



Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), julio-agosto 2024,
Volumen 8, Número 4.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i4

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SECUNDARIA A VARICES ESOFÁGICAS POR CIRROSIS HEPÁTICA ALCOHÓLICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

**GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE SECONDARY TO
ESOPHAGEAL VARICESES DUE TO ALCOHOLIC LIVER
CIRRHOSIS. ABOUT A CASE**

Lcda. Veronica del Rocio Centeno Barahona
Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Med. Andrea Cecilia Bustamante Ochoa
Universidad Nacional de Loja, Ecuador

Med. Ximena Patricia Carriòn Ruilova
Universidad Nacional de Loja, Ecuador

Med. Jorky Gustavo Maza Quizhpe
Investigador Independiente, Ecuador

Med. Génesis Nebraska Gutiérrez Córdoba
Investigador Independiente, Ecuador

Med. Cristian Alfonso Galarza Sánchez
Investigador Independiente, Ecuador

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i4.12621

Hemorragia Gastrointestinal Secundaria a Varices Esofágicas por Cirrosis Hepática Alcohólica. A Propósito de un Caso

Lcda. Veronica del Rocio Centeno Barahona¹veronica.centeno@unach.edu.ec<https://orcid.org/0009-0009-3878-9098>Enfermera del Hospital Pediátrico Alfonso
Villagomez
Universidad Nacional de Chimborazo
Ecuador**Med. Andrea Cecilia Bustamante Ochoa**andrea_c_bustamante@hotmail.com<https://orcid.org/0009-0005-9918-7622>Universidad Nacional de Loja
Especialista en Anatomía Patológica
Ecuador**Med. Ximena Patricia Carrión Ruilova**ximena.p.carrión@unl.edu.ec<https://orcid.org/0000-0002-6258-406X>Especialista en Ginecología y Obstetricia
Universidad Nacional de Loja
Ecuador**Med. Jorky Gustavo Maza Quizhpe**jorkygmaza@gmail.com<https://orcid.org/0009-0003-3550-7717>Médico General.
Investigador Independiente
Ecuador**Med. Génesis Nebraska Gutiérrez Córdoba**genesis.gutierrez@unl.edu.ec<https://orcid.org/0009-0008-6578-5159>Médico General
Investigador Independiente
Ecuador**Med. Cristian Alfonso Galarza Sánchez**cristiangalarzasanchez@gmail.com<https://orcid.org/0000-0002-7410-6313>Médico Internista
Investigador Independiente
Ecuador

RESUMEN

Introducción: La cirrosis hepática es una enfermedad crónica e irreversible del hígado que se caracteriza por la sustitución de la arquitectura normal del hígado por bandas de tejido fibroso que da como resultado una función hepática anormal como consecuencia de una lesión hepática crónica. El **Objetivo general:** Presentar un caso clínico de cirrosis hepática alcohólica, varices esofágicas, hemorragia gastrointestinal no especificada y gastritis intestinal crónica en paciente masculino de 58 años, que acude a consulta dolor abdominal, melenas y hematemesis. **Métodos:** Revisión retrospectiva, descriptiva y transversal de una historia clínica perteneciente a un paciente de 58 años, ingresado al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal, melenas y hematemesis, durante el periodo de junio de 2024. **Resultados:** Se realizó un eco de abdomen con el que se confirmó el diagnóstico que se sospechaba por la clínica del paciente, lo que ayudó a afianzar el caso, se **Concluyo** el uso de la biopsia hepática es una herramienta diagnóstica fundamental en pacientes con cirrosis hepática, el paciente se encuentra en bajo riesgo con una puntuación de 2/3 según la escala pre-endoscópica de Rockall y Escala de Glasgow-Blatchford 13/23 además se descartaron diagnósticos presuntivos mediante uso de la ecografía abdominal.

Palabras clave: cirrosis hepática alcohólica, várices esofágicas, hemorragia gastrointestinal, gastritis crónica antral y ecografía abdominal

¹ Autor principal

Correspondencia: veronica.centeno@unach.edu.ec

Gastrointestinal Hemorrhage Secondary to Esophageal Varices due to Alcoholic Liver Cirrhosis. About a Case

ABSTRACT

Introduction: Liver cirrhosis is a chronic, irreversible liver disease characterized by the replacement of normal liver architecture by bands of fibrous tissue resulting in abnormal liver function as a consequence of chronic liver injury. The general **objective:** To present a clinical case of alcoholic liver cirrhosis, esophageal varices, unspecified gastrointestinal bleeding and chronic intestinal gastritis in a 58-year-old male patient, who came to the clinic with abdominal pain, melena and hematemesis. **Methods:** Retrospective, descriptive and cross-sectional review of a medical history belonging to a 58-year-old patient, admitted to the emergency department due to abdominal pain, melena and hematemesis, during the period of June 2024. **Results:** An abdominal echo was performed, with which the diagnosis that was suspected due to the patient's symptoms was confirmed, which helped to consolidate the case, it was **concluded** that the use of liver biopsy is a fundamental diagnostic tool in patients with liver cirrhosis, the patient is at low risk With a score of 2/3 according to the Rockall pre-endoscopic scale and Glasgow-Blatchford Scale 13/23, presumptive diagnoses were also ruled out through the use of abdominal ultrasound.

Keywords: alcoholic liver cirrhosis, esophageal varices, gastrointestinal hemorrhage, chronic antral gastritis and abdominal ultrasound

*Artículo recibido 13 julio 2024
Aceptado para publicación: 15 agosto 2024*



INTRODUCCIÓN

La Cirrosis Hepática Alcohólica es una enfermedad crónica del hígado que resulta de un consumo excesivo y prolongado de alcohol. La cirrosis se caracteriza por la destrucción progresiva del tejido hepático, que es reemplazado por tejido fibroso, afectando la estructura y función del hígado; es decir, se presenta como la etapa final de diversas enfermedades hepáticas de distinto origen (Nascimbeni). La OMS define a la cirrosis hepática como un proceso difuso que se caracteriza por fibrosis y conversión de la estructura normal del hígado en una disposición nodular anormal ².

La cirrosis hepática es un problema de salud pública. Suele presentarse asociado con enfermedades infecciosas transmisibles como hepatitis virales, consumo de alcohol, síndrome metabólico, procesos autoinmunes, enfermedades de depósito, tóxicos y medicamentos³. La cirrosis alcohólica es el tipo más grave de un conjunto de enfermedades hepáticas y está estrechamente vinculada al consumo de alcohol. Los principios de cirrosis en este caso se producen cuando se bebe cantidades excesivas de alcohol por tiempos prolongados, contribuyendo al desarrollo de enfermedades como la enfermedad del hígado graso o hepatitis⁴.

La evolución clínica de los pacientes con cirrosis avanzada se complica a menudo con una serie de secuelas importantes, independientes de la etiología de la hepatopatía subyacente. Estas complicaciones son hipertensión portal (HP), hemorragias por várices, ascitis, peritonitis bacteriana espontánea (PBE), síndrome hepatorenal (SHR), coagulopatía, esplenomegalia y encefalopatía hepática (EP) ⁵.

Las varices esofágicas son venas dilatadas en el esófago que se desarrollan como consecuencia de la hipertensión portal, un valor superior a los 12 mmhg, una complicación frecuente en enfermedades hepáticas crónicas, especialmente en la cirrosis. Estas varices son una de las manifestaciones más serias de la hipertensión portal y pueden presentar un riesgo significativo de hemorragia, que puede ser potencialmente mortal. La Hipertensión Portal es la presión elevada en la vena porta hepática, que transporta sangre desde el tracto gastrointestinal y el bazo hacia el hígado. Esta condición puede ser causada por diversas patologías hepáticas, pero es comúnmente asociada con la cirrosis hepática. La hipertensión portal provoca un aumento en la presión de las venas del esófago, que llevan la sangre al hígado. Como resultado, estas venas se dilatan y forman varices. El pronóstico de las varices esofágicas depende de la severidad de la hipertensión portal, la presencia de cirrosis y la eficacia del tratamiento.

La identificación temprana y el manejo adecuado son cruciales para reducir el riesgo de complicaciones graves y mejorar la calidad de vida de los pacientes (Lee).

Nos planteamos los siguientes objetivos específicos, Establecer como diagnóstico definitivo cirrosis hepática alcohólica, varices esofágicas y gastritis crónica antral, usando métodos diagnósticos, Determinar las acciones terapéuticas y farmacológicas para el paciente en base a la clínica y hallazgos obtenidos en los exámenes complementarios, y precisar el pronóstico del paciente mediante la escala de Child-Pugh, Rockall pre-endoscópica, Glasgow-Blatchford y Baylor.

MÉTODOS

Revisión retrospectiva, descriptiva y transversal de una historia clínica perteneciente a un paciente de 58 años de edad, ingresado, durante el periodo de junio de 2024.

Presentación del caso

Paciente masculino de 58 años de edad, con antecedentes personales de importancia alcoholismo crónico desde los 20 años, acude a emergencias por presentar desde hace aproximadamente 3 días y teniendo como causa aparente ingesta periódica de alcohol, dolor abdominal, tipo pulsátil, en hipocondrio derecho con irradiación hacia epigastrio, de gran intensidad en escala de EVA 8/10 que no se atenúa en ninguna posición; acompañado de ictericia en escleras, escala de Kramer 1/5; hace 24 horas el cuadro se exacerba presentando hematemesis de consistencia líquida, coloración negra, por 4 ocasiones y melenas de color negro alquitrán con olor fétido y de consistencia pastosa, por 5 ocasiones, además refiere no haber ingerido ningún medicamento para atenuar los síntomas, por lo que acude a esta casa de salud.

Figura 1. Paciente de cincuenta y ocho años de edad ingresado por presentar dolor abdominal.



Antecedentes personales patológicos

- No refiere.

Antecedentes familiares

- **Madre:** No refiere
- **Padre:** No refiere

Examen físico

- T.A: 125/85 mmHg
- F.C: 100 lpm
- F.R: 22 rpm
- T° axilar: 36,2 °C
- Saturación de O₂: 98%
- Llenado capilar: <2 segundos
- Peso: 54 kg
- Talla: 1,68 m
- IMC: 19,1 kg/m²

Examen físico regional

Paciente orientado en tiempo, espacio y persona, con razonamiento lógico, comprensión y juicio normal.

Presenta un lenguaje fluido, coherente y claro, con un valor de la escala de Glasgow 15/15.

- Pilificación: sin lesiones en el cuero cabelludo.
- Cabeza: normocefálica, simétrica.
- Cara: Forma redondeada, volumen proporcional al resto del cuerpo, simetría entre estructuras de ambas hemicaras con sensibilidad completa.
- Ojos: Pupilas isocóricas, fotoreactivas, conjuntivas de coloración normal, escleras ictéricas en escala de Kramer 1/5.
- Oídos: forma y volumen normal, conductos auditivos externos permeables.
- Nariz: fosas nasales permeables, mucosa no congestiva, y sin desviación del tabique nasal.
- Cavidad oral: mucosas orales húmedas.
- Labios: simétricos.
- Faringe y amígdala sin signos de inflamación.
- Lengua: húmeda, frenillo lingual normal y movilidad normal.
- Cuello: Simétrico, móvil, no se palpan adenopatías, tiroides no palpable Grado 0. *Signo de brudzinski*: Negativo
- Tráquea: sin desviación, tiroides: no palpable.

Tórax

Inspección

- Simétrico, elasticidad y expansibilidad conservada.

Palpación

- No presenta dolor a la palpación superficial y profunda.

Percusión

- Matidez en zona cardiaca. Sonoridad pulmonar conservada.

Auscultación

- Aparato cardiovascular



Ruidos cardiacos R1 y R2 rítmicos, normofonéticos y sincrónicos con pulsos distales, no se auscultan soplos.

- Aparato respiratorio

Murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos.

Abdomen

Inspección

- Simétrico, de características normales.

Auscultación

- Ruidos hidroaéreos conservados 24 por minuto.

Percusión

- Timpanismo conservado.

Palpación

- Abdomen distendido, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio derecho y epigastrio. Maniobras: Murphy (-), McBurney (-), Psoas (-), Rovsing (-), Blumberg (-). Onda ascítica: Negativa (-)

Región Lumbar: puño percusión negativa

Extremidades

Miembros superiores:

- Tono y fuerza conservado, escala de Daniels 5/5.

Miembros inferiores:

- Tono y fuerza conservado, escala de Daniels 5/5
- Reflejo de Babinski Negativo

Evolución intrahospitalaria

02/06/2024

Día de hospitalización: paciente lúcido, orientada en tiempo, espacio, dolor abdominal de moderada intensidad, hematemesis por 3 ocasiones, melenas por 4 ocasiones y hematoquecia por 1 ocasión rojo rutilante de 125 ml aproximadamente.

Tórax: r1-r2 rítmico normofonético sin soplos pulmones murmullo alveolar conservado sin ruidos, abdomen distendido doloroso a la palpación generalizada, timpanismo a la percusión, RHA conservados. extremidades, tono y fuerza muscular conservado sin edemas. Al uso de las escalas Child Pugh 10 puntos (Clase C).

Tensión arterial (TA): 144/87mmhg, **frecuencia cardiaca (FC):** 89 lpm, **Frecuencia respiratoria (FR):** 19 rpm **SatO2:** 91% **Fio2:** 24% **Temperatura:** 36.9 grados.

05/06/2022

Día de Hospitalización: Paciente lúcido, orientado en tiempo, espacio y en persona. Dolor abdominal de leve intensidad, no realiza hematemesis, melenas por 4 ocasiones, micción en 3 ocasiones. Pupilas isocóricas fotorreactivas escleras ictéricas 1-5, Glasgow 15/15. Tórax: r1-r2 rítmico normofonético sin soplos pulmones murmullo alveolar conservado sin ruidos. abdomen distendido doloroso a la palpación generalizada, timpanismo a la percusión y matidez en flancos. RHA conservados. extremidades, tono y fuerza muscular conservado sin edemas.

Tensión arterial (TA): 125/70 mmhg, **Frecuencia cardiaca (FC):** 74 lpm, **Frecuencia respiratoria (FR):** 19 rpm, **SatO2:** 94% **Temperatura:** 36.4



Tabla 1. Biometría Hemática

PARÁMETROS		RESULTADOS				UNIDADES
		01/06/2024	02/06/2024	03/06/2024	04/06/2024	
Glóbulos rojos		16,2	17,9	15,3	17,4	10 ³ /uL
Linfocitos		0,8	0,6	0,6	1,2	10 ³ /uL
Linfocitos%		4,8	3,3	3,9	6,7	%
Monocitos		1,1	1,3	1,0	0,9	10 ³ /uL
Monocitos%		7,0	7,1	6,7	5,4	%
Neutrófilos		14,2	15,9	13,5	15,0	10 ³ /uL
Neutrófilos%		87,7	89,2	87,9	86,1	%
Eosinófilos		0,0	0,0	0,2	0,2	10 ³ /uL
Eosinófilos%		0,20	0,20	1,10	1,30	%
Basófilos		0,1	0,0	0,1	0,1	10 ³ /uL
Basófilos%		0,3	0,2	0,4	0,5	%
Glóbulos rojos		3,1	2,8	2,7	2,8	10 ⁶ /uL
Hemoglobina		9,8	9,0	8,8	9,2	g/dL
Hematocrito		28,5	25,9	26,1	27,0	%
MCV		93,4	93,2	96,1	96,8	fL
MCH		32,1	32,4	32,4	33,0	pg
MCHC		34,4	34,7	33,7	34,1	g/dL
RDW-SD		83,8	85,6	89,5	88,4	fL
RDW-CV		25,1	25,3	25,6	25,2	%
VOLUMEN PLAQUETARIO	MEDIO	11,2	10,7	10,2	11,2	fL
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (TTP)		48,8	—	—	—	seg.

GRANULOCITOS INMADUROS ABSOLUTO	VALOR	0,15	0,17	0,12	0,16	10 ³ /uL
GRANULOCITOS INMADUROS %		0,90	1,00	0,80	0,90	
TIEMPO PROTROMBINA (TP)	DE	17,9	—	—	—	seg.
INR		1,69	—	—	—	
PLAQUETAS		86,0	74,0	72,0	73,0	10 ³ /uL
NBRC%		0,20	0,20	0,20	0,10	
NBRC		0,04	0,03	0,03	0,02	10 ³ /uL

Conclusión

Se observan niveles bajos de la hemoglobina del paciente, el MCV y MCHC se encuentran elevados, y plaquetas por debajo de su rango normal (trombocitopenia), por lo cual se puede llegar a un diagnóstico de Anemia macrocítica normocrómica. En cuanto a la serie blanca, se encuentra presente una leucocitosis y neutrofilia que probablemente indica que el paciente esté atravesando un proceso infeccioso, aunque en el cultivo realizado no se observó crecimiento de bacterias.

Tabla 2. Química sanguínea

PARÁMETRO	VALORES				
	01/05/2024	02/06/2024	03/06/2024	04/06/2024	
GLUCOSA BASAL	82,50	110,00	—	—	mg/dL
UREA	23,1	22,5	19,3	19,1	mg/dL
BUN	10,79	10,51	9,02	8,93	
CREATININA	0,6	0,5	0,7	0,5	mg/dL
ALBÚMINA	2,9	—	2,5	—	g/dL
GLOBULINA	4,2	—	4,0	—	g/dL
PROTEÍNAS TOTALES	7,1	—	6,5	—	g/dL

AST (TGO)	142,0	137,0	—	—	U/l
ALT (TGP)	31,3	30,9	—	—	U/l
BILIRRUBINA TOTAL	11.000	11,200	—	—	mg/dL
BILIRRUBINA DIRECTA	8,970	8,780	—	—	mg/dL
BILIRRUBINA INDIRECTA	2,030	2,420	—	—	mg/dL
PCR CUANTITATIVO	80,4	78,5	—	—	mg/L
HIERRO SÉRICO	—	—	112.0	—	ug/dL
TRANSFERRINA	—	—	106.0	—	mg/dL

Conclusión: Al considerar los resultados de la química sanguínea del día de la hospitalización nos indica una disminución de albúmina, elevación considerable de la bilirrubina total a expensas de la directa, debido la falla hepática producto de la cirrosis del paciente.

Tabla 3. Ionograma

Tabla 3. Ionograma					
PARÁMETROS					UNIDADES
	01/06/2022	02/06/2022	03/06/2022	04/06/2022	
SODIO	136.0	133,9	—	—	mEq/L
POTASIO	2,95	3,47	—	—	mEq/L
CLORO	96,20	95,60	—	—	mEq/L

Conclusión: Se pueden evidenciar niveles por debajo del rango normal de Sodio (hiponatremia), potasio (hipocalemia), lo cual suele presentarse en pacientes con cirrosis y ascitis.

Tabla 4. Examen Coprológico

PARÁMETROS	UNIDADES
SANGRE OCULTA EN HECES	POSITIVO

El examen coprológico nos da positivo a la presencia de sangre en heces (liberación de sangre mayor a 125 ml)

RESULTADOS

Exámenes de Imagen

Se realizó un eco abdominal con el que se confirmó el diagnóstico que se sospechaba por la clínica del paciente, cirrosis hepática.

Ecografía abdominal

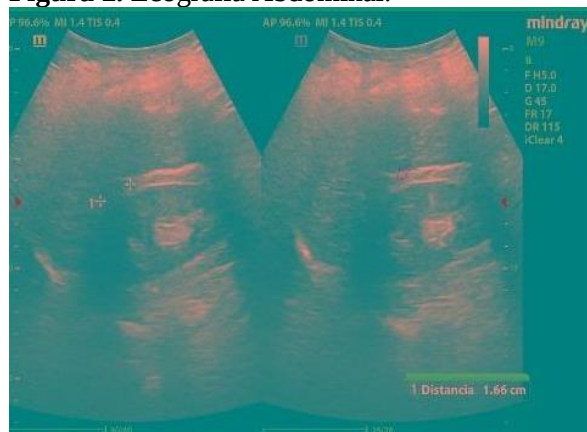
Hígado de ecogenicidad heterogénea con infiltración adiposa, difusa y moderada, alternada con zonas hipoecoicas distribuidas por todo el parénquima hepático, además de sus bordes regulares, al momento sin masas valorables por este método de estudio. Vesícula biliar de paredes delgadas al momento sin signos inflamatorios, se identifica también vesícula biliar contraído, volumen 3,5 cc, contenido anecoico, alitiásica. Riñones de forma, tamaño y posición habitual. Adecuada relación cortico-medular. No se observa ectasia ni calcificaciones patológicas.

Vías biliares intra y extrahepáticas de calibre normal. Hepatocolédoco de 3,6 mm.

Diagnóstico

Hígado de ecogenicidad heterogénea, con bordes irregulares, podría correlacionarse con un proceso cirrótico crónico, a corroborar con clínica y antecedentes del paciente, al momento no identificación de masas por este método de estudio.

Figura 2. Ecografía Abdominal.



Endoscopia Digestiva Alta más Biopsia de Ligadura de Varices Esofágicas

Duodeno: Bulbo amplio regular. Segunda porción de aspecto normal

Píloro: Central y permeable

Estómago: Distensible y contráctil. Mucosa de antro y cuerpo caracterizada por eritema leve. A la retrovisión mucosa de fondo de aspecto endoscópico normal. Cardias cerrado Lago mucoso claro en cantidad normal

Cardias: A 38 cm de la A.D

Esófago: Permeable. Línea Z a nivel del cardias. Presencia de 2 cordones varicosos sinuosos y violáceos sin signos de sangrado reciente se decide realizar ligadura variceal en número de 2.

Diagnóstico: Gastritis crónica antral, varices esofágicas grandes.

Diagnóstico final

- Cirrosis hepática alcohólica
- Hemorragia gastrointestinal, no especificada
- Varices esofágicas
- Gastritis crónica antral

Tratamiento recibido:

- Omeprazol 200 mg en 200 ml de solución salina 0,9% pasar en 24 horas.
- Octreotide 1200 mcg en 100 ml de solución salina 0,9% IV 4 ml hora terminar bomba y retirar

- Acetilcisteína 300 mg IV cada 8 horas
- Ácido ursodesoxicólico 500 mg VO cada 8 horas
- Metadoxina 500 mg VO cada 12 horas
- Furosemida 120 mg VO QD
- Espironolactona 300 mg VO QD
- Sucralfato 5 ml cada 8 horas

DISCUSIÓN

Paciente masculino de 58 años con una historia clínica detallada, nos proponemos un **síndrome abdomino-hematemético afebril** agudo por Razón se consideró los siguientes diagnósticos diferenciales:

Úlcera gástrica: se consideró esta enfermedad por el dolor abdominal, distensión abdominal, náuseas, hematemesis y melenas, pero, se la descarta debido a que se realizó una endoscopia en la que no se evidenció úlceras activas redondeadas con base blanquecina compuesta por fibrina, detritus, bordes eritematosos o sobreelevados.

Coledocolitiasis: Se sospechó de esta patología por el dolor abdominal, náuseas, ictericia sin embargo se la descarta, debido a que se realizó una ecografía abdominal en la que no se evidenció cálculos pigmentarios en los conductos biliares.

Síndrome de Budd Chiari: Se sospechó de esta enfermedad por el cuadro del paciente, principalmente por el dolor abdominal, ictericia y náuseas, se descarta este diagnóstico debido a que en la ecografía abdominal no se evidenció trombosis parcial o completa de las venas suprahepáticas y el examen físico ausencia de arañas vasculares en la inspección abdominal.

Así, en conjunto con la anamnesis y los exámenes de laboratorio se determinó como diagnósticos finales: cirrosis hepática alcohólica, hemorragia gastrointestinal no especificada, varices esofágicas y gastritis crónica antral.

Cirrosis hepática alcohólica: Es una enfermedad crónica difusa e irreversible del hígado, caracterizada por la presencia de fibrosis y por la formación de nódulos de regeneración, que conducen a una alteración de la arquitectura vascular, así como de la funcionalidad hepática, además la confirmación histológica

permitió ratificar nuestro diagnóstico. La cirrosis alcohólica se observa fundamentalmente en pacientes con un consumo excesivo y prolongado de alcohol.¹⁰

Es habitual que la cirrosis curse con un período asintomático u oligosintomático, cuya duración es variable y suele conocerse como fase compensada de la enfermedad. Los síntomas mencionados a continuación se presentan en una fase en la que puede existir hipertensión portal y varices esofágicas.¹⁰

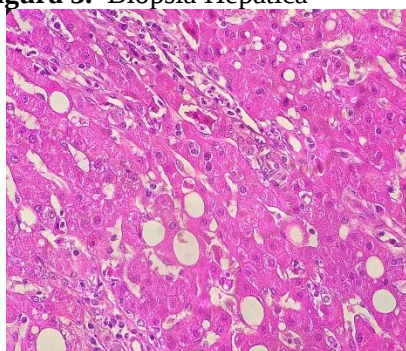
(Tabla 5)

Tabla 5. Síntomas de Cirrosis alcohólica ¹⁰

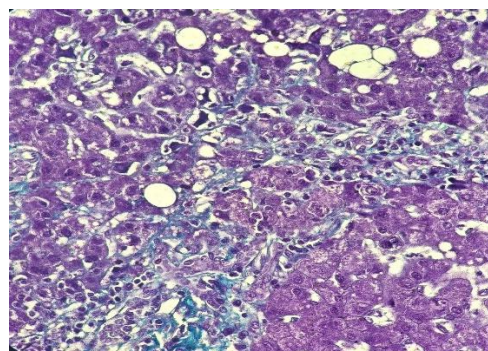
Síntomas de Cirrosis alcohólica
Astenia
Hiperpirexia
Dispepsia

Actualmente la cirrosis hepática puede diagnosticarse atendiendo a una serie de hallazgos clínicos, resultados analíticos y ecográficos. No obstante, el diagnóstico de certeza pasa por el examen histológico del hígado previa biopsia.¹⁰

Figura 3. Biopsia Hepática



Tinción HE



Tricrómico de Masson

Los cortes histológicos muestran parénquima hepático con patrón micronodular, en el cual se observa hepatocitos balonizados, con esporádicos cuerpos de Mallory Denk, cambios grasos, y reacción inflamatoria leve de predominio linfoplasmocitario, con presencia de escasos neutrófilos. En la tinción tricrómico de Masson se encuentra depósitos de fibras de colágeno perivenular y pericelular clasificada

como 4B según el sistema de puntuación de fibrosis de Laennec correspondiente con: cirrosis moderada con al menos 2 septos anchos.

Diagnóstico: los hallazgos morfológicos son compatibles con: cirrosis micronodular (de tipo alcoholico).

Tabla 6. Pruebas complementarias para diagnóstico de Cirrosis hepática ¹⁰

Pruebas complementarias	
Pruebas	Resultados
Ecografía abdominal	-
Elastometría	Mide la rigidez hepática
Pruebas hematológicas	Anemia, leucopenia, trombopenia
Pruebas bioquímicas	bilirrubina elevada, transaminasas moderadamente elevadas o incluso normales, y fosfatasa alcalina significativamente elevada
Pruebas serológicas	Autoanticuerpos no órgano-específicos (hipergammaglobulinemia policlonal)

Informar que se utilizaron varias puntuaciones para la valoración del paciente con cirrosis existe la puntuación de Child-Pugh:

Tabla 7. Puntuación de Child-Pugh

Puntuación De Child-Pugh				
Parámetros	1	2	3	
Ascitis	Ausente	Leve	Moderada	
Bilirrubina	≤ 2	2-3	> 3	
Albúmina	$> 3,5$	2,8 3,5	$< 2,8$	
Tiempo de protrombina	1-3 $< 1,8$	4-6 1,8-2,3	> 6 $> 2,3$	
Encefalopatía	No	Grado 1 - 2	Grado 3-4	

Grado	Puntos	Sobrevida al año (%)	Sobrevida a 2 años (%)
A: enfermedad bien compensada	5-6	100	85
B: compromiso funcional significativo	7 - 9	80	60
C: Enfermedad descompensada	10 - 15	45	35

Según la puntuación de **Child-pugh tipo C** el paciente presenta una calificación de 10 puntos, lo que significa que el paciente tiene un 45% de probabilidades de sobrevivir a 1 año y un 35% de sobrevivir a los 2 años, por lo que es un mal pronóstico.

Hemorragia gastrointestinal no especificada: Es una hemorragia que se origina en cualquier segmento del tubo digestivo, primaria o secundaria a una enfermedad general. La hemorragia digestiva alta se define como cualquier hemorragia del tubo digestivo que se origine proximal al ligamento de Treitz. presenta los siguientes síntomas, detallados en la tabla ¹¹. (Tabla 8).

Tabla 8. Síntomas de hemorragia digestiva alta ¹¹

Síntomas de hemorragia digestiva alta
Hematemesis
Melena
Malestar general
Palidez
Hipotensión

En el caso del paciente, presentó hematemesis, melena y malestar general. La endoscopia digestiva alta es el pilar fundamental del diagnóstico y tratamiento.¹²

Al paciente del presente caso, se le realizó una endoscopia digestiva alta con la que se diagnosticó la hemorragia digestiva alta. El tratamiento para la hemorragia digestiva consiste en reanimación inicial, transfusiones, reversión de anticoagulación, endoscopia digestiva alta, inhibidores de bomba de protones, análogos de somatostatina, ácido tranexámico.¹²

La clasificación de la hemorragia digestiva alta se realiza con la escala pre-endoscópica de Rockall ⁸. (Tabla 9)

Tabla 9. Escala de Rockall pre-endoscópica ⁸

Escala de Rockall pre-endoscópica				
Variables	Puntos			
	0	1	2	3
Edad(años)	menor a 60	60-79	mayor a 80	-

Frecuencia cardíaca (lat /minuto=	menor a 100	o igual a 100	-	-
Tensión arterial sistólica (mmHg)	mayor a 100	o menor a 100	-	-
Comorbilidad	Cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, cualquier otra comorbilidad mayor Insuficiencia renal, cáncer			

Según la escala pre-endoscópica de Rockall, el paciente se encuentra en riesgo bajo con una puntuación de 2, lo que significa que el paciente se encuentra en bajo riesgo mortalidad pre-endoscopia

Otra clasificación de la hemorragia digestiva alta es la escala de Glasgow- Blatchford.⁹ (TABLA 10)

Tabla 10. Escala de Glasgow-Blatchford ⁹

Escala de Glasgow-Blatchford	
Parámetros al ingreso	Puntos
Urea(mmol/L)	
6,5-8	2
8-10	3
10-25	4
>25	6
Hemoglobina(g/L) hombres	
12.0-13.0	1
10.0-12.0	3
<10.0	6
Hemoglobina(g/L) mujer	
10.0-12.0	1
<10.0	6

Tensión arterial sistólica(mmHg)	
100-109 mmHg	1
90-99 mmHg	2
<90 mmHg	3
Pulso mayor o igual a 100 lat/min	1
Comorbilidad/Historia clínica	
Presentación con melena	1
Presentación con síncope	2
Enfermedad hepática	2
Insuficiencia cardiaca	2

Según la escala de Glasgow- Blatchford, el paciente se encuentra en bajo riesgo de necesidad de intervención con una puntuación de 13/23. La hemorragia que presenta el paciente, como es común, se ha dado debido a la presencia de varices esofágicas.

Varices esofágicas: Son venas anormalmente dilatadas que se encuentran en la parte final del esófago, por las que circula parte de la sangre que en condiciones normales debería pasar a través del hígado. Su dilatación es consecuencia de la dificultad que el hígado enfermo ofrece al paso de la sangre. Esta patología tiene un mal pronóstico, esto se debe a que usualmente cuando se presenta un episodio de hemorragia, tienen muchas más probabilidades de volver a sufrir otro episodio, además, es importante tener en cuenta que 1 de cada 3 recaídas de hemorragias por varices esofágicas son mortales. ¹

Los síntomas que se suelen presentar en las varices esofágicas son:

Tabla 11. Síntomas de las varices esofágicas²

Síntomas de varices esofágicas
Vómitos
Hematemesis
Melenas
Pérdida del conocimiento

Las pruebas que se realizan para poder diagnosticar varices esofágicas son: Endoscopia digestiva. Al paciente del presente caso se le realiza una endoscopia digestiva en donde se logra obtener como resultado: Varices esofágicas grandes y Gastritis crónica antral.

El tratamiento que se administra para las várices esofágicas consiste en el control de la hemorragia, dentro de esto hay dos alternativas, las mismas que serán apreciadas a continuación³ (Tabla 12)

Tabla 12. Tratamiento para las varices esofágicas.

Opciones de tratamiento	Medicamentos / Opción terapeutica
Tratamiento con medicina que disminuye la presión de varices	Somatostatina Terlipresina Octreotide.
Ligadura endoscopica de varices	Se inyecta durante el procedimiento endoscópico una sustancia esclerosante en el interior de la variz para detener la hemorragia.

En el caso del paciente se optó por realizar la ligadura de varices y se dejó el medicamento octreotide. La Gastritis crónica antral, es la inflamación de la mucosa gástrica en el antro gástrico, de evolución progresiva y larga, con una etiología múltiple. Por lo general las gastritis no presentan síntomas en un inicio, sin embargo, a medida que avanza la enfermedad van apareciendo, sin embargo, a continuación, se colocan los síntomas más frecuentes⁴ (Tabla 13)

Tabla 13. Síntomas de las gastritis

Síntomas de Gastritis
Molestia presente en epigastrio
Pesadez posprandial
Náuseas
Anemia

De estos síntomas, el paciente sólo presentaba náuseas y anemia.

Al igual que las várices esofágicas, la gastritis se debe diagnosticar mediante una endoscopia digestiva alta, pese a esto, el diagnóstico fiable es el estudio histológico de la biopsia obtenida por endoscopia, que en este caso no se realizó.

El tratamiento que se debe utilizar son los inhibidores de la bomba de protones y antiácidos⁵, en el caso del paciente se decidió administrar Omeprazol enbomba una cantidad de 200mg/200 ml de solución salina 0,9% IV pasar en 24 horas.

CONCLUSIONES

Mediante la ecografía abdominal y la revisión de antecedentes se confirmó el diagnóstico de cirrosis hepática de origen alcohólico. Además, mediante la endoscopia se identificaron varices esofágicas y gastritis antral crónica. Estos hallazgos subrayan la importancia de una evaluación integral para comprender tanto las manifestaciones hepáticas como las complicaciones asociadas en pacientes con cirrosis hepática.

Se estableció una calificación de 10 puntos en escala Child-pugh tipo C, lo que significa que el paciente tiene un 45% de probabilidades de sobrevivir a 1 año y un 35% de sobrevivir a los 2 años.

La biopsia hepática es una herramienta diagnóstica fundamental en pacientes con cirrosis hepática.

Permite obtener muestras del tejido hepático para evaluar el grado de fibrosis, determinar la etiología de la enfermedad hepática crónica, y guiar decisiones terapéuticas.

El tratamiento del paciente incluyó la administración de diuréticos para manejar la cirrosis hepática, inhibidores de la bomba de protones para tratar la gastritis, y octreotide para controlar las varices esofágicas. Estas intervenciones terapéuticas abordan de manera integral tanto las complicaciones hepáticas como las gastrointestinales asociadas con la cirrosis hepática alcohólica, buscando mejorar la calidad de vida del paciente y prevenir complicaciones graves a largo plazo.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos: Al personal médico del laboratorio Histopat de Loja por permitirnos la revisión del caso clínico detallado y al Dr. Cristian Galarza, médico internista, por la revisión del escrito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonso Aguirre, Pedro. (2014). Hemorragia digestiva alta no varicosa. Revista Española de Enfermedades Digestivas, 106(1), 63. <https://dx.doi.org/10.4321/S1130-01082014000100012>
2. Anthony PP, Ishak KG, Nayak NC, et al. The morphology of cirrhosis: definition, nomenclature, and classification. Bull World Health Organ 1977; 55: 521-40.
3. Bañares, R. (s. f.). Varices esofágicas. Scielo. Recuperado 20 de junio de 2022, de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082004001200009
4. Bolaños, P. (2009). Epidemiología, pruebas hepáticas, complicaciones y tiempo de sobrevida en cirrosis hepática hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca– Ecuador, Julio 2008-Junio 2009. Universidad de Cuenca. Recuperado de <http://cdjbv.ucuenca.edu.ec/ebooks/doi287.pdf>
5. BUPA. (2019). Cirrosis alcohólica: síntomas y tratamiento – Bupa. bupasalud. <https://www.bupasalud.com.ec/salud/cirrosis-inducida-por-alcohol>.
6. Chuecas J., Torres T., Cabezas G., Lara B., (2019). Hemorragia digestiva alta. Revista de Ciencias Médicas ARS MEDICA, 44(3), 24,34.
7. Comar KM, Sanyal AJ. Portal hypertensive bleeding. Gastroenterol, Clin North Am, 2003;32:1079–105.
8. Gastritis crónica, (s.f) Clínica Universidad de Navarra. Recuperado 20 de junio de 2022, de <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/gastritis-cronica>
9. "Gastroenterology and Hepatology: A Comprehensive Review" Autores: H. K. L. Lee, M. B. D. Ross. Editorial: Springer. Año: 2022. Descripción: Este libro ofrece una revisión completa



de la gastroenterología y hepatología, con secciones dedicadas a la hipertensión portal y las varices esofágicas.

10. Gastritis crónica. (2022, 7 abril). Ada. Recuperado 20 de junio de 2022, de <https://ada.com/es/conditions/chronic-gastritis/>
11. Gómez Ayala A. (2012). Cirrosis Hepática Actualización. *Farmacia profesional*, 26(4), 45,51. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-cirrosis-hepatica-actualizacion-X0213932412502272>.
12. Infante Velázquez, M., Guisado Reyes, Y., Rodríguez Álvarez, D., Ramos Contreras, J., Angulo Pérez, O., & Domínguez Olabarriá, R. (2014). Utilidad de la escala clínica de Rockall en la hemorragia digestiva alta no varicosa. *Revista Cubana de Cirugía*, 53(3). Recuperado de <http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/137/65>.
13. "Liver Disease: A Practical Guide to Diagnosis and Management" Autores: Nascimbeni, F., et al. *Editorial: Wiley Año: 2019 Descripción: Proporciona una visión integral de las enfermedades hepáticas, con capítulos dedicados a la cirrosis hepática alcohólica y sus complicaciones.*
14. Prieto, C. (2020). *Gastritis crónica*. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/gastritis-cronica>
15. Recio-Ramírez, José Manuel, Sánchez-Sánchez, María del Pilar, Peña-Ojeda, José Antonio, Fernández-Romero, Enrique, Aguilera-Peña, Manuel, del-Campo-Molina, Emilio, & Zambrana-García, José Luis. (2015). Capacidad predictiva de la escala de Glasgow-Blatchford para la estratificación del riesgo de la hemorragia digestiva alta en un servicio de urgencias. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 107(5), 262-267. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082015000500003&lng=es&tlng=es
16. Rodríguez, A., Said, H., & Trinidad, J. (2017). Etiología y complicaciones de la cirrosis hepática en el Hospital Juárez de México. *Rev Hosp Jua Mex*, 75(4), 257–263. <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2008/ju084d.pdf>



17. Societat Catalana de Digestologia. (2019). CIRROSIS HEPÁTICA. 1–3.
http://www.scdigestologia.org/docs/patologies/es/cirrossis_hepatica_es.pdf
18. Varices esofágicas: qué es, síntomas y tratamiento. (s. f.). Top Doctors. Recuperado 20 de junio de 2022, de <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/varices-esofagicas>