotherapy but it wasn't successful in controlling the bleeding and the patient was treated by surgery. A few days later the patient died because of complications and the autopsy revealed liver cirrhosis. Endoscopic evidence of duodenal varices in patients with portal hypertension is uncommon. Duodenal varices resulting from retroperitoneal porto-systemic shunts are caused by increased hepatofugal blood flow through the cystic branch of the superior mesenteric vein, superior and inferior pancreaticoduodenal veins, and gastroduodenal and pyloric veins. There is no consensus on the best management of bleeding duodenal varices and the treatment includes endoscopic procedures, surgery, interventional radiology and vasoactive drugs. **Key words:** duodenal varices, gastrointestinal bleeding.

Introducción

El desarrollo de várices gastroesofágicas es la complicación más común y severa de la hipertensión portal. La prevalencia de várices es de alrededor del 50% en todos los pacientes con cirrosis hepática. Además de las várices esofágicas y gástricas pueden desarrollarse várices ectópicas en otros sitios. Los sitios más comunes en que se encuentran las várices ectópicas son el duodeno y el yeyuno, a pesar de esto las várices duodenales son infrecuentes, presentándose en el 0,4% de los pacientes con hipertensión portal.

Se presenta un caso de sangramiento digestivo por várices duodenales como forma de debut de una cirrosis hepática por alcoholismo y se revisa la literatura con enfoque principalmente en la etiopatogenia y las opciones terapéuticas para el sangramiento por várices duodenales.

Presentación de caso

Paciente masculino de 41 años de edad, con antecedente de alcoholismo, sin referir otra enfermedad, que es recibido en el Servicio de Urgencias del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas con cuadro de hematemesis y melena. Al examen físico se detectó tensión arterial 80/50 mmHg, frecuencia cardíaca 110 x minuto, mucosas hipocoloreadas. Los exámenes complementarios mostraron anemia (Hb 7,4g/dl), coagulopatía (tiempo de protombina control 12s, paciente 45s, TPT Kaolin 42,6s) y aumento de las enzimas hepáticas TGO 1474 U/L, TGP 479 U/L, GGT 224 U/L, Fosfatasa Alcalina 224 U/L.

Se estabiliza hemodinámicamente en el Servicio de Urgencias y se realiza endoscopia digestiva alta en las primeras seis horas del episodio de hematemesis. Durante la endoscopia se detectaron várices en la segunda porción del duodeno, con signo de sangrado reciente (coágulo de fibrina adherido), observándose también una gastropatía portal leve y várices esofágicas pequeñas. Se realiza ligadura con banda elástica de la variz con el coágulo de fibrina y se administran 250 microgramos de somatostatina en bolo.

Posteriormente el paciente es trasladado a la sala de Cuidados Intensivos manteniéndose la somatostatina 250 microgramos x hora y medidas de sostén hemodinámico.

Doce horas después de la terapéutica endoscópica el paciente presenta un nuevo episodio de hematemesis, por lo que se decide repetir la endoscopia de forma urgente encontrándose en esta exploración que la banda elástica había migrado y que existía sangramiento activo. Se decidió realizar inyectoterapia con agente esclerosante (etanolamina 0,5%) pero no fue efectiva, persistiendo el sangrado, por lo que se procedió a realizar tratamiento quirúrgico.

En el quirófano se realiza duodenotomía y ligadura por transfixión de las várices, observándose várices en relación con la segunda y tercera porción del duodeno, así como con la cabeza del páncreas.

Evoluciona en sala de Cuidados Intensivos hacia el íctero, encefalopatía hepática y ascitis severa, complicaciones frecuentes en estos pacientes, manteniéndose hemodinámicamente inestable con hipotensión y ritmo diurético disminuido con aumento de los azoados. El paciente fallece en insuficiencia múltiple de órganos. Se realiza necropsia observándose cirrosis hepática a nódulos pequeños.

Discusión

Las várices duodenales fueron reconocidas por primera vez radiológicamente por Alberti en 1931, quien reportó además el primer sangramiento digestivo por esta causa. En 1973 Kunisaki realiza el primer reporte de várices duodenales diagnosticadas por endoscopia. ⁽¹⁻³⁾

Aunque la evidencia endoscópica de várices duodenales es infrecuente, angiográficamente pueden demostrarse várices paraduodenales en un alto porcentaje de los pacientes con hipertensión portal (43%). Las várices duodenales son de localización profunda, generalmente en la serosa, pero también pueden encontrarse várices submucosas como en nuestro caso. ^(2,4)

Las várices duodenales son resultado de shunts portosistémicos retroperitoneales, causados por el incremento del flujo hepatofugo a través de la rama cística de la mesentérica superior, las venas pancreaticoduodenales superiores e inferiores o las venas gastroduodenales y pilórica. ⁽¹⁾

El sangramiento digestivo por várices ectópicas representa del 1,6-6% de los sangramientos por várices, el sangramiento por várices duodenales es

un evento más raro aún, pero generalmente muy grave, con una alta recidiva (75%) y mortalidad (35-40%).⁽²⁻⁶⁾

Debido a lo infrecuente de este cuadro la experiencia en el manejo del mismo es limitada, por lo que no existe consenso en cuanto a la conducta más adecuada y el tratamiento depende de la experiencia y recursos locales.⁽⁴⁾

El tratamiento de sangramiento por várices duodenales incluye:

PROCEDERES ENDOSCÓPICOS:

- Ligadura con bandas elásticas
- Escleroterapia
- Colocación de clips metálicos
- Embolización con n-butyl-2-cyanoacrylate^(1,2)

Cirugía:

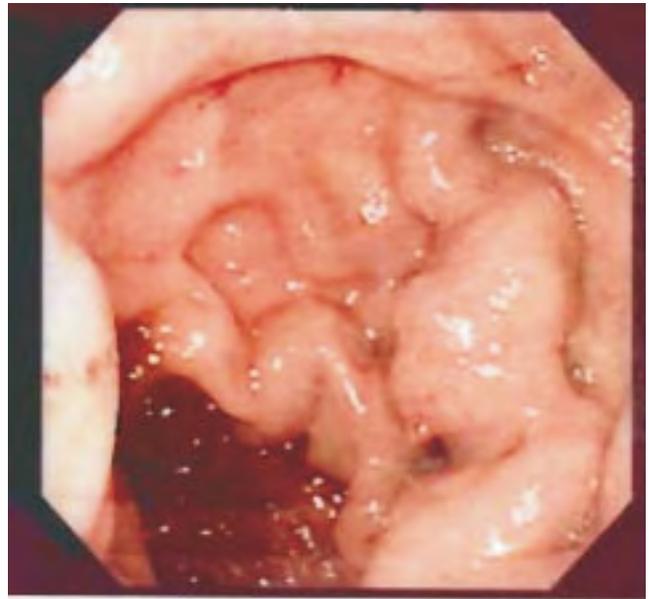
- Ligadura de várices
- Resección duodenal
- Derivación portosistémica extrahepática⁽¹⁻⁷⁾

Radiología intervencionista:

- Embolización percutánea transhepática
- Embolización venosa transileocólica
- Derivación portosistémica intrahepática transyugular
- Obliteración retrógrada transvenosa mediante oclusión con balón^(1,2,7)

El papel del octreotido en el control del sangramiento por várices ectópicas no ha sido establecido. La vasopresina ha sido efectiva después de administración selectiva en la arteria mesentérica superior, pero no por vía sistémica.^(2,4)

En conclusión se reporta un caso de sangramiento digestivo alto por várices duodenales en paciente alcohólico con diagnóstico post mortem de cirrosis hepática. Lo infrecuente de este cuadro limita la experiencia en su manejo, su mortalidad es elevada.



Bibliografía:

- 1- Tan NC, Ibrahim S, Tay KH. Successful management of a bleeding duodenal varix by endoscopic banding. *Singapore Med J.* 2005; 46(12):725.
- 2- Qaseem Khan M, Al-Momen S, Alghssab A. Duodenal várices causing massive lower gastrointestinal hemorrhage. *Ann of Saud Med.* 1999; 19(5):440-3.
- 3- Christidou A, Tzasthas CH, Khuffash O, Triantaphyllou G. Upper gastrointestinal bleeding due to ectopic várices. *Ann of Gastroent.* 2003; 16(2):179-82.
- 4- Norton ID, Andrews JC, Kamath PS. Management of Ectopic Várices. *Hepatol.* 1998; 28(4):1154-8.
- 5- Estrategias Clínicas en Digestivo Protocolos [página principal en Internet]. Barcelona: Prou.com; 1995 [actualizado 20 feb 2008; 21 feb 2008]. Lobo B, Saperas E. Tratamiento de la hemorragia digestiva por ruptura de várices esofágicas. Disponible en: http://www.prou.com/digest/protocolos/view_protocolo.asp?id_protocolo=18
- 6- Christodoulou D, Tsianos EV, Kortan P, Marcon N. Gastric and ectopic várices-newer endoscopic options. *Ann of Gastroenterol.* 2007; 20(2):95-109.
- 7- Sonomura T, Horihata K, Yamahara K, Dozaiku T, Toyonaga T, Hiroka T, et al. Ruptured Duodenal Várices Successfully Treated With Balloon-Occluded Retrograde Transvenous Obliteration: Usefulness of Microcatheters. *AJR.* 2003; 181:725-7.