



**ACHHEP**  
Asociación Chilena  
de Hepatología

# ¿ Que conducta debo seguir en un paciente con diagnóstico de vórices en una endoscopia de control?

Dra. Violeta Rivas P.

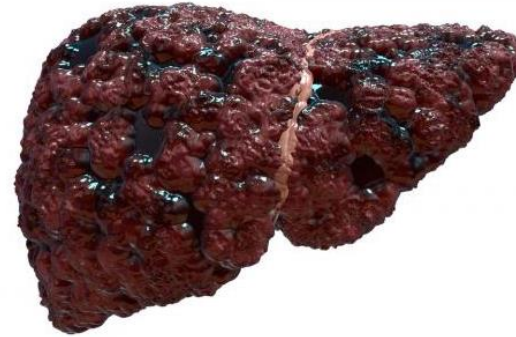
Gastroenteróloga – Fellow de Hepatología

IV Curso de Hepatología General

Mayo 2019

# Fisiopatología

**Fibrosis, Distorsión vascular  
por nódulos regeneración,  
microtrombos**



↑ tono vascular hepático (↓NO)

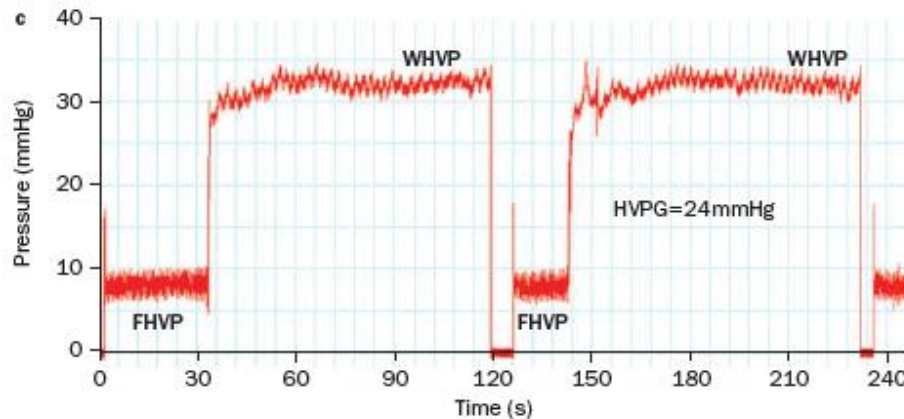
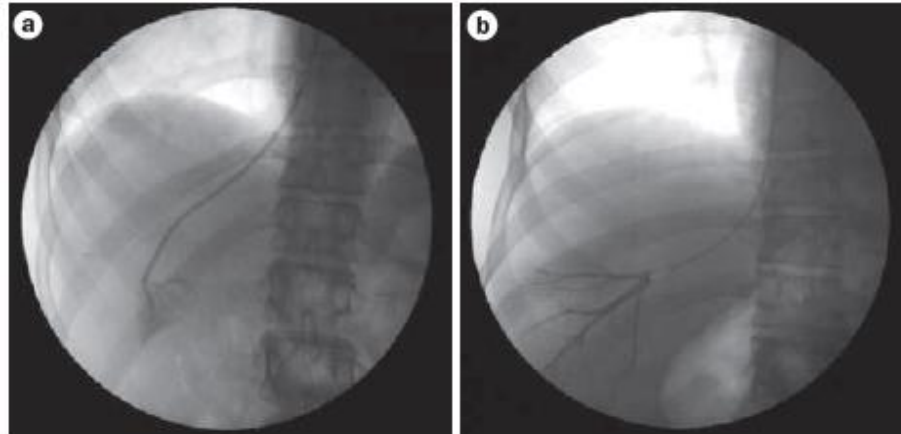
**AUMENTO DE LA RESISTENCIA  
PORTAL**

Vasodilatación esplácnica y sistémica  
Circulación hiperdinámica  
Neoangiogénesis

**INCREMENTO DEL FLUJO VENOSO PORTAL**

**HIPERTENSIÓN PORTAL  
GVPH >5 mmHg**

# Fisiopatología



HVPG: hepatic venous pressure gradient

HTP= HVPG>5mmHg

**CSPH >= 10 mmHg**



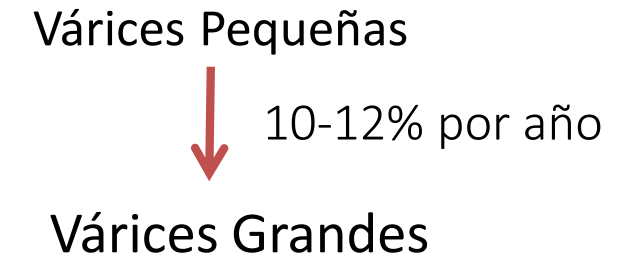
**Aparición de VGE**

Ascitis, EH, HDA, HCC,  
descompensación post quirúrgica.

# Progresión de la Cirrosis y riesgo de sangrado

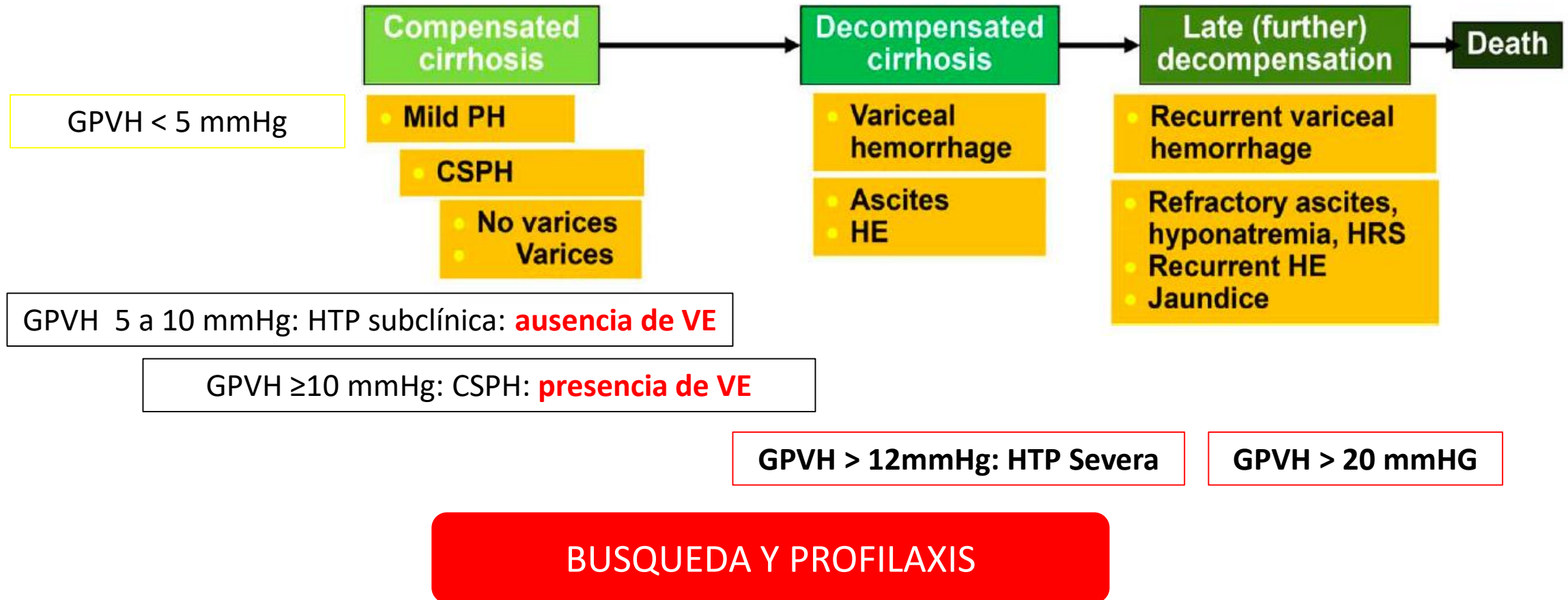
- Varices Gastroesofágicas: 40-60% de los pacientes con cirrosis.

	Prevalencia	Desarrollo de VEG por año
<b>Cirrosis Compensada</b>	30-40%	7-8%
<b>Cirrosis descompensada</b>	>85%	



**Incidencia del primer sangrado: 10-15% al año.  
 Mortalidad a 6 semanas 15-25%.**

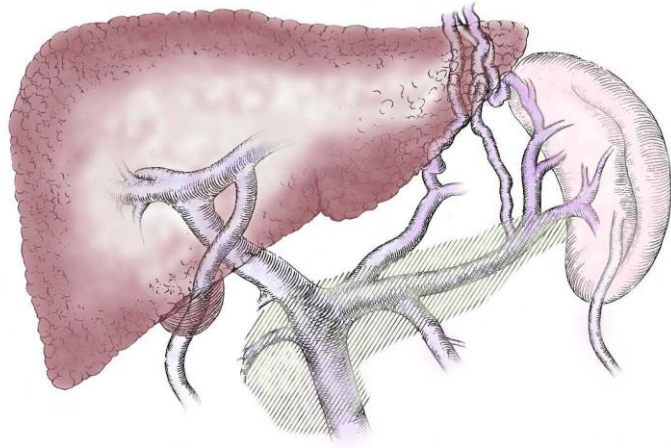
# Progresión de la cirrosis y riesgo de hemorragia.



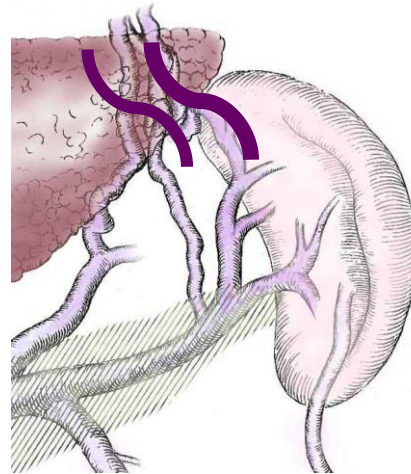


# Indicadores de riesgo de hemorragia

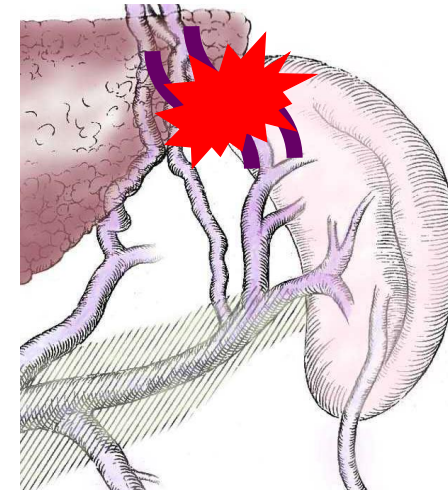
**Formación**



**Dilatación**



**Rotura**



$$\text{Tensión de la Pared} = \frac{\text{Presión x Radio}}{\text{Grosor de la pared}}$$

**GVPH**

**Tamaño de la Variz**

**Puntos Rojos**

**Progresión de la enfermedad**

# Screening de Varices gastroesofágicas

## Pacientes con Cirrosis Compensada

- Pacientes sin CSPH, tienen bajo riesgo de desarrollo a 5 años.
- Métodos no invasivos para evaluar CSPH.
  - Elastografía ( valor mayor o igual a 20 kPa) con o sin recuento de plaquetas y tamaño del bazo.
  - Circulación colateral en una imagen.
- No requieren screening endoscópico.
  - Elastografía < 20 kPa y plaquetas > 150.000.

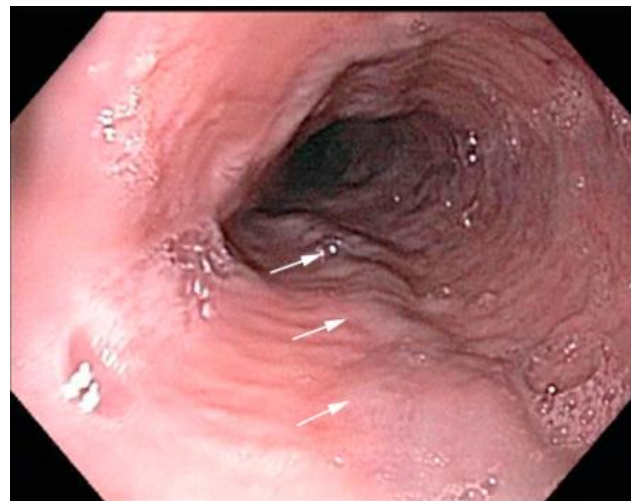
# Prevención del primer episodio de hemorragia

- Escenarios

**EDA normal**



**VE pequeñas**



**VE grandes**



Otros: varices gástricas, Gastropatía de la HTPortal.



# Screening de Varices gastroesofágicas

Pacientes con Cirrosis Compensada:

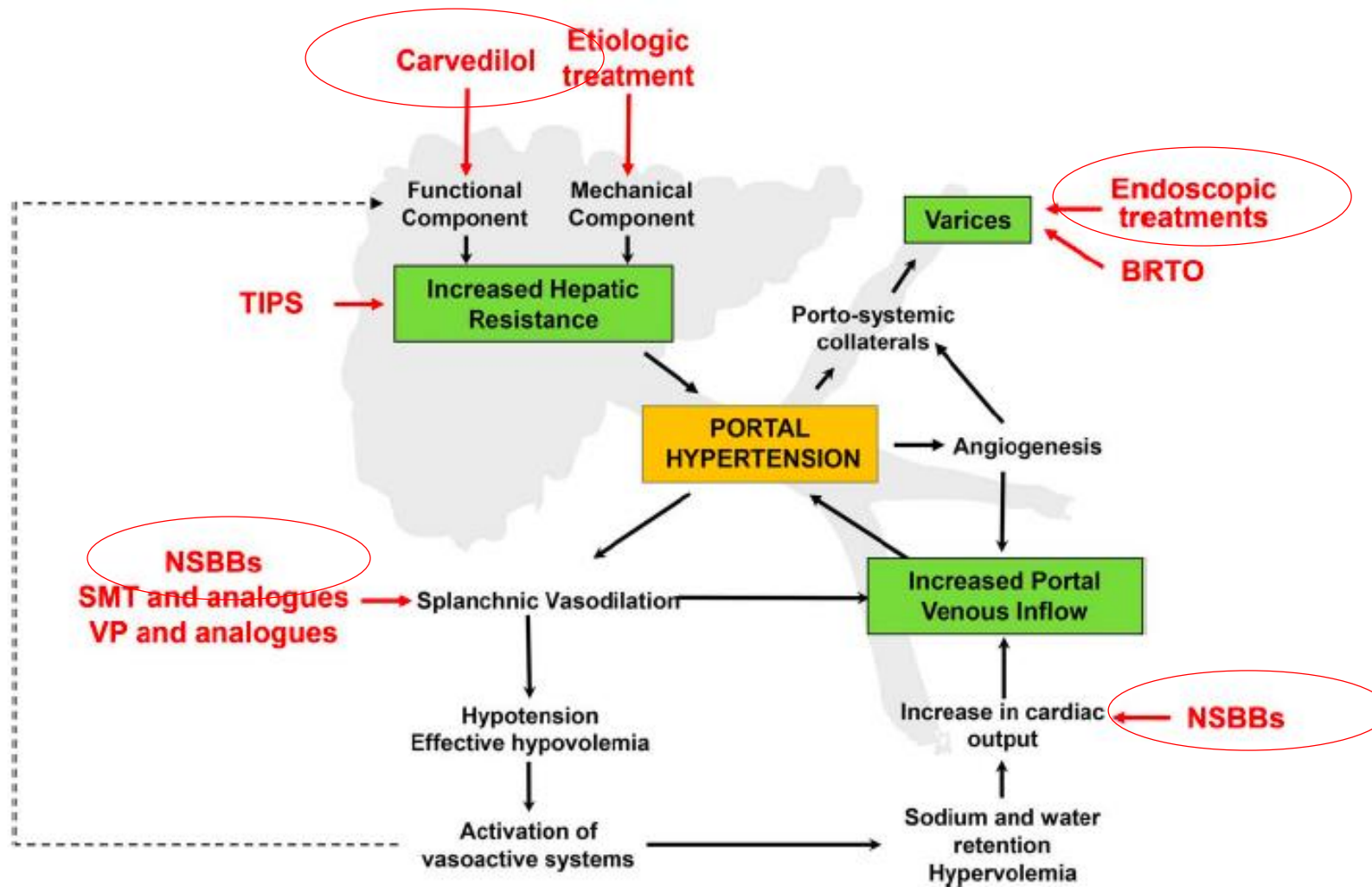
	Causa Subyacente persistente ( OH activo, sin RVS en tratamiento VHC, etc)	Causa subyacente resuelta ( Con RVS, abstinencia de OH, Tratamiento antiviral)
EDA SIN VARICES	Cada 2 años	Cada 3 años *
EDA CON VE PEQUEÑAS	Anual	Cada 2 años *

\* Sin otros factores de descompensación, como obesidad, OH.

# Prevención de la descompensación.

- Debido a que tienen diferente pronóstico, los pacientes con CC, se clasifican en Con y Sin CSPH.
- **Primer objetivo: Prevenir la CSPH**
- **Segundo objetivo: Prevenir la descompensación**
  - Tratamiento efectivo de la etiología subyacente de cirrosis: produce una mejoría tanto en la estructura como en la función hepática, por lo tanto una disminución de la presión portal, tamaño de las varices y el riesgo de sangrado.
  - Tratamiento de comorbilidades, Malnutrición y Sarcopenia.
  - Abstinencia alcohólica.

# Profilaxis primaria



# Profilaxis primaria

SIN VE	Sin indicación de uso de NSBB
Varices pequeñas con puntos rojos o Child C	NSBB
Varices pequeñas sin puntos rojos ni Child C	Podrían ser tratados con NSBB
Varices grandes	NSBB o Ligadura endoscopica es recomendado para la prevencion del primer episodio de hemorragia.

- \*Considerar experiencia, disponibilidad, preferencia de paciente, contraindicaciones y efectos adversos.
- \*\* La decisión de tratar con BB debe ser tomada cuando esta indicado independiente de la posibilidad de medir la GVPH.

# Profilaxis primaria, uso de NSBB.

- Propanolol, Carvedilol y Nadolol son considerados de primera línea.
- Propanolol y Nadolol:
  - Reducción del gasto cardiaco y vasoconstricción arteriolar esplácnica
  - Ventajas: bajo costo, fácil administración, reducción de la presión portal.
  - Desventajas:
    - Efectos adversos: disnea, impotencia, astenia, hipotensión, broncoespasmo.
    - 40 a 50% son respondedores hemodinámicos.



# Profilaxis primaria, uso de NSBB.

- **Carvedilol:**
  - NSBB con actividad anti alfa-1 adrenergica ( vasodilatador), actúa disminuyendo el flujo portal.
  - Induce mayor descenso de GPVH que propanolol y nadolol, pero también está asociado a un mayor descenso de la PAM.

# Uso de NSBB en pacientes con enfermedad hepática avanzada.

- Se cuestiona seguridad en subgrupos de pacientes con Cirrosis descompensada (ascitis refractaria, PBE)
- En pacientes con ascitis refractaria, podrían requerir disminución de dosis o discontinuación en caso de caída de PA o falla renal.
- Si se suspende NSBB, debe realizarse LVE.
- **No se recomienda tratamiento combinado.**

# Varices gástricas, profilaxis primaria.

- Se recomienda uso de BBNS
- Cianoacrilato vs BBNS vs no tratamiento:
  - Seguimiento 26 meses, HDA: (13 vs 28 y 45 %), supervivencia (90 vs 72 %).

**TABLE 3. Management of Patients With Moderate/Large Varices That Have Not Bled**

Therapy	Recommended Dose	Therapy Goals	Maintenance/Follow-up
Propranolol	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20-40 mg orally <i>twice</i> a day</li> <li>• Adjust every 2-3 days until treatment goal is achieved</li> <li>• Maximal daily dose:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 320mg/day in patients without ascites</li> <li>○ 160mg/day in patients with ascites</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resting heart rate of 55-60 beats per minute</li> <li>• Systolic blood pressure should not decrease &lt;90 mm Hg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• At every outpatient visit make sure that heart rate is on target</li> <li>• Continue indefinitely</li> <li>• No need for follow-up EGD</li> </ul>
Nadolol	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20-40 mg orally <i>once</i> a day</li> <li>• Adjust every 2-3 days until treatment goal is achieved</li> <li>• Maximal daily dose:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 160mg/day in patients without ascites</li> <li>○ 80 mg/day in patients with ascites</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resting heart rate of 55-60 beats per minute</li> <li>• Systolic blood pressure should not decrease &lt;90 mm Hg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• At every outpatient visit make sure that heart rate is on target</li> <li>• Continue indefinitely</li> <li>• No need for follow-up EGD</li> </ul>
Carvedilol	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start with 6.25 mg <i>once</i> a day</li> <li>• After 3 days increase to 6.5mg twice-daily</li> <li>• Maximal dose: 12.5 mg/day (except in patients with persistent arterial hypertension)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Systolic arterial blood pressure should not decrease &lt;90 mm Hg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continue indefinitely</li> <li>• No need for follow-up EGD</li> </ul>
EVL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Every 2-8 weeks until the eradication of varices</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variceal eradication (no further ligation possible)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• First EGD performed 3-6 months after eradication and every 6-12 months thereafter</li> </ul>



[vrivasp@med.puc.cl](mailto:vrivasp@med.puc.cl)

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