

Hipertensión Portal

La hipertensión portal es la complicación más frecuente de la cirrosis y es responsable de las complicaciones más severas y de elevada mortalidad en esta patología como son: varices gastroesofágicas con hemorragia digestiva severa, ascitis, síndrome hepatorenal, encefalopatía hepática e infecciones. La hemorragia digestiva variceal es la causa principal de hemorragia y ocurre en 25 a 30% de pacientes con cirrosis y varices esofagogastricas de gran tamaño. La mortalidad a corto plazo se incrementa en pacientes con Child-Pugh elevado, requerimientos elevados de transfusiones sanguíneas o presencia de carcinoma hepatocelular. Según la reunión de Baveno IV los factores pronósticos en pacientes con Cirrosis Hepática son los siguientes:

- Varices, Ascitis o hemorragia digestiva en pacientes con Cirrosis identifican 4 estadios que tienen implicaciones en cuanto a pronóstico: Estadio 1: pacientes sin varices ni ascitis. Estadio 2: pacientes con varices, sin ascitis. Estadio 3: ascitis con o sin varices. Estadio 4: hemorragia con o sin ascitis.

Indicadores de varices esofágicas y factores predictivos para su desarrollo:

- Actualmente no existen indicadores no endoscópicos de la presencia de varices esofágicas.
- La endoscopia digestiva superior es el método más eficaz para detectar la presencia de varices esofágicas.
- El gradiente de presión de la vena hepática es el mejor indicador de la presencia de varices esofágicas.

Comentario: se acepta que las complicaciones clínicas de la cirrosis son consecuencia directa del gradiente de presión elevado de la vena hepática y se correlaciona con el grado y la severidad de la enfermedad del hígado. La mejoría de la función hepática expresada con el Child-Pugh se asocia con la disminución del gradiente de presión. La presión portal normal varía entre 1 y 5 mmHg. Una presión portal por encima de 10 mmHg predice la presencia de varices esofágicas, existen estudios que demuestran que una disminución del 10% de los valores de presión portal en 1 año disminuye el riesgo de desarrollar varices esofágicas y el aumento produce lo contrario. En el caso de sangramiento variceal agudo niveles de presión portal igual o por encima de 16 mmHg se asocia con riesgo elevado de sangramiento agudo o resangramiento. Para determinar la evolución clínica de la enfermedad la disminución de la escala de Child-Pugh se asocia con la disminución de 15% de la presión portal. También la reducción significativa de la presión portal se asocia a mayor sobrevida de los pacientes. También nos permite determinar la eficacia de la terapia farmacológica en el tratamiento del síndrome de hipertensión portal, algunos estudios hablan de que niveles de 8 a 10 mmHg se asocian a Ascitis y de 10 a 12 mmHg a varices esofágicas. En consecuencia la reducción de la presión portal por debajo de 12 mmHg es el objetivo de la terapia farmacológica.

Factores predictivos en pacientes compensados:

- El desarrollo de ascitis y hemorragia digestiva son los factores más importantes a tomar en cuenta.

- El gradiente de presión de la vena porta es el único factor predictivo para el desarrollo de ascitis; otros factores deben ser estudiados.
- El NIEC es el factor predictivo más confiable para determinar la posibilidad de ruptura variceal; la contribución del gradiente de presión de la vena porta debe ser investigados.

Factores predictivos en pacientes descompensados:

- El score de Child-Pugh y el Meld predicen mortalidad global.
- El papel de el gradiente de presión de la vena hepática y otros predictores (Sodio, peritonitis bacteriana espontánea, síndrome hepatorenal) debe ser evaluado.

Continuara...