

VARICES ESOFÁGICAS

¿QUÉ SON LAS VARICES ESOFÁGICAS?

Las varices esofágicas son venas anormalmente dilatadas que se encuentran en la parte final del esófago, por las que circula parte de la sangre que en condiciones normales debería pasar a través del hígado. Su dilatación es consecuencia de la dificultad que el hígado enfermo ofrece al paso de la sangre. El principal problema de la existencia de las varices esofágicas es el riesgo de rotura, fenómeno que ocurre cuando la presión en el interior de la variz supera la resistencia de su pared. La hemorragia por rotura de varices esofágicas es habitualmente muy abundante y supone una grave complicación, de tal forma que la posibilidad de morir como consecuencia de la hemorragia es del 20%. Afortunadamente, no todos los pacientes con varices esofágicas sangran. El riesgo de hemorragia por varices es tanto mayor cuanto mayor es su tamaño, más elevada sea la presión de la sangre en el interior y más delgada sea su pared. Asimismo la posibilidad de sangrado es superior en los pacientes con mayor gravedad de la enfermedad hepática. El desarrollo y crecimiento de las varices esofágicas son progresivos. Así, cerca de la mitad de los pacientes con cirrosis tienen varices en el momento del diagnóstico. Por su parte, el 5% de los pacientes inicialmente sin varices la desarrollarán al cabo de un año. Además, cuando las varices son pequeñas, la posibilidad de que aumenten su tamaño de manera significativa es de un 10% cada año. Por último, aproximadamente un tercio de los pacientes con varices grandes sin tratamiento presentan un episodio de hemorragia al cabo de 2 años.

Estos datos indican claramente la importancia de esta complicación y aconsejan un diagnóstico y tratamiento correctos.

¿QUÉ SÍNTOMAS PRODUCEN LAS VARICES ESOFÁGICAS?

A excepción de la hemorragia, las varices esofágicas no producen síntomas, de tal manera que para conocer su presencia deben buscarse expresamente. La hemorragia por varices es habitualmente muy evidente y se manifiesta por deposiciones negras (llamadas melenas) con o sin vómitos de sangre reciente (lo más habitual) o digerida (llamados vómitos en posos de café); con frecuencia el paciente presenta síntomas asociados a la pérdida brusca de sangre (mareo, sudoración e incluso pérdida de conciencia). En caso de aparecer hemorragia el paciente debe acudir siempre de inmediato al Hospital.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICAN LAS VARICES ESOFÁGICAS?

Para el diagnóstico de la presencia de varices esofágicas es necesaria la realización de una endoscopia digestiva alta, que consiste en la introducción de un endoscopio, aparato provisto de un sistema para la visión del interior del aparato digestivo. La endoscopia permite reconocer no sólo la presencia de varices, sino su tamaño y el grosor de su pared. Se recomienda la realización de una endoscopia en el momento del diagnóstico de cirrosis hepática. Si no existen varices en ese momento se debe repetir la exploración a los dos años. Si las varices son pequeñas, debe realizarse una exploración al año para determinar el posible aumento de tamaño. Si las varices son grandes se debe recomendar iniciar tratamiento.

En caso de que la primera manifestación de las varices esofágicas sea un episodio de hemorragia, la realización de una endoscopia precoz es esencial para el diagnóstico y el tratamiento.

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO DE LAS VARICES ESOFÁGICAS?

El tratamiento de las varices esofágicas es diferente en cada situación clínica. Se deben diferenciar tres situaciones diferentes.

1. *Pacientes con varices esofágicas que no han sangrado nunca.* En caso de que en la endoscopia se demuestren varices de gran tamaño se debe iniciar lo antes posible tratamiento, que consiste en la administración de betabloqueantes (propranolol, nadolol). Estos medicamentos actúan a través de una disminución de la presión de las varices y reducen de manera considerable el riesgo de hemorragia y el de fallecimiento. Su dosificación debe ser cuidadosa, dado que cada paciente requiere dosis diferentes de acuerdo a la gravedad de la enfermedad hepática. En ocasiones (insuficiencia cardíaca, enfermedad respiratoria grave) estos fármacos están contraindicados o son mal tolerados; en estos casos existe la posibilidad de recurrir al tratamiento mediante ligadura endoscópica. Esta técnica consiste en estrangular las varices mediante unos aros de goma que se insertan en el transcurso de una exploración endoscópica. El objetivo de esta técnica es hacer desaparecer las varices o disminuir mucho su tamaño. Generalmente son necesarias varias sesiones para conseguir estos objetivos.

2. *Hemorragia por varices.* La hemorragia por varices es una urgencia médica y su tratamiento debe realizarse de manera precoz y preferentemente en centros con experiencia. En estas circunstancias el tratamiento se debe dirigir tanto al control de la hemorragia, como a la prevención y terapéutica de las complicaciones asociadas. En cuanto al control de la hemorragia, existen básicamente dos alternativas: el tratamiento con medicinas encaminadas a disminuir la presión de las varices (somatostatina, terlipresina, octreótido) y el tratamiento endoscópico mediante ligadura endoscópica (descrita previamente) o escleroterapia endoscópica. Esta técnica consiste en inyectar durante el procedimiento endoscópico una sustancia esclerosante en el interior de la variz para detener la hemorragia. Recientes estudios sugieren que ambas alternativas de tratamiento (fármacos y técnicas endoscópicas) son complementarias por lo que se recomienda su combinación. Es importante destacar que el control de las complicaciones es una parte esencial del tratamiento de la hemorragia por varices. En ocasiones, y a pesar de un tratamiento correcto, la hemorragia persiste; en estas circunstancias se puede recurrir a los procedimientos de derivación portosistémica, que básicamente consisten en establecer un cortocircuito entre las venas del hígado (vena porta) cuya presión está muy incrementada, y la vena cava. De esta manera la presión de las varices disminuye bruscamente y la hemorragia cesa en una proporción muy importante de casos. La derivación portosistémica puede realizarse mediante una intervención quirúrgica o, más habitualmente, mediante la inserción de una prótesis dentro del hígado que comunica ambos sistemas venosos y que no requiere la apertura del abdomen. Sin embargo estas técnicas pueden empeorar la función del hígado y precipitar alteraciones de las funciones cerebrales, por lo que se deben reservar para el fracaso de las medidas iniciales de control de la hemorragia.

3. *Prevención de nuevos episodios de hemorragia por varices.* En pacientes que han sangrado previamente el riesgo de presentar nuevas hemorragias es muy alto (cerca del 70% al año), de tal manera que es esencial establecer un tratamiento encaminado a prevenir este riesgo. Como en el caso de la hemorragia aguda existen dos alternativas de tratamiento: el tratamiento con medicinas y el tratamiento endoscópico. En el primero de los casos se debe iniciar tratamiento con betabloqueantes (como en el caso de la prevención de la primera hemorragia). El tratamiento reduce el riesgo de nuevas hemorragias y, en caso de disminuir de manera importante la presión de la vena porta, el riesgo de padecer otras complicaciones de la cirrosis hepática. Como anteriormente se ha mencionado existen pacientes que no pueden recibir este tratamiento o no lo toleran adecuadamente. Una alternativa al tratamiento con fármacos es la ligadura endoscópica.

A diferencia de la hemorragia aguda, no existe suficiente información para recomendar la combinación de tratamiento endoscópico con tratamiento farmacológico. Por último en pacientes con hemorragias de repetición se debe recomendar la realización de una derivación portosistémica (de manera similar a lo descrito en la hemorragia aguda). Es importante destacar que en pacientes con hemorragia por varices y enfermedad hepática avanzada debe plantearse la posibilidad de recomendar un trasplante hepático si no existen contraindicaciones.

Modificado y adaptado de Bañares R, Ripoll C. Revista Española de Enfermedades Digestivas 2004; 96: 876.