

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Sección coordinada por:
V. F. Moreira y E. Garrido

Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

La endoscopia en las enfermedades hepáticas

¿EN QUÉ CONSISTE UNA ENDOSCOPIA DIGESTIVA?

La endoscopia es un procedimiento por el cual se introduce un tubo flexible, dotado de una cámara y un sistema de iluminación, en el interior del aparato digestivo. Ello permite diagnosticar (“ver”) las lesiones de la mucosa del tubo digestivo y también “biopsiarlas” (“tomar muestras”) o tratarlas introduciendo, a través del propio endoscopio, instrumentos como pinzas de biopsia, catéteres o agujas.

Existen dos grandes modalidades de endoscopia:

1. *Esofagogastroscofia, endoscopia digestiva alta o panendoscopia oral*: se utiliza para explorar el esófago, el estómago y el duodeno, es decir, la parte superior del aparato digestivo, introduciendo el endoscopio por la boca.
2. *Colonoscopia o endoscopia digestiva baja*: se utiliza para explorar el recto, el colon y los últimos centímetros del intestino delgado, introduciendo el endoscopio por el ano.

En algunos casos, la endoscopia se realiza con sedación para disminuir las molestias que causa el procedimiento. Para ello se administran fármacos sedantes por vía intravenosa, con lo que se consigue que el paciente se duerma superficialmente mientras se hace la endoscopia.

¿CUÁLES SON LOS RIESGOS DE LA ENDOSCOPIA?

Las complicaciones de la endoscopia son poco frecuentes (< 0,1%), sobre todo si la prueba se realiza con fines diagnósticos. El riesgo de complicaciones aumenta cuando la endoscopia se realiza de forma urgente, por ejemplo en relación a una hemorragia digestiva. Las posibles complicaciones incluyen la perforación, la hemorragia y los problemas respiratorios si el paciente aspira contenido gástrico a la vía respiratoria y al pulmón.

¿QUÉ UTILIDAD TIENE LA ENDOSCOPIA EN EL PACIENTE CON CIRROSIS?

Los pacientes con una enfermedad hepática crónica avanzada (cirrosis) presentan resistencia (“dificultad”) para que pase a través del hígado la sangre que trae la vena porta y que proviene del intestino. Esta dificultad se debe en gran medida a la fibrosis (“cicatrización y endurecimiento”) del hígado, y se conoce con el nombre de hipertensión portal. La sangre de la vena porta ha de buscar entonces unos caminos alternativos para alcanzar el corazón, como son las venas del esófago y del estómago, que se dilatan formando las varices. Por tanto, las *varices* esofágicas y gástricas son venas anormalmente dilatadas que aparecen a nivel del esófago o del estómago en pacientes con hipertensión portal. Si se dilatan mucho pueden romperse y ser causa de hemorragia digestiva, una de las complicaciones más graves de la cirrosis.

En los pacientes con cirrosis la endoscopia digestiva alta sirve para lo siguiente:

Diagnóstico de las varices esofágicas

Las varices esofágicas están presentes en un 30-60% de los pacientes con cirrosis y cuando son grandes tienen riesgo de romperse y de sangrar sin presentar síntomas previos (30% en dos años). Este riesgo puede disminuir si se utilizan determinados tratamientos, por lo que es importante que en todo paciente con cirrosis o con sospecha de esta enfermedad se realice una endoscopia oral para descartar la presencia de varices. Si bien este no es el único método existente para diagnosticarlas, sí que es el que se utiliza con mayor frecuencia por ser el más fiable.

Tratamiento de la hemorragia por varices

La endoscopia oral está también indicada en el paciente con cirrosis que sufre una hemorragia digestiva con el fin de establecer su causa y realizar un tratamiento de la misma. Si las varices esofágicas son la causa del sangrado, el tratamiento consiste en colocar unas bandas elásticas (“gomas”) en el cuello de la variz sangrante (procedimiento denominado ligadura endoscópica con bandas) y en administrar por vía intravenosa fármacos (terlipresina, somatostatina), que reducen la cantidad de sangre que pasa por las varices.

Prevención de la primera o de sucesivas hemorragias por varices

Tanto los pacientes en los que se detectan por primera vez varices esofágicas grandes o con puntos rojos en su superficie, como aquellos que han superado un episodio de sangrado, tienen un riesgo alto de presentar una hemorragia por rotura de las varices. Por esta razón es necesario tratar las varices, con lo que se reduce este riesgo en aproximadamente un 30-50%. Los dos tratamientos disponibles para ello son unos medicamentos denominados beta-bloqueantes (propranolol, nadolol) y la ligadura endoscópica con bandas. Los fármacos beta-bloqueantes hay que tomarlos de por vida y, además de mejorar las varices, ejercen un efecto beneficioso sobre el curso de la propia cirrosis. La ligadura endoscópica con bandas precisa de varias sesiones para eliminar las varices y, una vez eliminadas estas, requiere que el paciente se someta a una vigilancia endoscópica periódica (generalmente cada 6 meses), por si vuelven a aparecer. La decisión sobre cuál de estas dos formas de tratamiento o la combinación de ambas es la que más le conviene debe hablarla con su médico, quien le explicará las ventajas y desventajas de cada una.

Rosa M. Martín Mateos y Agustín Albillos Martínez

Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario
Ramón y Cajal. Universidad de Alcalá. IRYCIS,
CIBERehd. Madrid

