

DOCUMENT DE POSICIONAMENT

Maneig de l'Hemorràgia Digestiva per Hipertensió Portal

Juan G. Abraldes, Carlos Aracil, Meritxell Casas, Jose Castellote, Joan Genescà, Cándid Villanueva, Juan Carlos Garcia-Pagán



Societat
Catalana de
Digestologia

A·C·M·S·C·B



L'Acadèmia



2013



DOCUMENT DE POSICIONAMENT SOBRE EL MANEIG DE L'HEMORRÀGIA DIGESTIVA PER HIPERTENSIO PORTAL

Juan G. Abraldes¹, Carlos Aracil², Meritxell Casas³, Jose Castellote⁴, Joan Genescà⁵, Càndid Villanueva⁶, Juan Carlos Garcia-Pagán⁷

(1) Hospital Clínic, Barcelona; (2) Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida; (3) Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí, Sabadell; (4) Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet; (5) Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona; (6) Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; (7) Hospital Clínic, Barcelona.

INTRODUCCIÓ

Les varices esofàgiques (VE) estan presents en aproximadament el 50% de pacients amb cirrosi hepàtica en el moment del diagnòstic. Per aquest motiu ha de realitzar-se una endoscòpia inicial en tots els pacients amb cirrosi hepàtica, o amb sospita de la mateixa¹. En pacients sense varices el risc global d'aparició és d'un 5-10% anual, que s'incrementa quan els pacients presenten una pitjor funció hepàtica. Per això en pacients sense varices es recomana repetir l'endoscòpia en un termini de 2-3 anys i anualment en cas de pacients amb cirrosi descompensada¹. Si les varices són petites, el risc de progressió a grans és d'un 10% anual. Per això quan les varices són petites i no s'ha iniciat profilaxis es recomana repetir l'endoscòpia cada 1-2 anys¹.

DIAGNÒSTIC

L'endoscòpia ha d'informar sobre la mida de les varices i la presència de signes de risc endoscòpic que juntament amb el grau d'insuficiència hepàtica (Child-Pugh) són els factors de risc més importants del primer episodi hemorràgic.

Es considera un origen varicos de l'hemorràgia si hi ha sagnat actiu (en jet o babeig), signes de sagnat recent (coall de fibrina o coall adherit) sobre una variu o presència de sang a l'estómac en absència d'altres lesions potencialment sagnants.

Les varices gàstriques (VG) es poden classificar en esòfag-gàstriques tipus 1 (VEG-tipus 1) i tipus 2 (VEG-tipus 2) (com a continuïtat de les varices esofàgiques per la curvatura menor o cap al fòrnix respectivament) i gàstriques aïllades tipus 1 (VG-tipus 1) quan es localitzen al fòrnix o tipus 2 (VG-tipus 2) en altres localitzacions de l'estómac². Encara que s'atribueix una major gravetat, major requeriment transfusional i major mortalitat associada a les VG aquest fet no està clar.

En pacients amb VG sense cirrosi s'ha de descartar una trombosi de la vena esplènica.

PROFILAXI PRIMÀRIA DE L'HEMORRÀGIA PER VARICES

Profilaxi preprimària

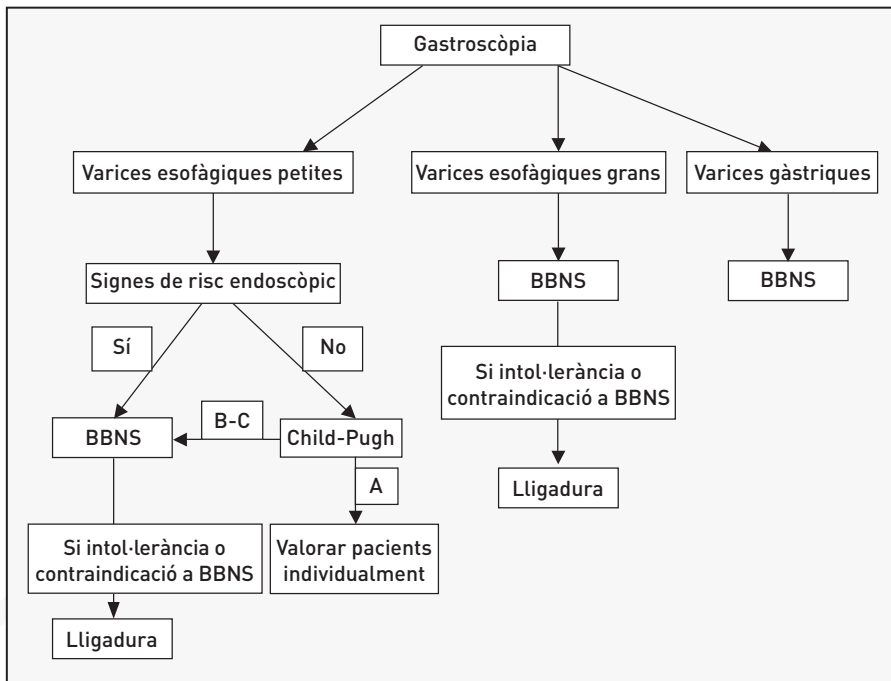
Actualment, no existeix cap agent farmacològic disponible per prevenir el desenvolupament de varices en malats que no en tinguin.

Profilaxi primària

L'algorisme 1 mostra l'estratègia de prevenció primària de l'hemorràgia varicosa.



Algoritme 1 ▶ Prevenció primària de la hemorràgia varicosa



El risc d'hemorràgia en pacients amb varices petites i factors de risc associats (signes vermells en l'endoscòpia o Child B/C) no es negligible i per això es recomana tractar-los (algoritme 1). Per a la resta de pacients (Child A sense signes vermells) la decisió ha de ser individualitzada. Una vegada iniciada la profilaxi amb fàrmacs, no és necessari realitzar més endoscòpies per avaluar la presència de varices esofàgiques.

TRACTAMENT FARMACOLÒGIC AMB BBNS (BETABLOQUEJANTS NO SELECTIUS)

Els BBNS han demostrat ser efectius independentment de la causa de la cirrosi i la seva gravetat, i de la grandària de les varices³. La interrupció del tractament fa que es perdi qualsevol protecció, i augmenta el risc de sagnat. L'efecte protector dels BBNS es manté a llarg termini (8 anys). L'ús de BBNS en pacients amb ascites refractària no està formalment contraindicat, però es recomana un monitoratge estricte.

La dosi de BBNS ha de ser acuradament individualitzada per a cada pacient. La dosi inicial de propranolol sol ser de 20 mg cada 12 hores (depenent de la freqüència cardíaca, pressió arterial i grau d'insuficiència hepàtica). Aquesta dosi s'incrementa cada 2-3 dies fins a aconseguir reduir la freqüència cardíaca a 55 pulsacions per minut (per sota d'aquestes xifres el tractament no sol ser ben tolerat) o fins a l'aparició d'efectes secundaris, arribant a un màxim de 320 mg/dia. El nadolol s'administra amb una dosi inicial de 40 mg una vegada al dia arribant a una dosi màxima de 240 mg/dia.



Si es confirma la seva eficàcia, el carvedilol podria ser una excel·lent alternativa en pacients amb malalties cardiovasculars.

Aproximadament el 15% dels pacients presenten contraindicacions al tractament BBNS. És molt important el monitoratge estret del pacient per part de personal entrenat durant la titulació per detectar de forma precoç els efectes secundaris i afavorir el compliment terapèutic⁴.

LLIGADURA ENDOSCÒPICA AMB BANDES ELÀSTIQUES

La lligadura ha mostrat ser eficaç reduint el risc de primera hemorràgia i la mortalitat en pacients amb cirrosi i varices esofàgiques. Les sessions de lligadura es repeteixen a intervals de 2-4 setmanes fins a comprovar-se la seva eradicació. La reaparició de varices és freqüent (s'estima entre un 30-40% dels pacients) el que obliga a practicar noves sessions de lligadura. Per això, han de realitzar-se endoscòpies de seguiment; la primera als 3 mesos, i posteriorment, cada 6-12 mesos¹.

La majoria d'efectes adversos de la lligadura de varices són transitoris però poden aparèixer complicacions molt més greus, fins i tot podent arribar a ser mortals, com l'hemorràgia per úlcera esofàgica. L'ús concomitant d'inhibidors de la bomba de protons pot disminuir la grandària de les úlceres post-lligadura. Si bé les dades no són concloents es recomana el seu ús fins aconseguir l'eradicació de les varices.

Encara que el sagnat és més freqüent amb BBNS, la mortalitat no és diferent i les complicacions de la lligadura són potencialment més greus. Per això, la nostra recomanació és utilitzar BBNS com a primera opció reservant la lligadura per a aquells casos d'intolerància o contraindicació als mateixos.

El tractament combinat amb BBNS i lligadura no està indicat en la prevenció primària.

Pacients amb varices gàstriques

Encara que hi ha poques dades, en aquests pacients es recomana la realització de profilaxi amb BBNS¹.

HEMORRÀGIA AGUDA PER VARICES ESOFÀGIQUES

La mortalitat de l'hemorràgia aguda per varices en pacients amb cirrosi ha disminuït en els últims 20 anys del 40% al 20%, fonamentalment com a resultat de la milloria en la terapèutica (algorisme 2).

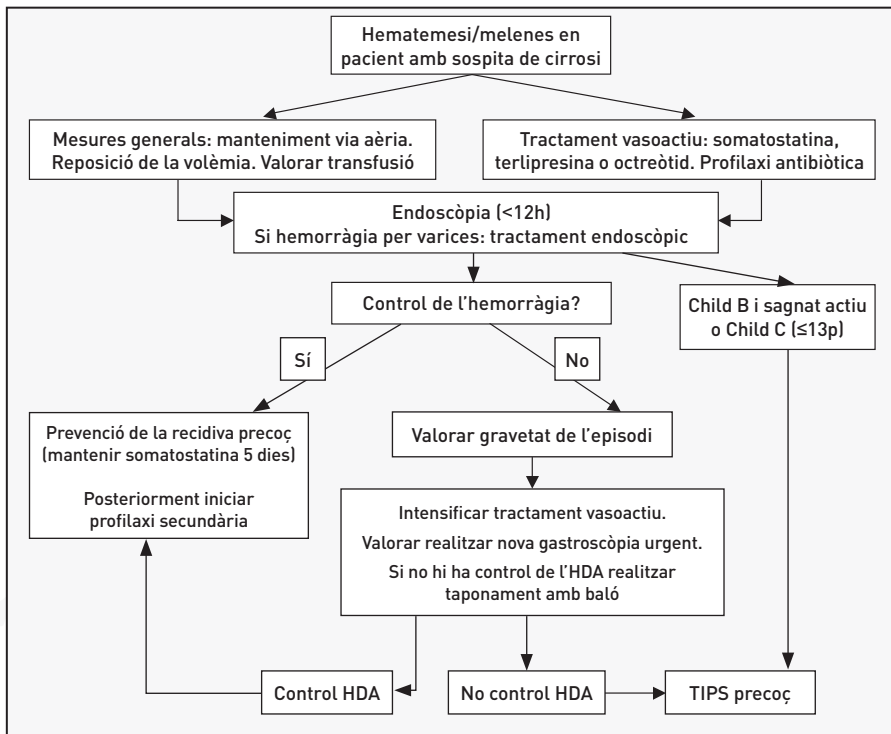
Mesures generals de tractament

La **via aèria** ha de ser assegurada de forma immediata. El risc d'aspiració s'accentua de forma marcada en l'endoscòpia, per la qual cosa els pacients de risc (disminució del nivell de consciència o inestabilitat hemodinàmica) han de ser intubats.

La **reposició de la volèmia** és crítica per prevenir les complicacions associades amb hipovolèmia perllongada (fallida renal i hepàtica i infeccions) però també ha de ser cautelosa per no provocar un augment secundari de la pressió portal. A l'arribada del pacient a urgències s'han de canalitzar dues vies perifèriques i s'han d'administrar col·loides o cristal·loides per mantenir la pressió arterial sistòlica entorn de 100 mmHg. En els pacients que després de l'administració de dos litres de volum no s'aconsegueixi l'estabilitat hemodinàmica s'ha de considerar l'administració de sang,



Algoritme 2 ▶ Tractament de l'HDA per varices



encara que no es disposi de proves creuades. La **transfusió** ha de tenir l'objectiu de mantenir l'hematòcrit entorn de 0.24 (Hb de 8 g/dl). Aquests nivells de Htc són segurs excepte en pacients ancians, amb cardiopatia isquèmica o amb hemorràgia activa. Ha de considerar-se la possibilitat de transfusió de plaquetes en pacients amb hemorràgia activa i trombopènia severa. En els casos de requeriments massius de transfusió s'han d'administrar plasma i plaquetes segons els protocols locals.

L'ús d'antibiòtics profilàctics en l'hemorràgia aguda per varices redueix tant el risc de recidiva hemorràgica com la mortalitat. El tractament antibiòtic ha d'instaurar-se el més aviat possible, preferiblement a la seva arribada a urgències. El més utilitzat és norfloxacin oral o per sonda nasogàstrica (400 mg/12 hores 7 dies). En pacients d'alt risc (xoc hipovolèmic, ascites, icterícia o malnutrició) la ceftriaxona i.v. (1g/24h, 7 dies) és superior a norfloxacin. Si l'administració de norfloxacin es demorés per qualsevol motiu s'ha d'utilitzar ceftriaxona fins i tot en pacients sense factors de risc.

L'hemorràgia digestiva és un precipitant d'**encefalopatia hepàtica**. Els disacàrids no absorbibles són els fàrmacs més utilitzats per a la seva prevenció o tractament, sense que cap assaig hagi avaluat la seva eficàcia.



La malnutrició pot contribuir a una major susceptibilitat a infeccions i alteració de la funció renal, per això l'alimentació oral ha de reiniciar-se tan aviat s'aconsegueixi un període de 24 hores lliure d'hemorràgia.

Tractament hemostàtic

La combinació de medicació vasoactiva i de teràpia endoscòpica és el tractament hemostàtic primari d'elecció, amb una eficàcia per al control inicial de l'hemorràgia i del resagat precoç propera al 90% [algorisme]. Els fàrmacs vasoactius disponibles són: terlipresina i somatostatina i els seus anàlegs, especialment octreòtid, poc utilitzat en l'actualitat.

PAUTES D'ADMINISTRACIÓ

La somatostatina se sol administrar en forma d'infusió contínua de 250 µg/h, precedida per un bolus de 250 µg, que pot repetir-se fins a 3 vegades amb una freqüència horària en cas de persistir l'hemorràgia. Existeixen dades que suggereixen que la dosi doble de 500 µg/h podria ser més eficaç en pacients amb hemorràgia activa. La terlipresina s'administra a una dosi de 2 mg i.v. cada 4 hores (1,5 mg si el pes del pacient és entre 50-70 kg i 1,0 mg si és menor de 50 Kg). La dosi es redueix a 1 mg cada 4 hores després del control de l'episodi agut, generalment a les 48 hores de l'inici de l'hemorràgia. No existeixen dades per recomanar la combinació de dos d'aquests agents. El tractament es manté entre 2 i 5 dies.

Tractament endoscòpic

L'eficàcia de la teràpia endoscòpica en el control inicial de l'hemorràgia és del 80-90%, i redueix a més el risc de recidiva hemorràgica precoç⁵. La lligadura és més eficaç que l'escleroteràpia en el control inicial de l'hemorràgia, causa menys efectes adversos i redueix la mortalitat. Per tant, la lligadura amb bandes és la teràpia endoscòpica d'elecció, reservant la injecció de esclerosant per als casos en els quals aquella no sigui tècnicament possible.

DEFINICIÓ I MANEIG DEL FRACÀS DEL TRACTAMENT

Es defineix fracàs com la mort del pacient o la necessitat de canviar de tractament a l'establert inicialment durant els primers 5 dies. Situacions que solen comportar el canvi de tractament són signes d'hemorràgia activa associat a inestabilitat hemodinàmica i/o caiguda de 3 gr d'hemoglobina (9% de hematòcrit) en qualsevol període de 24 hores en el qual no s'hagi practicat transfusió.

El fracàs del tractament es presenta al voltant del 10-20% dels episodis d'HDA d'origen varicosa i s'associa amb una elevada mortalitat que pot superar al 50% dels pacients. En cas de fracàs es pot considerar, fonamentalment en hemorràgies no massives, practicar una segona exploració endoscòpica especialment en aquells casos en la qual la primera no hagi estat satisfactòria i/o intensificació del tractament amb fàrmacs vasoactius. El taponament esofàgic mitjançant la sonda de Sengstaken-Blackmore es pot col·locar en casos d'hemorràgia massiva. És aconsellable col·locar-ho amb el pacient intubat i mantenir-ho només el temps necessari per planificar un tractament alternatiu i un màxim de 24 hores. Les pròtesis esofàgiques recobertes autoexpandibles s'han proposat com a alternativa, però falten evidències per aconsellar el seu ús.



La derivació porto-sistèmica percutània intra-hepàtica (DPPI) és molt eficaç com a mesura de rescat, però la mortalitat és elevada per l'alteració hemodinàmica que sofreixen aquests pacients i la mala funció hepàtica. Les pròtesis recobertes de PTFE han demostrat un millor resultat clínic, per la qual cosa són d'elecció. Les derivacions quirúrgiques poden ser una opció terapèutica en pacients amb bona funció hepàtica (Child A i B) en les quals la DPPI no sigui factible.

ÚS PRECOÇ DE DPPI EN PACIENTS D'ALT RISC

La implantació precoç (en les primeres 24 hores en la majoria dels casos) d'una DPPI en pacients amb alt risc de fracàs terapèutic, identificats per un GPHV >20 mmHg o per dades clíniques (pacients Child-C fins a 13 punts o Child B amb hemorràgia activa en l'endoscòpia diagnòstica)⁶ redueix la incidència de fracàs terapèutic i la mortalitat en comparació amb els pacients tractats amb les mesures estàndard reservant la DPPI com a tractament de rescat. Aquests resultats han estat confirmats en un recent estudi observacional, i sustenten l'ús precoç de la DPPI en els pacients cirròtics amb hemorràgia varicosa i alt risc de fracàs del tractament estàndard (algorisme 2).

PREVENCIÓ DE LA RECIDIVA HEMORRÀGICA

S'ha d'iniciar sense interrupció en concloure el de l'episodi hemorràgic agut. La combinació del tractament amb fàrmacs mes lligadura es pot considerar en l'actualitat el tractament de primera elecció per a la prevenció de recidiva d'hemorràgia varicosa¹. Respecte al tractament farmacològic d'elecció quan s'empra combinat lligadura, no s'ha avaluat si associar MNIS als BBNS millora l'eficàcia en aquestes condicions, encara que és possible que així sigui.

Varices gàstriques

El tractament de les varices gàstriques subcardials (VEG tipus 1) no varia substancialment del de les esofàgiques donat el seu similar comportament. Quant a les varices fúndiques, existeixen escassos estudis controlats, la qual cosa impedeix establir recomanacions sòlides. Sembla recomanable la utilització de la injecció endoscòpica de coles acríliques com a tractament de primera elecció, reservant la DPPI en casos que aquesta fracassi o no es pugui realitzar. És pràctica habitual associar BBNS quan s'empra bucrilat si bé l'eficàcia d'aquesta mesura no ha estat demostrada.

HEMORRÀGIA DIGESTIVA PER ALTRES CAUSES EN PACIENTS CIRRÒTICS

Gastropatia de la hipertensió portal (GHP)

La prevalença d'aquestes lesions és entre un 51 i un 98% dels pacients amb cirrosi hepàtica i HTP. La incidència d'hemorràgia és baixa, sol ser de caràcter lleu i, generalment, s'associa a les formes greus de GHP. Fins a l'actualitat no existeixen estudis que recomanin profilaxi primària per prevenir la HDA per aquesta patologia ni tampoc existeixen factors pronòstics clars sobre el risc d'hemorràgia per GHP. Es recomana que el maneig inicial ha de ser el mateix que en l'episodi agut varicos.

El tractament amb BBNS és d'elecció per a la profilaxi de recidiva en la GHP⁽⁶⁾. La ferroteràpia s'ha d'utilitzar com a teràpia adjuvant.



No existeixen estudis que avaluïn l'eficàcia del tractament endoscòpic en el maneig de l'hemorràgia aguda per GHP. En cas d'identificar un punt sagnant, pot realitzar-se tractament endoscòpic tèrmic, no obstant això es disposa d'escassa experiència per avaluar l'eficàcia d'aquest tractament.

Quan malgrat el tractament descrit, persisteixen les manifestacions clíniques, tractaments més agressius com la col·locació de DPPI o derivació quirúrgica porto-sistèmica, han demostrat ser eficaces en el tractament de la GHP. El transplantament hepàtic cura la GHP.

Ectàsia vascular antral (GAVE)

La GAVE és una entitat poc freqüent en la cirrosi, sent causa únicament d'un 4% de les HDA no varicoses en pacients cirròtics. La GAVE es pot presentar sense HTP. La fisiopatologia d'aquestes lesions no està clara. Pot ser molt difícil diferenciar endoscòpicament aquesta entitat de la GHP. Això és important perquè les escasses dades que es disposen sobre el tractament mèdic del GAVE suggereixen que no hi ha una resposta satisfactòria amb el tractament de la hipertensió portal, incloent la DPPI, sent l'ablació endoscòpica de les lesions el tractament d'elecció. S'han utilitzat diferents mètodes endoscòpics, que han mostrat ser eficaços en la reducció de la recidiva hemorràgica i els requeriments transfusionals, tals com el Làser Nd:YAG i coagulació amb Argó Plasma. Recentment, s'ha suggerit que la lligadura endoscòpica podria tenir una eficàcia similar al Argó Plasma. El tractament quirúrgic amb antrectomia ha de reservar-se per a casos molt seleccionats en els quals ha fracassat el tractament endoscòpic. La feroteràpia ha d'utilitzar-se com a teràpia adjuvant.

HEMORRÀGIA DIGESTIVA PER HIPERTENSÍO PORTAL EN PACIENTS SENSE CIRROSI

En aquells pacients amb hipertensió portal no cirròtica intra-hepàtica s'aconsella un maneig similar al dels pacients cirròtics. L'hemorràgia aguda per varices en pacients amb hipertensió portal pre-hepàtica té bon pronòstic amb una mortalitat <2%. L'extensió de la trombosi determinarà si aquests pacients poden beneficiar-se d'una cirurgia derivativa, que en alguns casos pot solucionar definitivament la hipertensió portal. En pacients amb cavernomatosi portal pot valorar-se també la possibilitat d'una DPPI, que en aquests casos és tècnicament més complexa i amb major taxa de complicacions.



BIBLIOGRAFIA

1. De Franchis R. Revising consensus in portal hypertension: report of the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. *J Hepatol* 2010;53:762-768.
2. Sarin SK, Kumar A. Gastric varices: profile, classification, and management. *Am J Gastroenterol* 1989;84:1244-1249.
3. Bosch J, Abraldes JG, Albillos A, Aracil C, Banares R, Berzigotti A, et al. Portal hypertension: recommendations for evaluation and treatment: consensus document sponsored by the Spanish Association for the Study of the Liver (AEEH) and the Biomedical Research Network Center for Liver and Digestive Diseases (CIBERehd)]. *Gastroenterol Hepatol* 2012;35:421-450.
4. Tandon P, Saez R, Berzigotti A, Abraldes JG, Garcia-Pagan JC, Bosch J. A specialized, nurse-run titration clinic: a feasible option for optimizing beta-blockade in non-clinical trial patients. *Am J Gastroenterol* 2010;105:1917-1921.
5. Abraldes JG, Angermayr B, Bosch J. The management of portal hypertension. *Clin Liver Dis* 2005;9:685-713, VII.
6. Garcia-Pagan JC, Caca K, Bureau C, Laleman W, Appenrodt B, Luca A, et al. Early use of TIPS in patients with cirrhosis and variceal bleeding. *N Engl J Med* 2010;362:2370-2379.



Secretaria Tècnica



L'Acadèmia

FUNDACIÓ ACADEMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES
I DE LA SALUT DE CATALUNYA I DE BALEARNS

Sra. M. Carmen Valverde

L'Acadèmia. Departament d'Activitats i Congressos

Major de Can Caralleu, 1-7 • 08017 Barcelona

Tel. 932 030 716 • Fax 932 123 569

mcarmenvalverde@academia.cat

www.scdigestologia.org

Documents publicats



2011

Utilitat Diagnòstica del Fibroscan®
Utilitat Diagnòstica de la Càpsula Endoscòpica



2012

Tractament Triple de l'Hepatitis Crònica C, Genotip 1
Sedació a l'Endoscòpia Digestiva



2013

Maneig de l'Hemorràgia Digestiva per Hipertensió Portal
Recomanacions pel Maneig de l'Hemorràgia Digestiva Baixa Aguda