

Incidencia de la hemorragia por escara tras la ligadura electiva de varices esofágicas

Salvador Machlab¹, João da Costa¹, Diana Horta² Pablo Ruiz², Joaquim Profitós³, Mercedes Vergara^{1,4}, Mireia Miquel^{1,4}, Meritxell Casas¹, Blai Dalmau¹, Rafel Campo¹ Enric Brullet¹, Félix Junquera¹, Valentí Puig-Diví¹, Eva Martínez-Bauer¹, Jorge Espinós^{2,5}, Mercè Roget³, Jordi Ortiz³, Marta Piqueras³, David Monfort³, Jaume Boadas³, Pilar García-Iglesias¹, Albert Villoria¹, Marta Gallach¹, Luigi Melcarne¹, Xavier Calvet ^{1,4}, Jordi Sanchez-Delgado^{1,4}

¹ Servicio de Aparato Digestivo. Parc Taulí Hospital Universitari. Institut d’ Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT, Universitat Autònoma de BarcelonaSabadell. ² Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Mútua de Terrassa, Terrassa. ³Servicio de Aparato Digestivo. Consorci Sanitari de Terrassa (CST), Terrassa. ⁴ CIBERehd. Instituto Carlos III. Madrid. ⁵Centro Médico Teknon

Introducción

La ligadura con bandas de las varices esofágicas (LBVE) es un procedimiento efectivo para controlar y prevenir el sangrado por varices en pacientes con hipertensión portal. No obstante, este procedimiento se puede complicar con sangrado por úlceras post-ligadura con una importante morbilidad asociada. La mayoría de estudios publicados sobre la profilaxis primaria o secundaria con LBVE no recogen específicamente la incidencia de hemorragia tras la ligadura

Objetivos

Evaluar la incidencia y factores de riesgo asociados a la hemorragia precoz post LBVE electiva.

Métodos

Estudio retrospectivo multicéntrico de tipo casos y controles. Criterios de inclusión: pacientes sometidos a LBVE electiva entre enero de 2013 y diciembre de 2015 en el H.U. Mútua de Terrassa, Consorci Sanitari de Terrassa y H.U. Parc Taulí. Se definió el evento como hemorragia digestiva alta tras LBVE electiva por úlcera en el lecho de la ligadura con una endoscopia que lo confirme. Se realizó un análisis estadístico bivariado y a partir de las variables con $p < 0,2$ se ajustó un modelo de regresión logística multivariante.

Resultados

Se incluyeron 297 sesiones de LBVE en 133 pacientes (106 hombres y 27 mujeres) con una media de 2,9 sesiones por paciente y 4,7 bandas por sesión. Otros datos demográficos y de distribución de las variables de posibles factores de riesgo se desglosan en la tabla 1.

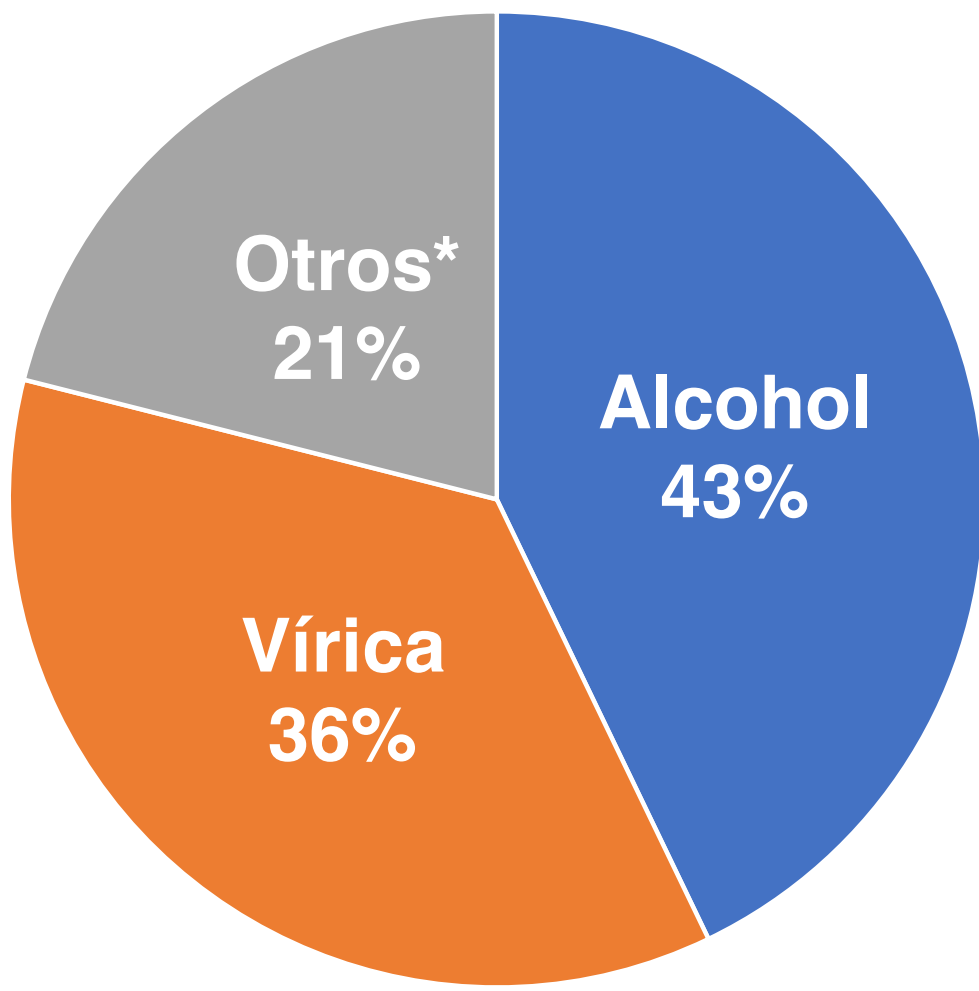
Nº de eventos:12 sangrados (**incidencia del 9,02% en 3 años**) y **una tasa del 4,04%** de las sesiones
Tiempo medio entre endoscopia y HDA:10 ± 7 días. El **90% precisó de transfusión de 2,75± 2,77 concentrados de hematíes y el 33% ingreso en UCI**. Tres pacientes precisaron tratamiento endoscópico con esclerosis y adrenalina, en 2 se realizó una nueva ligadura con bandas y 1 paciente tratamiento con endoclot y hemoclips.

La regresión logística muestra el Child como factor significativo de riesgo de HDA post banding (Tabla 2).

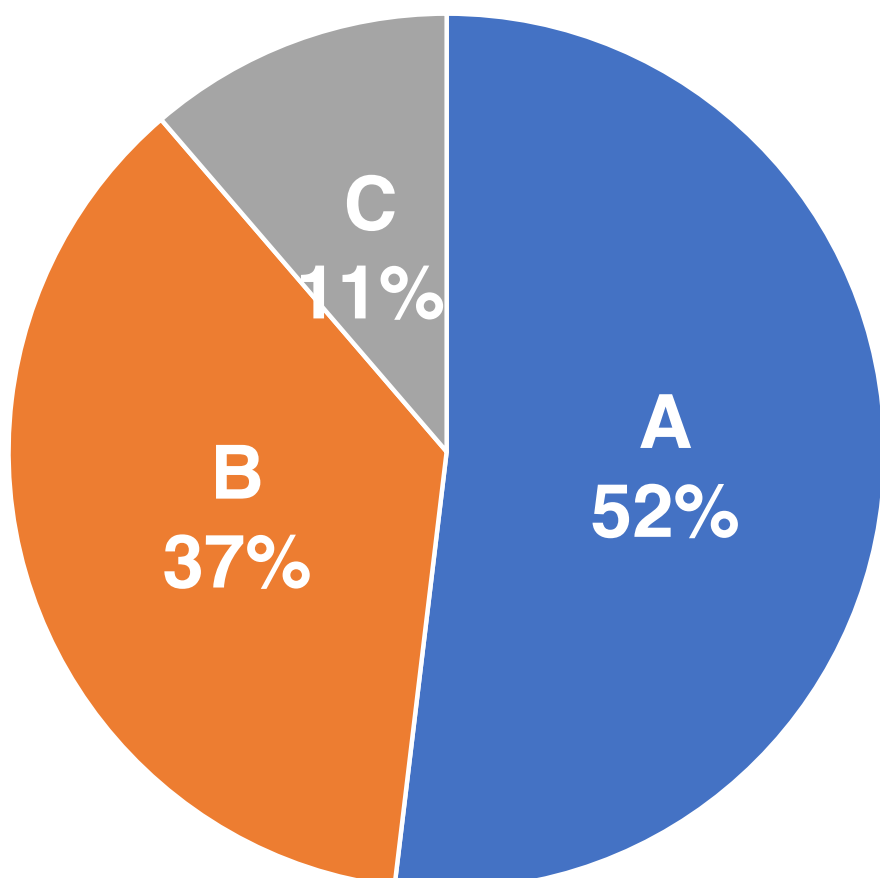
Type III Test for Fixed Effects			
Effect	F value	p	OR (IC 95%)
Puntos Child	5,61	0,01	1,6 (1,1 - 2,3)
Consumo alcohol	3,32	0,07	8,1 (0,84 - 78,2)
Sesiones banding	3,39	0,06	1,3 (0,98 - 1,74)
Log Plaquetas	0,43	0,51	0,5 (0,19 - 1,56)

Tabla 2. Modelo de regresión logística multivariante

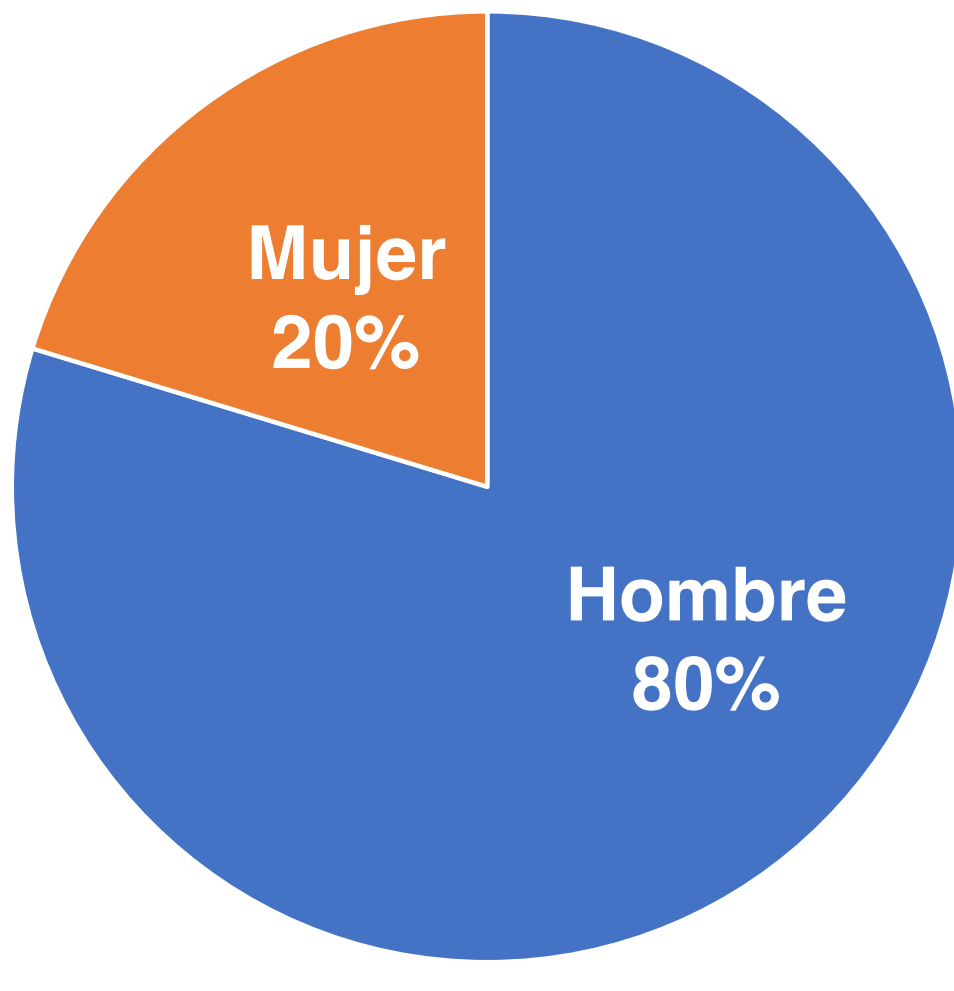
Etiología de la cirrosis



Child-Pugh Score



Sexo



*Incluye 5 pacientes con Hipertensión portal idiopática

Variable	Sangrantes	Controles	p
Creatinina (mg/dL)	0,95 ± 0,28	0,86 ± 0,31	0,33
Albúmina (g/L)	38,20 ± 5,79	37,21 ± 5,89	0,56
INR	1,25 ± 0,20	1,25 ± 0,34	0,94
Bilirubina total (mg/dL)	2,02 ± 2,44	1,43 ± 1,56	0,23
Plaquetas (x 10 ⁹ /L)	81,83 ± 41,63	105,02 ± 64,99	0,18
Hemoglobina (g/L)	107,50 ± 14,75	114,35 ± 21,94	0,28
Edad (años)	60,59 ± 10,80	61,85 ± 11,76	0,71
MELD	11,25 ± 4,41	10,26 ± 3,86	0,39
Sodio (mEq/L)	138,33 ± 3,67	138,21 ± 4,19	0,93
Numero de bandas	4,42 ± 2,15	4,72 ± 1,82	0,57
Sesión banding	3,83 ± 2,79	2,88 ± 1,82	0,09
Puntos CHILD	7 ± 1,91	6,26 ± 1,59	0,12
Sexo (Hombre)	75,10%	70,00%	0,52
Gastropatía Hipertensiva	66,70%	59,90%	0,64
Puntos Rojos	41,70%	41,10%	0,96
Consumo de alcohol	8,30%	29,10%	0,15
Tabaquismo	25%	31,20%	0,64
Trombosis portal	25%	13%	0,24
Ascitis	41,70%	34,40%	0,60
IBP	58,30%	69,50%	0,41
Betabloqueantes	50%	59,10%	0,53
Antitromboticos / Acenocumarol / Ambos	33,3% / 0% / 0%	11,9% / 4,2% / 0,7%	0,21
Etiología cirrosis			
(Alcohol / Vírica / Otros)	33,3% / 41,7% / 25%	41,4% / 36,8% / 21,8%	0,85

Tabla 1. Análisis bivariado de factores

Conclusiones

La hemorragia digestiva alta post banding presenta una baja incidencia, si bien con criterios de gravedad. Este riesgo aumenta con el grado de insuficiencia hepática. Dada la baja tasa de eventos se necesitarían estudios de mayor tamaño e idealmente prospectivos para explorar mejor esta complicación.

