

Bibliografía

- Gorelik M, Chung SA, Ardan K, et al. 2021 American College of Rheumatology/Vasculitis Foundation guideline for the management of Kawasaki Disease. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2022;74:586–96, <http://dx.doi.org/10.1002/art.42041>.
 - McCrindle BW, Rowley AH, Newburger JW, et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki Disease: A Scientific Statement for health professionals from the American Heart Association. *Circulation*. 2017;135:e927–99, <http://dx.doi.org/10.1161/cir.0000000000000484>.
 - Matsubara T, Mason W, Kashani IA, et al. Gastrointestinal hemorrhage complicating aspirin therapy in acute Kawasaki disease. *J Pediatr*. 1996;128:701–3, [http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3476\(96\)80140-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3476(96)80140-5).
 - Zulian F, Falcini F, Zancan L, et al. Acute surgical abdomen as presenting manifestation of Kawasaki disease. *J Pediatr*. 2003;142:731–5, <http://dx.doi.org/10.1067/mpd.2003.232>.
 - Chang CH, Chen MH, Yang W. Kawasaki disease presenting with lymphadenopathy and gastrointestinal hemorrhage: Report of one case. *Acta Paediatr Taiwan*. 2004;45:171–3, <http://dx.doi.org/10.7097/APT.200406.0171>.
 - Singh R, Ward C, Walton M, et al. Atypical Kawasaki disease and gastrointestinal manifestations. *Paediatr Child Health*. 2007;12:235–7, <http://dx.doi.org/10.1093/pch/12.3.235>.
 - Asada D, Taura Y, Itoh H, et al. Acute gastrointestinal hemorrhage in Kawasaki disease occurring before aspirin therapy. *Pediatr Int*. 2019;61:1177–8, <http://dx.doi.org/10.1111/ped.13989>.
 - Hu C, Yu Y. Gastrointestinal hemorrhage before anticoagulant therapy in Kawasaki disease: A case report. *BMC Pediatrics*. 2020;20:32, <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-020-1916-6>.
- C.A. González-Heredia^{a,*}, A.Y. Martínez-Vázquez^b
y J.A. Galindo-Martínez^b
- ^a *Departamento de Pediatría, Hospital para el Niño Poblano, Puebla, México*
^b *Departamento de Gastroenterología y Endoscopia Pediátrica, Hospital para el Niño Poblano, Puebla, México*
- * Autor para correspondencia. Calle 18.^a Número 179 por 23a y 23b Colonia San Pedro Cholul, Mérida C.P. 97138. Teléfono: 9991151733.
Correo electrónico: carlosaglz@outlook.com (C.A. González-Heredia).
- <https://doi.org/10.1016/j.rgm.2025.01.008>
0375-0906/ © 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología.
Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Uso de clip hemostático para el control del sangrado por úlcera posligadura de várices esofágicas



Hemostatic clip use for the control of ulcer bleeding after esophageal variceal ligation

La hemorragia digestiva alta variceal (HDAV) es una de las complicaciones de la hipertensión portal. Está asociada con una alta morbilidad y mortalidad a las 6 semanas, alrededor del 15-20%¹. La ligadura endoscópica de várices esofágicas (ELVE) desempeña un papel importante en el tratamiento de estas^{2,3}. A pesar de su eficacia y perfil de seguridad, puede producirse una hemorragia potencialmente mortal secundaria a la ulceración posterior a la ligadura con banda^{4,5}.

Presentamos el caso de una mujer de 57 años, con diabetes mellitus, hipertensión arterial y cirrosis hepática Child B y MELD 10 puntos, diagnosticada en 2023, en donde presentó un primer episodio de HDAV.

En junio de 2024 fue admitida en nuestro hospital y fue programada para ELVE ambulatoria. En la endoscopia gastro-duodenal (EGD) se encontraron 3 várices esofágicas grandes y una mediana, realizando ELVE con 3 bandas elásticas sin complicaciones inmediatas (fig. 1) Diez días después acudió a urgencias por presentar hematemesis con un volumen de 1000 cc, melena y síncope.

Al examen físico se encontraba hemodinámicamente inestable, con escala de coma Glasgow de 14. En los exámenes de laboratorio se observó disminución de la hemoglobina respecto al control ambulatorio previo (de 10.5 a 7.6 g/dl).

Fue hospitalizada en una unidad de cuidados críticos, en donde se inició el manejo médico de la HDAV. Durante las

primeras horas de hospitalización cursó con un nuevo episodio de hematemesis, mayor inestabilidad hemodinámica y caída de hemoglobina hasta 5,9 g/dl, por lo que fue intubada y se inició soporte vasopresor.

La EGD fue realizada y en esófago se evidenció abundante contenido hemático (fig. 2A) proveniente de la úlcera posligadura con sangrado activo; además, una banda elástica previa casi desprendida (fig. 2B) que se terminó de desprender durante el procedimiento (fig. 2C). También, se identificaron 3 cordones varicosos grandes que fueron ligados distalmente. Se intentó realizar nueva ligadura a nivel de la úlcera descrita, sin éxito. Con ayuda de cup endoscópico se decidió colocar un clip hemostático con el cual se logró hemostasia completa (fig. 2D).

La paciente cursó con buena evolución clínica, y fue dada de alta a los 5 días, sin complicaciones.

La incidencia del sangrado posligadura (SPL) es del 2.3 al 7.3%³ y alcanza una tasa de mortalidad del 22.3 al 24.5%^{2,5}.

Después de la ELVE, la banda permanece adherida a la pared esofágica durante 3 a 7 días y se desarrollan trombos en los vasos estrangulados^{5,6}. Posteriormente, cae la banda y se evidencia una úlcera que generalmente cura en 2 a 3 semanas³. El desprendimiento prematuro de la banda expone el vaso dentro de la úlcera, lo que conduce al SPL⁷. El tiempo desde la ELVE hasta el evento del SPL es en promedio de 11 días².

No existe consenso sobre los predictores de sangrado después de realizar ELVE². En algunos estudios^{3,5,6} encontraron que los factores asociados a SPL fueron: carcinoma hepatocelular, mayor puntuación Child-Pugh, MELD mayor a 10, tiempo de protrombina alto y dosis de propranolol subóptima. En el estudio de Reji et al., otros factores asociados fueron: esofagitis péptica y menor nivel de hemoglobina².

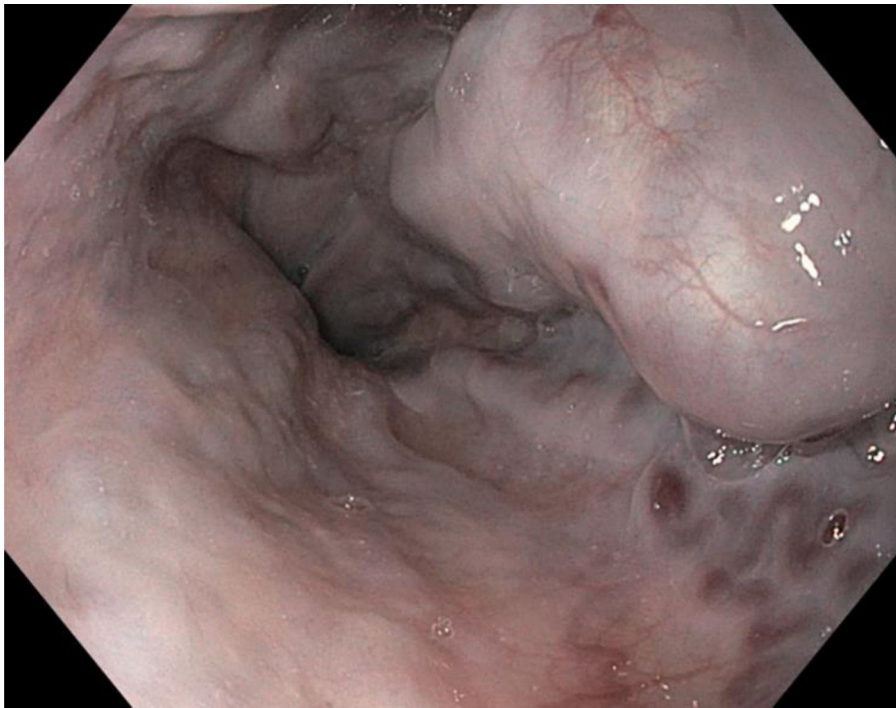


Figura 1 EGD en donde se evidencian 3 cordones varicosos grandes y uno mediano.

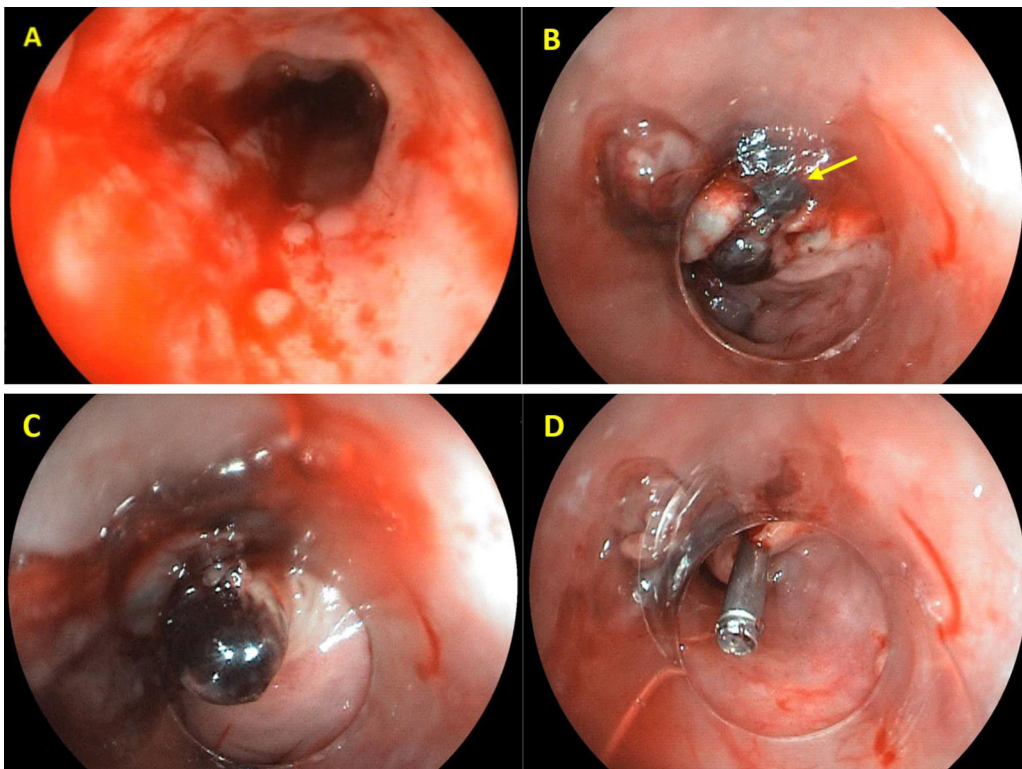


Figura 2 A) Abundante contenido hemático en esófago. B) Variz esofágica con banda elástica casi totalmente desprendida (flecha amarilla) adyacente a úlcera con coágulo (cabeza de flecha). C) Úlcera con coágulo y sangrado activo ya sin banda elástica. D) Colocación de clip hemostático logrando hemostasia.

De estos factores nuestra paciente tenía Child B-7 puntos, MELD 10 y anemia leve.

Otros factores relacionados al procedimiento endoscópico son: ELVE de urgencia, uso de mayor número de bandas, várices de alto riesgo, mayor tamaño y número de várices esofágicas^{8,9}; y várices gástricas asociadas³. De todos ellos, la ELVE de urgencia es el predictor más fuerte para SPL.

En cuanto al manejo, al tratarse de un sangrado digestivo que comparte características con la HDAV, se suelen emplear agentes vasoactivos e inhibidor de bomba de protones (IBP) intravenosos. La literatura describe que los IBP pueden disminuir la magnitud del SPL; sin embargo, en diversos reportes el uso de IBP no tuvo efecto sobre las complicaciones hemorrágicas o en la mortalidad^{2-4,10}. En un estudio se observó una tendencia hacia una mayor mortalidad en quienes recibieron IBP únicamente⁶.

A pesar de su alta mortalidad, no existe un tratamiento estándar para el SPL⁶. El tratamiento actual sigue siendo empírico y se basa en la experiencia de los centros individuales. En una revisión sistemática⁵ se consideraron como opciones de manejo: nueva ELVE, coagulación con plasma de argón, escleroterapia e inyección de cianoacrilato, inyección de epinefrina, HemoClip® y Hemospray®. Ninguna de estas técnicas ha mostrado ser superior a otra, se debe individualizar según cada caso y centro.

En el caso de nuestra paciente se intentó realizar nueva ELVE; sin embargo, a pesar de la aspiración intensa, la banda no logró ligar a ese nivel probablemente por la fibrosis circundante por las ligaduras previas. Ante el sangrado activo persistente se optó por colocar un clip hemostático, logrando hemostasia completa.

Autoría

Los autores han participado en la concepción y diseño del artículo, en la redacción y aprobación de la versión final a publicar.

Responsabilidades éticas

Los autores declaran que para este estudio no se han realizado experimentos con seres humanos. Empleamos formatos de obtención de datos del paciente de nuestro centro de trabajo, manteniendo el anonimato del paciente y previa firma de consentimiento informado. Los autores declaran que este artículo no contiene información personal que permita identificar a los pacientes. Este estudio cumple con la normativa vigente en investigación bioética y se obtuvo la autorización del comité de ética de nuestra institución.

Financiación

El presente trabajo no ha recibido financiación externa.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Garcia-Tsao G, Abraldes JG, Berzigotti A, et al. Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: Risk stratification, diagnosis, and management: 2016 practice guidance by the American Association for the study of liver diseases. *Hepatology*. 2017;65:310–35, <http://dx.doi.org/10.1002/hep.28906>.
2. Reji R, Buckley NS, Chin J, et al. Identification of high-risk individuals for bleeding from post-endoscopic variceal band ligation ulceration. *J Gastroenterol Res*. 2020;4:120–5, <http://dx.doi.org/10.36959/621/604>.
3. Dueñas E, Cachero A, Amador A, et al. Ulcer bleeding after band ligation of esophageal varices: Risk factors and prognosis. *Dig Liver Dis*. 2020;52:79–83, <http://dx.doi.org/10.1016/j.dld.2019.06.019>.
4. Drolz A, Schramm C, Seiz O, et al. Risk factors associated with bleeding after prophylactic endoscopic variceal ligation in cirrhosis. *Endoscopy*. 2020;53:226–34, <http://dx.doi.org/10.1055/a-1214-5355>.
5. De Brito Nunes M, Knecht M, Wiest R, et al. Predictors and management of post-banding ulcer bleeding in cirrhosis: A systematic review and meta-analysis. *Liver Int*. 2023;43:1644–53, <http://dx.doi.org/10.1111/liv.15621>.
6. Cho E, Jun CH, Cho SB, et al. Endoscopic variceal ligation-induced ulcer bleeding in cirrhosis: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96:e7157, <http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000007157>.
7. Nijhawan S, Rai RR, Nepalia S, et al. Natural history of postligation ulcers. *Am J Gastroenterol*. 1994;8:2281–2.
8. Hu Z, Liu S, Liu T, et al. Bleeding from band ligation-induced ulcers following the treatment of esophageal varices: A retrospective case-control study. *J Clin Gastroenterol*. 2022;56:635–40.
9. Ramirez FC, Colon VJ, Landan D, et al. The effects of the number of rubber bands placed at each endoscopic session upon variceal outcomes: A prospective, randomized study. *Am J Gastroenterol*. 2007;102:1372–6, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1572-0241.2007.01211.x>.
10. Shaheen NJ, Stuart E, Schmitz SM, et al. Pantoprazole reduces the size of postbanding ulcers after variceal band ligation: A randomized, controlled trial. *Hepatology*. 2005;41:588–94, <http://dx.doi.org/10.1002/hep.20593>.

S.A. Chávez-Sánchez*
y L.E. Flores-Egocheaga

Servicio de Gastroenterología, Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú

* Autor para correspondencia. Dirección: Jr. Marco Nicolini 128 - Dpto. 402. Lima, Perú. Teléfono: (+51) 975243000. Correo electrónico: siomara.chavez@upch.pe (S.A. Chávez-Sánchez).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2025.01.009>
0375-0906/ © 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).