

## Imagen del mes

### Disfagia en paciente sometido a ligadura y escleroterapia de várices esofágicas

Diego San Martín R.<sup>1</sup>, Alejandro Soza R.<sup>1</sup> y Alberto Espino E.<sup>1</sup>

#### Image of the month

#### Dysphagia in patient with ligation and esophageal variceal sclerotherapy

Mujer de 41 años, con antecedente de esclerosis sistémica limitada (Síndrome CREST), colangitis biliar primaria (CBP) con hipertensión portal, episodios de encefalopatía hepática grado 1 con buena respuesta a lactulosa (vida laboralmente activa) y *shunt* esplenoportal por imagen. Historia de hemorragia variceal hace 1 año, con 5 sesiones de ligadura de várices esofágicas (LVE), llegando a la erradicación. Tres meses después con nuevo cuadro de hematemesis de origen variceal, realizando LVE e inyección de cianoacrilato en el episodio agudo, luego dos sesiones de LVE hasta no evidenciar nuevas várices esofágicas. En control endoscópico a los 3 meses se demuestra vâriz única residual, no ligable, pero ante sus antecedentes

se decide inyectar con cianoacrilato. En relación a las sesiones de ligadura refería disfagia que remitía rápidamente, pero después de última intervención mantiene este síntoma, alimentándose sólo con papilla y cursando con eventos de regurgitación alimentaria 4 a 5 veces al día. Nuevo estudio endoscópico revela estenosis significativa en unión gastroesofágica (UGE), logrando franquear con cierta dificultad. Dos días después, la paciente es hospitalizada por afagia, iniciando nutrición parenteral. Radiografía de esófago-estómago con contraste hidrosoluble demuestra estenosis a nivel de UGE (Figura 1). Se decide programar endoscopia para posible dilatación esofágica, observando la siguiente imagen de la Figura 2.

<sup>1</sup>Departamento de Gastroenterología Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Recibido: 25 de septiembre de 2016  
Aceptado: 28 de septiembre de 2016

**Correspondencia a:**  
Diego Alberto San Martín Rodríguez  
Departamento de Gastroenterología,  
Pontificia Universidad Católica de Chile  
Marcoleta 367 (patio interior), Santiago,  
Chile.  
Teléfono: [+56 2] 23543820  
dlsanmartin@uc.cl

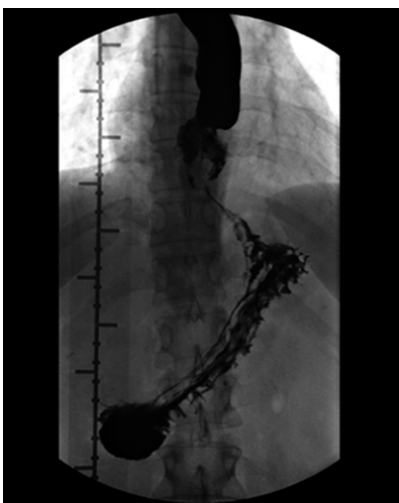


Figura 1. Estenosis a nivel de UGE.

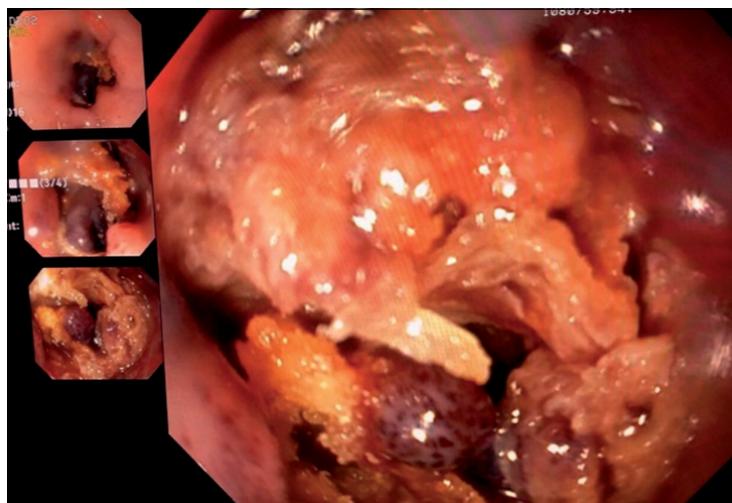


Figura 2. Imagen endoscópica.

¿Cuál sería su diagnóstico?

## Imágenes en Gastroenterología



Figura 3.

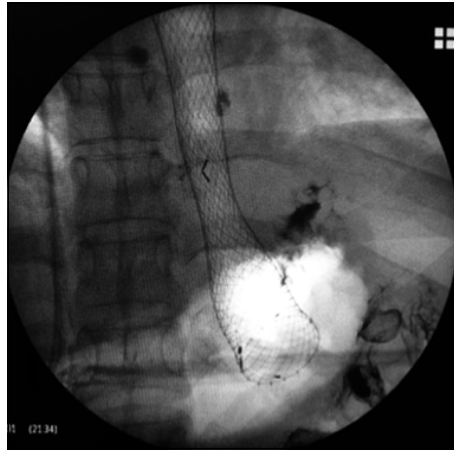


Figura 4.

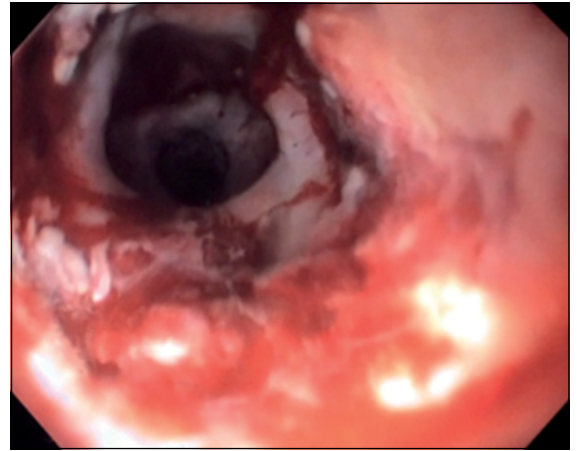


Figura 5.

Se observa extrusión de cianoacrilato con ulceración profunda y estenosis a nivel de la UGE que, sumado a la ausencia de motilidad esofágica debido a su esclerodermia, explican afagia.

En pabellón, con protección de vía aérea, se retira cianoacrilato con pinza para extracción de cuerpos extraños (Figura 3) detectando ulceración profunda que comprometía más de 50% de la circunferencia, observando la capa muscular posterior al retiro del cianoacrilato. Mediante fluoroscopia se demuestra fuga (*leak*) a mediastino utilizando medio de contraste hidrosoluble (Figura 4). Con los antecedentes de hemorragia variceal recurrente y filtración a mediastino luego de remover cianoacrilato, se instala *stent* esofágico DANIS (ELLA Cs República Checa), habitualmente usado para casos de hemorragia variceal refractaria. Las características de este dispositivo, como un diámetro mayor a otros *stents* convencionales (30 mm), cubierta completa y la posibilidad de ser removido con facilidad sirvieron para justificar su inserción.

El procedimiento resulta exitoso, con inicio de alimentación oral satisfactoria, pero evoluciona con dolor retroesternal persistente, con buen manejo analgésico. Luego de 3 semanas se decide retirar dispositivo, observando mucosa con abundante fibrina, sin ulceraciones, con lumen adecuado (Figura 5). El dolor cede en forma inmediata. Tras 24 h y nuevo examen de radiografía de esófago-estómago con medio de contraste hidrosoluble con buen tránsito, se inicia alimentación sin inconvenientes, en condiciones de alta.

### Comentario

Se reúnen dos condiciones que afectan al esófa-

go<sup>1,2</sup>: 1) las características propias del compromiso esclerodérmico con hipomotilidad de los dos tercios inferiores (disfagia) con un cardias incapaz de impedir el reflujo del contenido gástrico debido a hipotonicidad (pirosis) y 2) la presencia de várices esofágicas, con episodios de hemorragia variceal, sesiones de erradicación y recidiva posterior, producto de la hipertensión portal secundaria a cirrosis por colangitis biliar primaria<sup>3</sup>.

El cianoacrilato está actualmente validado para ser usado sólo en hemorragia por várices gástricas<sup>4,6</sup>, sin embargo, se ha descrito su uso en várices esofágicas en situaciones muy específicas, con cierta controversia<sup>7</sup>. Se conocen varias complicaciones posibles con el uso de cianoacrilato, siendo la embolización a la circulación pulmonar y la hemorragia por punción las más temidas<sup>8,9</sup>.

Recientemente se ha incorporado en las recomendaciones considerar el uso de las prótesis esofágicas autoexpandibles recubiertas de uso transitorio en hemorragia variceal refractaria con evidencia emergente escasa, pero promisorias<sup>10,11</sup>.

En este caso, la condición de esófago esclerodérmico otorga una dificultad adicional para realizar ligadura en las várices, especialmente por la calidad del tejido comprometido, lo que motiva a utilizar alternativas como el cianoacrilato para poder resolver situaciones clínicas complejas. En este contexto, la estenosis por acúmulo del polímero, aparece como complicación, y resolver un pequeño *leak* secundario de su extracción, representó un nuevo desafío que contempló la versatilidad de esta nueva prótesis para poder ofrecer un sello adecuado y restaurar el tránsito alto, considerando la naturaleza progresiva de la enfermedad de base.

## Referencias

- 1.- Rigamonti C, Shand LM, Feudjo M, Black CM, Denton CP, Burroughs AK. Clinical features and prognosis of primary biliary cirrhosis associated with systemic sclerosis. *Liver Disease. Gut* 2006; 55: 388-94.
- 2.- Roberts CGP, Hummers LK, Ravich WJ, Wigley FM, Hutchins GM. A case-control study of the pathology of oesophageal disease in systemic sclerosis (scleroderma). *Oesophagus. Gut* 2006; 55: 1697-703.
- 3.- Abraham S, Begum S, Isenberg D. Hepatic manifestations of autoimmune rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis* 2004; 63: 123-9.
- 4.- de Franchis R. Expanding consensus in portal hypertension Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension. *J Hepatol* 2015; 63: 743-52.
- 5.- Tripathi D, Stanley A, Hayes P, Patch D, Millson C, Mehrzad H, et al. UK guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients. *Gut* 2015; 64: 1680-704.
- 6.- ASGE Standards of Practice Committee. ASGE guideline. The role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 2014; 80: 221-7.
- 7.- Romano G, Agrusa A, Amato G, De Vita G, Frazzetta G, Chianetta D, et al. Endoscopic sclerotherapy for hemostasis of acute esophageal variceal bleeding. *G Chir* 2014; 35: 61-4.
- 8.- Kang EJ, Jeong SW, Jang JY, Cho JY, Lee SH, Kim HG, et al. Long-term result of endoscopic Histoacryl (N-butyl-2-cyanoacrylate) injection for treatment of gastric varices. *World J Gastroenterol* 2011; 17: 1494-500.
- 9.- Belletrutti P, Romagnuolo J, Hilsden R, Chen F, Kaplan B, Love J, et al. Endoscopic management of gastric varices: Efficacy and outcomes of gluing with N-butyl-2-cyanoacrylate in a North American patient population. *Can J Gastroenterol* 2008; 22: 931-6.
- 10.- Hogan B, O'Beirne J. Role of self-expanding metal stent in the management of variceal haemorrhage: Hype or hope? *World J Gastrointest Endosc* 2016; 8: 23-9.
- 11.- Pontone S, Giusto M, Filippini A, Cicerone C, Pironi D, Merli M. Hemostasis in uncontrolled esophageal variceal bleeding by self-expanding metal stents: a systematic review. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench* 2016; 9: 6-11.