



ACHHEP
Asociación Chilena
de Hepatología

¿Cómo puedo prevenir una nueva hemorragia variceal?

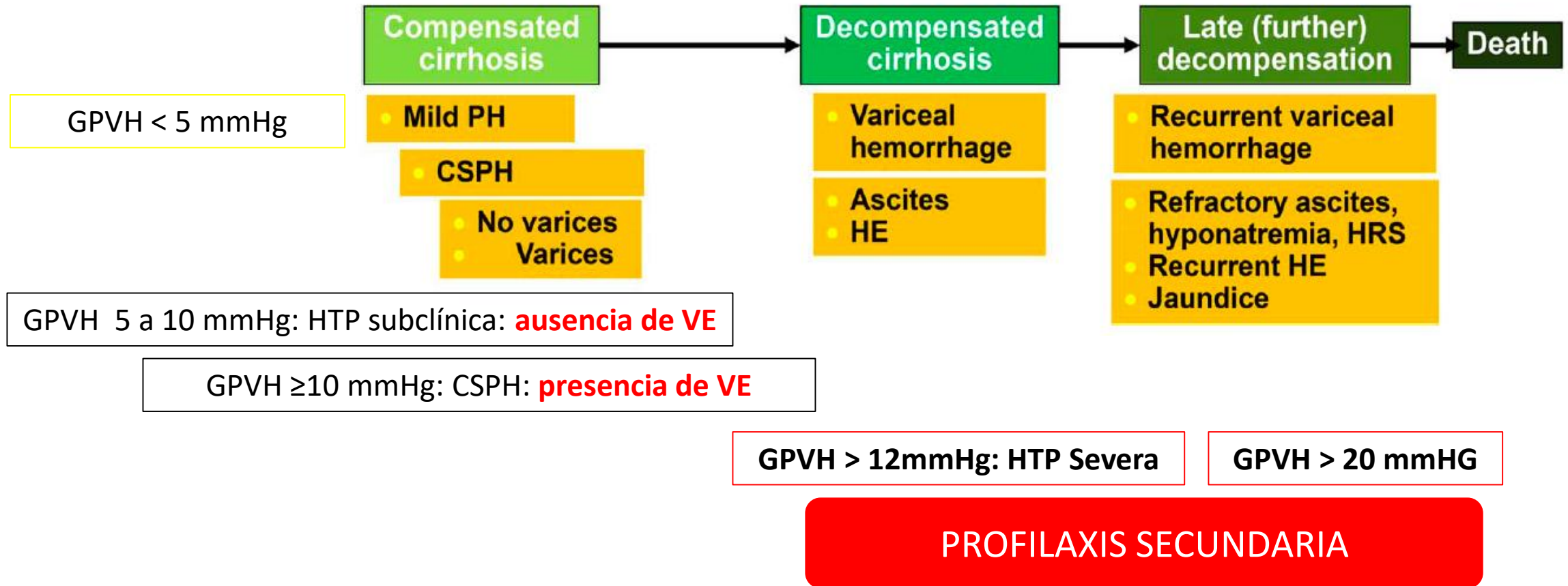
Dra. Violeta Rivas P.

Gastroenteróloga – Fellow de Hepatología

IV Curso de Hepatología General

Mayo 2019

Progresión de la cirrosis y riesgo de hemorragia.



Impacto del problema

- Tasa de re-sangrado espontáneo 60%.
- Recidiva post HDA: Comúnmente dentro de los primeros 1-2 años. 63 a 70%
- Mortalidad 33 a 57% en 1 a 2 años, mayor riesgo dentro de las primeras 6 semanas.

En 10 a 15% de los casos, no se logra controlar la hemorragia con terapia.

Tasas de mortalidad sin tratar: Mayor al 50%

Prevención del re-sangrado.

Profilaxis secundaria

- Con profilaxis: disminuye riesgo de recidiva 20 - 50% en respondedores hemodinámicos.
- Respuesta Hemodinámica:
 - $GPVH < 12$ mmHg o reducción del basal en 20%
 - Disminuye riesgo de recidiva
 - Disminuye riesgo de desarrollar descompensaciones de HTTP.
 - Mejora sobrevida.

Profilaxis secundaria

- Tratamiento de primera línea: **Tratamiento combinado LVE + NSBB**
- LVE no está recomendado como monoterapia a menos que exista intolerancia u contraindicación para el uso de NSBB
- NSBB en monoterapia en pacientes que no puedan realizarse ligadura.
- Mantener profilaxis de por vida.

Profilaxis secundaria.

- NSBB: Propanolol o Nadolol.
 - Carvedilol: no ha sido validado en profilaxis secundaria.
- **Pacientes con cirrosis y ascitis refractaria vigilar de cerca PA, Sodio, y función renal.**
 - Presión Sistólica menor a 90 mmHg
 - Na menor a 130
 - Falla Renal
- Considerar retiro o reducción de BBNS.
- Suspendidos AINES y diuréticos.
- Resuelto factor precipitante (PBE, hemorragia digestiva, otras infecciones, etc) reconsiderar reintroducir BBNS.

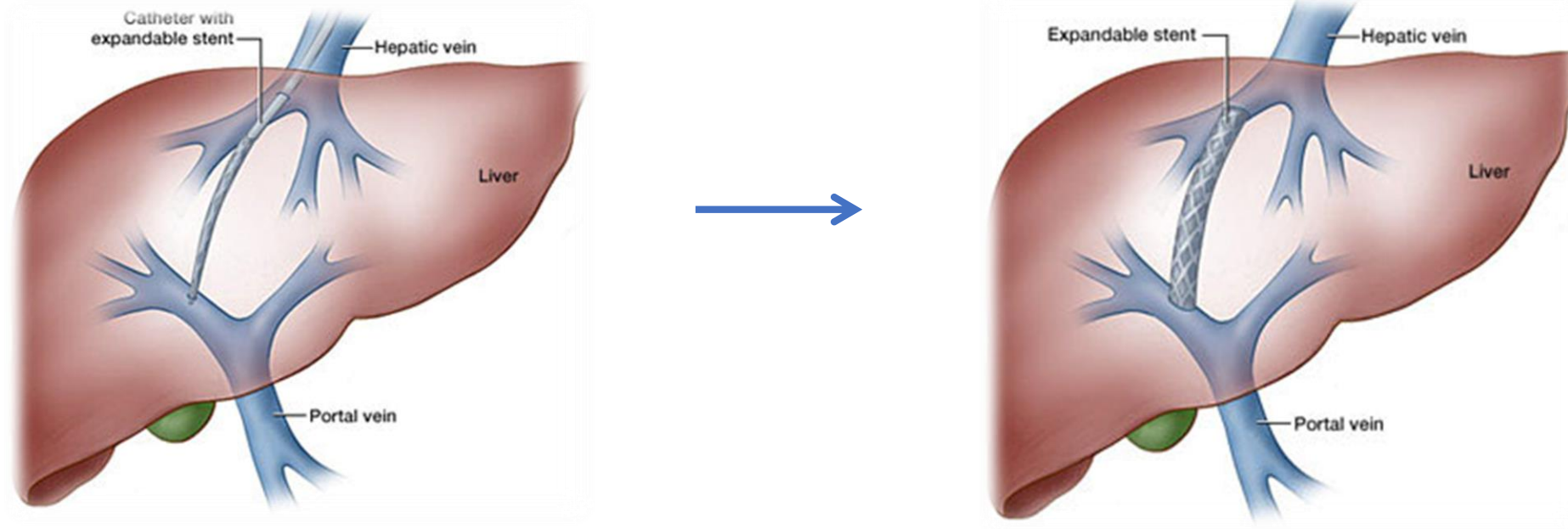
Profilaxis secundaria. Otros

- La combinación de NSBB más isosorbide mononitrato en dosis bajas tiene una mayor reducción de la presión portal.
- Tasa de efectos secundarios es más alto: dolor de cabeza y mareos.
- En un metaanálisis, la combinación de NSBB e ISMN no fue diferente a NSBB solo en re sangrado y mortalidad, pero tuvo una mayor tasa de efectos secundarios.
- Simvastatina:40 mg al día, (RCT) no se asocia a mejoría en la tasa de resangrado (comparado con placebo) pero si tuvo un impacto en la supervivencia.
- Otros efectos adversos descritos: rabdomiolisis.

Profilaxis secundaria. Varices gástricas

- En pacientes que se han recuperado de una hemorragia GOV1, la combinación de NSBBs y terapia endoscópica de varices (LVV o cianoacrilato) es la terapia de primera línea para prevenir nuevas hemorragias.
- En pacientes post hemorragia GOV2 o IGV1, TIPS o BRTO son la primera línea de tratamientos en la prevención de nuevas hemorragias.

Profilaxis secundaria: TIPS (transyugular intrahepatic portosistemic shunt)



- Estrategia pre emptive
- Previene la falla del control de la hemorragia, reduce el re-sangrado y mejora la supervivencia.

Profilaxis secundaria: TIPS (transyugular intrahepatic portosistemic shunt)

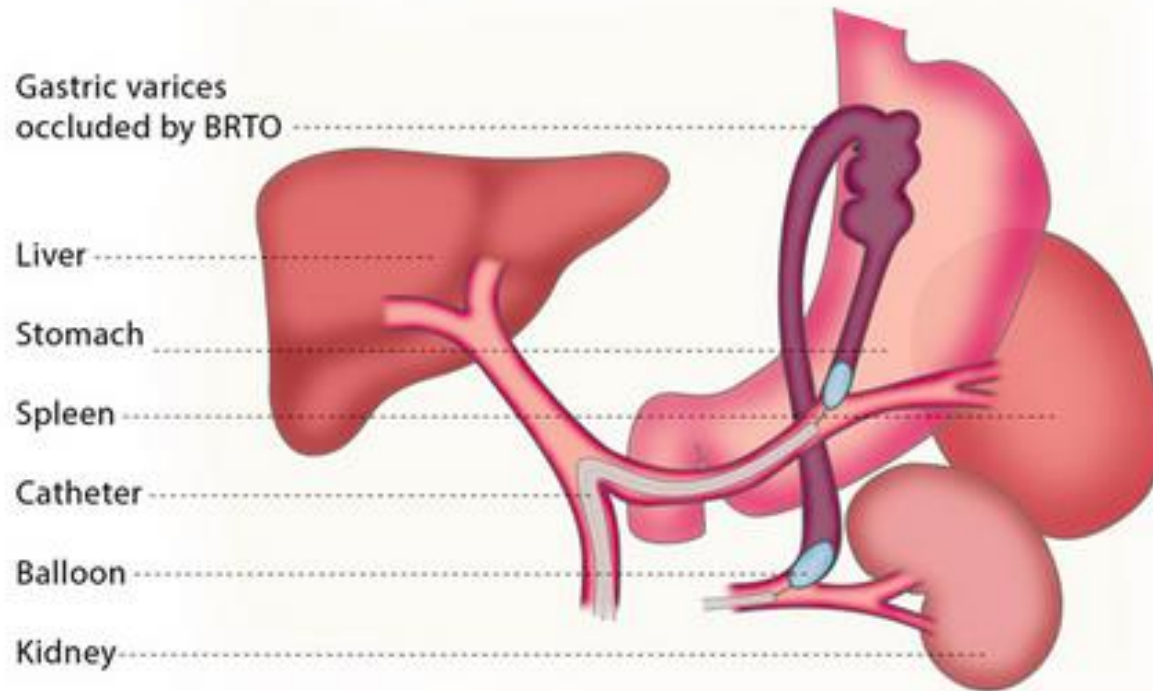
- De elección en caso de fracaso al tratamiento de primera línea. (Betabloqueo asociado a LVE)
- Más eficaz en control de recidiva
- Sin efecto en mortalidad
- Aumenta riesgo de encefalopatía hepática.
- Se necesitan más estudios para recomendarlo de forma rutinaria en profilaxis secundaria.
- Pacientes que tienen un TIPS colocado con éxito durante el episodio agudo no requieren NSBBs o EVL.

Profilaxis secundaria: TIPS (transyugular intrahepatic portosistemic shunt)

- Un ensayo aleatorizado que incluye pacientes con varices GOV1 y GOV2 mostraron que TIPS es más eficaz que la inyección con cianocrilato en la prevención de nueva hemorragia por VG.
- Mayor tasa de encefalopatía y sin diferencias en la supervivencia.

BRTO (balloon-occluded retrograde transvenous obliteration)

Balloon-occluded retrograde transvenous obliteration (BRTO)



- Oclusión de las colaterales portosistémicas cateterizadas retrógradamente a través de la VCI y la vena renal izquierda, después de ocluir el colateral esplenorrenal con un catéter de balón.
- Alternativa cuando no se puede realizar TIPS.
- Efectivo en el control del sangrado por VG.

TABLE 5. Treatments for the Prevention of Recurrent Esophageal Variceal Hemorrhage

Therapy	Recommended Dose	Therapy Goals	Maintenance/Follow-up
Propranolol	<ul style="list-style-type: none"> • 20-40 mg orally <i>twice</i> a day • Adjust every 2-3 days until treatment goal is achieved • Maximal daily dose: <ul style="list-style-type: none"> ◦ 320 mg/day in patients without ascites ◦ 160 mg/day in patients with ascites 	<ul style="list-style-type: none"> • Resting heart rate of 55-60 beats per minute • Systolic blood pressure should not decrease <90 mm Hg 	<ul style="list-style-type: none"> • At every outpatient visit make sure that heart rate is on target • Continue indefinitely
Nadolol	<ul style="list-style-type: none"> • 20-40 mg orally <i>once</i> a day • Adjust every 2-3 days until treatment goal is achieved • Maximal daily dose: <ul style="list-style-type: none"> ◦ 160 mg/day in patients without ascites ◦ 80 mg/day in patients with ascites 	<ul style="list-style-type: none"> • Resting heart rate of 55-60 beats per minute • Systolic blood pressure should not decrease <90 mm Hg 	<ul style="list-style-type: none"> • At every outpatient visit make sure that heart rate is on target • Continue indefinitely
EVL	<ul style="list-style-type: none"> • Every 1-4 weeks until the eradication of varices 	<ul style="list-style-type: none"> • Variceal eradication (no further ligation possible) 	<ul style="list-style-type: none"> • First EGD performed 3-6 months after eradication and every 6-12 months thereafter

The combination of either propranolol or nadolol *plus* EVL is recommended. Carvedilol is not recommended in this setting.



vrivasp@med.puc.cl

Dra. Violeta Rivas P.
Gastroenteróloga – Fellow de Hepatología
IV Curso de Hepatología General
Mayo 2019