

## TAPONAMIENTO DE VARICES ESOFÁGICAS SANGRANTES

### Introducción

Las varices esofágicas sangrantes constituyen uno de los cuadros más aparatosos que se presentan en los servicios de urgencias y que requieren una atención inmediata que, en ocasiones, no permiten esperar la llegada del especialista.

El tratamiento de elección es la esclerosis o la ligadura con bandas elásticas de las varices sangrantes realizados durante la endoscopia, asociado o no al tratamiento con fármacos vasoactivos, como la somatostatina, vasopresina, glipresina u octreótido.

El taponamiento con balón ha sido y, aún hoy en día sigue siendo, una posibilidad no quirúrgica al alcance de la mano para detener la hemorragia por varices esofágicas. Proporciona control temporal (70%-90%) hasta que se establece una terapia más definitiva. Sin embargo, se trata de un procedimiento no exento de complicaciones graves (15%-30%), cuya colocación debe conocerse y aplicarse por personal experimentado.

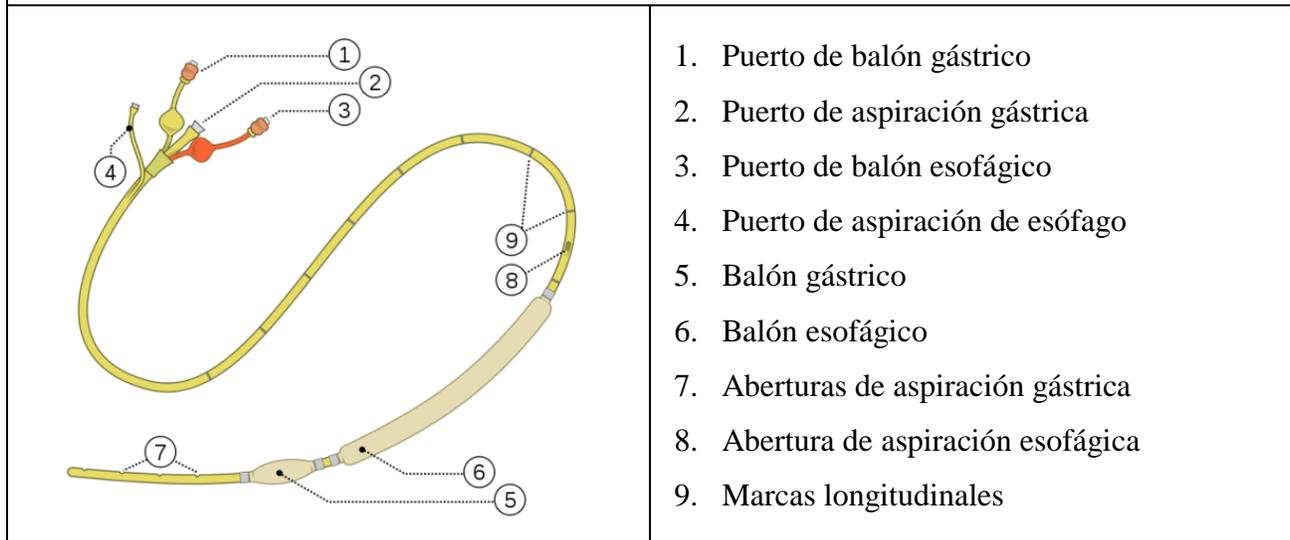
El primer taponamiento por varices sangrantes fue publicado por Whestphal en 1930, quien aplicó presión local mediante una sonda esofágica.

En 1949 Patton y Johnson y en 1950 Sengstaken-Blakemore publican la realización de una sonda con balones gástrico y esofágico. Otras sondas similares han sido construidas. Las sondas de Linton Nachlas, que tienen solamente el balón gástrico y una vía para aspirar el esófago, han sido descritas por sus autores como igualmente eficaces en el tratamiento de las Hemorragias digestivas altas (HDA) por varices esofágicas sangrantes.

Probablemente el balón de Sengstaken-Blakemore ha sido el más difundido.

Consta de tres vías: una para inflar cada balón (esofágico y gástrico) y otra para aspirare el estómago, lavar o alimentar. El balón esofágico tiene unos 20,5 cm de largo y se distiende a la máxima circunferencia del esófago. El balón gástrico se distiende excéntricamente, permitiendo así que se adapte a la forma del fundus gástrico (Fig. 1).

FIGURA 1. Descripción de la sonda Sengstaken-Blakemore



### Indicaciones

- Hemorragia digestiva alta no controlada con tratamiento médico en la que se sospechan varices esofágicas y no se dispone de endoscopio para su confirmación y tratamiento.
- HDA por varices esofágicas o fúndicas en la que ha fracasado la escleroterapia.

### Contraindicaciones

La falta de colaboración del paciente es una contraindicación relativa.

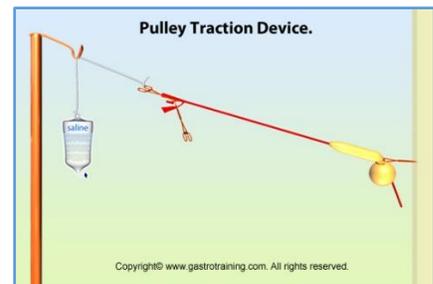
### Material

1. Sonda de Sengstaken-.Blakemore (Fig. 1).
2. Esfingomanómetro.
3. Aspirador.
4. Jeringa de 50 ml.
5. Aerosol tópico.
6. Lubricante soluble en agua.
7. Esparadrapo.
8. Tijeras.



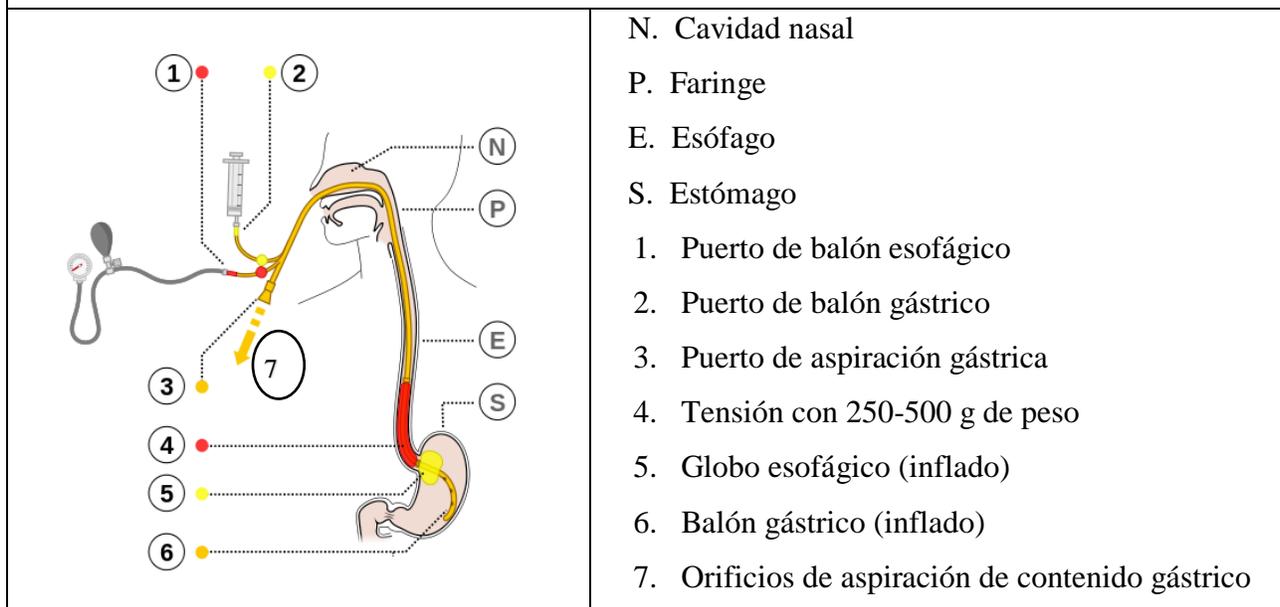
## Técnica

- Antes de su colocación
  - ☺ Realizar vaciado del contenido gástrico por medio de una sonda nasogástrica.
  - ☺ Comprobar el estado de los balones antes de introducir la sonda inyectando abundante aire con la jeringa para ver si hay pérdidas. Luego se extrae el aire y se clampa la vía de insuflación para que no entre aire.
- Posición: Decúbito supino, cabecera elevada 45°.
- Introducir la sonda de S-B en el esófago a través de la nariz Tras lubricar la punta, se introduce la sonda con los balones desinflados hacia el esófago, siguiendo los mismos pasos que para la colocación de una SNG.
- Confirmar la posición del balón gástrico en el estómago: Introducir la sonda hasta la marca de aproximadamente 50 cm. Inyectar aire a través del tubo gástrico, colocando el fonendoscopio en estómago para comprobar el ruido de borboteo. También puede comprobarse aspirando contenido gástrico.
- Inflar el balón gástrico (Fig. 2) Inyectar 200-250 cc de aire, clampar y retirar suavemente la sonda hasta encontrar resistencia para que el balón quede anclado en la unión gastroesofágica. Fijarlo colocando un trozo de esponja/espuma alrededor de la sonda en el punto en que ésta sale de la fosa nasal. Aplicar una tracción suave (aproximadamente unos 200-300 gramos) para fijar la sonda en dicha posición.
- Comenzar la aspiración gástrica Se deben realizar lavados gástricos con suero salino frío hasta que el contenido salga limpio, conectando la luz gástrica a un sistema de aspiración suave.
- Inflar el balón esofágico (Fig. 2)
  - ✓ Si no se interrumpe el sangrado, hay que inflar el balón esofágico haciéndose lentamente hasta una presión aproximada de 40 mm de Hg.
  - ✓ La oscilación de la aguja del manómetro con la respiración deberá ser de 5-10 mm de Hg.
  - ✓ Clampar el balón esofágico para evitar fuga aérea. Es importante aspirar las secreciones que quedan por encima del balón esofágico.
  - ✓ Se debe comprobar la presión del balón esofágico con una frecuencia horaria.



- ✓ A las 24 horas se debe deshinchar el balón esofágico. Si no se evidencia sangrado se deja hinchado el balón gástrico 24 horas más; después se deshincha y se deja la sonda colocada con los balones desinflados otras 24 horas, por si fuese necesario su recolocación.
- ✓ En cualquier caso, no es recomendable mantener la sonda más de 72 horas. En caso de varices gástricas se empleará la sonda balón Linton-Nachlas, que se colocará de forma similar al anterior, llenando su único balón con unos 600 ml de aire, aplicándole tracción de 1 kilo.

Fig. 2 Colocación correcta de la sonda de S-B, e Inflado de balón gástrico.



### Complicaciones

- ⊗ Broncoaspiración, por vómitos durante la inserción de la sonda, reflujo de sangre o secreciones por encima del balón esofágico. Por eso es importante iniciar la aspiración gástrica una vez colocada la sonda de S-B, aspirar el fondo de saco esofágico y, si se requiere intubación endotraqueal, efectuarla antes de colocar la sonda.
- ⊗ Asfixia, por desplazamiento del balón esofágico inflado a la hipofaringe, con obstrucción de la misma. El tratamiento de emergencia consiste en cortar el tubo de Sengstaken-Blakemore con unas tijeras para que se desinflen los dos balones y, después, sacar la sonda.
- ⊗ Rotura esofágica, por excesiva presión del balón esofágico o hinchado del balón gástrico en posición inadecuada.
- ⊗ Erosión de la unión gastroesofágica o del esófago, por presión prolongada o excesiva sobre la unión o sobre la pared esofágica. Se debe retirar el tubo antes de las 48 horas.

- ⊖ Necrosis del ala nasal o lesión de la piel, por lo que hay que prestar especial atención al sistema de anclaje o fijación

**Bibliografía:**

- A. Quesada/J.M. Rabanal “Procedimientos Técnicos En Urgencias Medicina Crítica Y Pacientes De Riesgo” Editorial Oceano/Ergon, Pág. 526