



# Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



## 329/100 - HDA POR VARICES ESOFÁGICA

A. del Rey Rozas<sup>1</sup>; J. Rodríguez Duque<sup>2</sup>; M. Gómez González<sup>3</sup>; M. Tobalina Segura<sup>4</sup>; J. Bustamante Odriozola<sup>5</sup>; I. Rivera Panizo<sup>6</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Cantabria. <sup>2</sup>Médico Residente de Digestivo. Hospital Valdecilla. Cantabria. <sup>3</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Cantabria. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Interior. Cantabria. <sup>5</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Cantabria. <sup>6</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Hombre de 62 años con AP de tabaquismo, consumo moderado de alcohol y estenosis aórtica severa que acude a Urgencias por hematemesis franca. Se realiza gastroscopia y tras no localizarse el punto de sangrado y debido a la inestabilidad hemodinámica del paciente con mala respuesta a sueroterapia se decide ingreso en UCI, donde se administran fármacos vasoactivos y se consigue estabilización del paciente. Al día siguiente se repite gastroscopia y se objetivan varices esofágicas, se realizan técnicas hemostáticas e ingresa en Digestivo una vez se estabiliza. Posteriormente se realiza fibroscan y se confirma la existencia de cirrosis, de probable etiología alcohólica.

**Exploración y pruebas complementarias:** Temp 35,6 Cº, TA 90/50 mmHg, FC 97 lpm, palidez mucocutánea, mala perfusión distal. AC: rítmica sin soplos AP: MVC. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación profunda. RHA disminuidos, sin peritonismo. EEII: sin edemas. Bioquímica: creatinina 0,24 mg/dl, bilirrubina total 1,1 mg/dl, AST 126 U/l, ALT 66 U/l, GGT 19 U/l, fosfatasa alcalina 44 U/l, amilasa 91 U/l, Na 128 mEq/l, K 4,5 mEq/l, cloro 97 mEq/l, filtrado glomerular estimado (CKD-EPI) >90 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, troponina 0,47 ng/ml. Coagulación: TP (actividad de protrombina) 53 %, Ratio TTPA 0,71, INR 1,55, TTPA 22 seg. Hemograma: leucocitos 21.900/µl, hematíes 2.620/µl, hemoglobina 8,0 g/dl, hematocrito 24,2 %, VCM. 92 fL, Plaquetas 128.000/µl, VPM 8,8 fL. ECG: RS a 90 lpm, eje izqdo. Onda Q en cara inferior (ya en previos) BRI.

**Juicio clínico:** HDA por varices secundarias a cirrosis alcohólica.

**Diagnóstico diferencial:** HDA por úlcera péptica, gastritis, esofagitis, tumor digestivo (esofágico, gástrico).

**Comentario final:** El sangrado varicoso es la causa más frecuente de HDA en cirróticos, existiendo un riesgo anual del 10%. La mortalidad de un primer episodio de sangrado varicoso alcanza el 20%.

## Bibliografía

Naparstek Y, Rachmilewitz D. UGI Bleeding in a Nonalcoholic Population with Portal Hypertension. *J Clin Gastroenterol* 1980; 2:239.

Schoppe LE, Roark GD, Patterson M. Acute upper gastrointestinal bleeding in patients with portal hypertension: a correlation of endoscopic findings with etiology. *South Med J* 1983; 76(4):475-6.