



Revista Colombiana de Gastroenterología
ISSN: 0120-9957
ISSN: 2500-7440
Asociación Colombiana de Gastroenterología

Várices esofágicas superiores (*Downhill varices*). Presentación de casos y revisión de la literatura

Ángel Arango, Luis Alberto; Donado Moré, Andrés Felipe

Várices esofágicas superiores (*Downhill varices*). Presentación de casos y revisión de la literatura

Revista Colombiana de Gastroenterología, vol. 35, núm. 1, 2020

Asociación Colombiana de Gastroenterología

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337763173006>

DOI: 10.22516/25007440.381

Várices esofágicas superiores (*Downhill varices*). Presentación de casos y revisión de la literatura

Upper esophageal varices (Downhill varices): Case presentation and literature review

Luis Alberto Ángel Arango

Universidad Nacional de Colombia, Colombia

Andrés Felipe Donado Moré * andresdonado@live.com

Universidad Nacional de Colombia, Colombia

Revista Colombiana de
Gastroenterología, vol. 35, núm. 1, 2020

Asociación Colombiana de
Gastroenterología

Recepción: 11 Marzo 2019
Aprobación: 29 Julio 2019

DOI: 10.22516/25007440.381

CC BY-NC-ND

Resumen: Se describen 21 casos con hallazgo incidental de várices esofágicas superiores (*Downhill varices*) en endoscopia de las vías digestivas altas. Además, se detallan algunos datos relevantes de la historia clínica y de los hallazgos endoscópicos. La relación hombres/mujeres fue 1:1 y la edad promedio fue de 67,9 años. La comorbilidad más frecuente fue la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), seguida de las neumoconiosis, la obesidad y el síndrome de apnea-hipopnea, todas con hipertensión pulmonar (HTP) asociada. Las tres últimas causas no han sido descritas previamente en la literatura sobre várices esofágicas superiores. Ningún paciente tenía antecedente de hemorragia variceal.

Palabras clave: Várices esofágicas superiores, *Downhill varices*, descripción de casos, revisión, hipertensión pulmonar (HTP).

Abstract: We describe 21 cases with incidental endoscopic findings of upper esophageal varices (downhill varices) and relevant data from patients' clinical histories and endoscopic findings. The male/female ratio was 1:1 and patients' average age was 67.9 years. The most frequent comorbidity was chronic obstructive pulmonary disease, followed by pneumoconiosis, obesity and apnea-hypopnea syndrome. All comorbidities had associated pulmonary hypertension. The last three causes have not been previously described in the literature on upper esophageal varices. None of the patients had histories of variceal hemorrhaging.

Keywords: Upper esophageal varices, downhill varices, case description, review, pulmonary hypertension.

Introducción

Las várices esofágicas superiores son un hallazgo endoscópico infrecuente que se puede encontrar de forma incidental o como parte del estudio de una hemorragia de las vías digestivas altas. A diferencia de las várices esofágicas inferiores, estas son secundarias a trastornos en el retorno venoso desde los tercios superior y medio del esófago hacia la vena cava superior (VCS), lo que determina su nombre de *Downhill* en la literatura en inglés.

La causa más frecuente en las descripciones iniciales fueron las obstrucciones por tumores mediastinales o la fibrosis del mediastino¹, que

luego fueron superadas por los fenómenos trombóticos de la VCS y sus afluentes, dado el creciente uso de dispositivos intravasculares².

Este estudio corresponde a una serie de casos en los que se detectaron várices esofágicas superiores, a través de una endoscopia de las vías digestivas altas, de variadas etiologías y diferentes a las clásicas antes mencionadas. Se describen sus características clínicas y la morbilidad asociada, así como también se realiza una revisión bibliográfica y se comparan los casos con los descritos en la literatura.

Sujetos y métodos

Se describe una serie de casos de 21 pacientes que acudieron a unidades de endoscopia de vías digestivas superiores, ubicadas en Bogotá (Colombia). Como método de diagnóstico se empleó la videoendoscopia de vías digestivas superiores. En este trabajo, se detallan las características demográficas, el diagnóstico y las características clínicas -cuando estas estuvieron disponibles- y los hallazgos endoscópicos documentados con videos y fotografías.

Los resultados fueron tabulados a partir de medidas paramétricas y no paramétricas. Además, se realizó una revisión bibliográfica, a través de una búsqueda efectuada en PubMed, para lo cual se usó el término *Downhill varices* (detalles de la estrategia: Downhill [All Fields] AND “varicose veins” [MeSH Terms] OR “varicose” [All Fields] AND “veins” [All Fields]) OR “varicose veins” [All Fields] OR “varices” [All Fields]) y a partir de la bibliografía de los artículos originales sobre el tema.

Descripción de los casos

En primer lugar, se describirán los casos relevantes, con datos clínicos y documentos fotográficos. Luego se presentarán los hallazgos generales de todos los casos en su orden de descripción cronológica (Tablas 1 y 2).

Tabla 1
Descripción de casos de pacientes con várices esofágicas proximales

Caso	Paciente*	Edad	Sexo**	Diagnóstico clínico *	Várices			Enfermedades de base**
					Proximales	Distales	Fúndicas	
1	AS	57	F		Sí	No	No	
2	AJOC	48	F	RGE - Masa epigástrica	Sí	No	No	Cirugía bariátrica, suspensión CPAP, hidronefrosis por litiasis derecha, RGE por gammagrafía.
2	AJOC	42	F	RGE – HH	Sí	No	No	Masa en epigastrio, obesidad mórbida, apnea del sueño, CPAP, SAOS moderado IAH 19,7/h, válvula de Hakim 20 años antes por pseudotumor cerebral, asma con hiperreactividad bronquial moderada por prueba de metacolina, atelectasias pulmonares crónicas hasta 2011 y en 2013 ya resueltas.
3	AMDA	73	F	RGE	Sí	No	No	EPOC por humo de leña, RGE, uso de inhaladores permanentes y tos crónica, oxígeno en casa, obesidad.
4	AMFC	59	F	Gastritis	Sí	No	No	Obesidad moderada, apnea del sueño, HTA, ¿HTP?
5	DVM	69	M		Sí	No	No	
6	EVDG	85	F		Sí	Sí	No	EPOC tipo BC por humo de leña por 50 años, oxígeno dependiente, cianosis.
7	IFZ	72	M	RGE	Sí	No	No	EPOC, 26 pq/año, oxígeno dependiente, SAOS, obesidad grado 2.
8	JTP	82	M	RGE	Sí	No	No	Exposición a solventes orgánicos por 30 años, TACAR de tórax: aumento de cavidades derechas, enfisema centrolobulillar superior bilateral, fibrosis pulmonar panal de abejas, nódulo 20 mm lóbulo superior derecho, > no neoplásico, ECO-CG con aumento de cavidades derechas, Doppler portal normal.
9	JAGB	84	M	Gastritis crónica	Sí	No	No	12 pq/año, humo de leña-agricultor, cianosis.
10	JIP	73	M	EPOC	Sí	No	No	EPOC-BC hace 20 años, 40 pq/año, oxígeno 12 h, inhaladores, cianosis.

* Iniciales de nombres y apellidos de los pacientes. ** Sexo: F: femenino; M: masculino.

+ Diagnóstico clínico. RGE: reflujo gastroesofágico; HH: hernia hiatal; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

++ Enfermedad de base: CPAP: presión positiva controlada de la vía aérea (Continuous Positive Airway Pressure); SAOS: síndrome de apnea obstructiva del sueño; IAH: índice apnea/hipopnea; HTP: hipertensión pulmonar; BC: bronquitis crónica; TAC-AR: tomografía axial computarizada de alta resolución; ECO-CG: ecocardiograma; pq/año: número de paquetes por año; EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa; DM: diabetes mellitus; DLCO: difusión pulmonar al monóxido de carbono (Diffusing Capacity of the Lungs for Carbon Monoxide); CFV: curva flujo volumen

Tabla 1 (Cont.)
Descripción de casos de pacientes con várices esofágicas proximales

Caso	Paciente*	Edad	Sexo**	Diagnóstico clínico +	Várices			Enfermedades de base**
					Proximales	Distales	Fúndicas	
11	JLED	83	M	EPOC	Sí	No	Sí	EPID, 25 pq/año, HTP severa, fibrosis, bronquiectasias, panel de abejas, engrosamiento pleural, DLCO severamente disminuida, CFV restricción moderada, oxígeno dependiente por hipoxemia severa.
12	JMRO	53	M	RGE	Sí	No	No	Apnea del sueño, obesidad, HTA.
13	LFQR	69	M		Sí	No	No	EPOC severa con HTP severa por ECO-CG, SAOS severo IAH 39h saturación 75 %, obesidad, poliglobulia, bicitopenia con Doppler normal portal, gammagrafía sugestiva de disfunción hepática.
14	LGCC	65	F	Gastritis crónica	Sí	No	No	HTP primaria, anticoagulación con warfarina, oxígeno dependiente.
15	LSGR	81	F	Angiodisplasia esofágica, presbiefago	Sí	No	Sí	Obesidad, HTP, EPOC por humo de leña (15 años), oxígeno casa 24 h, DM-2.
16	MBGG	78	F	Dolor abdominal	Sí	No	No	Silicosis, exposición a polvo 30 años, dependiente de oxígeno, cianosis.
17	MH	65	M		Sí	No	Sí	EPOC, 30 pq/año, oxígeno dependiente.
18	NHA	54	F	RGE	Sí	No	No	
19	PM	73	M	RGE	Sí	Sí	No	EPID con fibrosis por silicosis, paquipleuritis sin asbestosis, várices distales sin estigmas de sangrado.
20	SPVR	35	F	RGE	Sí	Sí	No	Secuelas de linfoma mediastino 14 años, biopsia mediastino.
21	JOMR	75	M	EPOC Herpes zóster	Sí	No	No	Disfonía, laringitis crónica y presbilinge en laringoscopia. Desprendimiento de retina, fumador 90 pq/año, oxígeno 24 h.

* Iniciales de nombres y apellidos de los pacientes. ** Sexo: F: femenino; M: masculino.

+ Diagnóstico clínico. RGE: reflujo gastroesofágico; HH: hernia hiatal; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

++ Enfermedad de base: CPAP: presión positiva controlada de la vía aérea (Continuous Positive Airway Pressure);

SAOS: síndrome de apnea obstructiva del sueño; IAH: índice apnea/hipopnea; HTP: hipertensión pulmonar; BC: bronquitis crónica; TAC-AR: tomografía axial computarizada de alta resolución; ECO-CG: ecocardiograma; pq/año: número de paquetes por año; EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa; DM: diabetes mellitus; DLCO: difusión pulmonar al monóxido de carbono (Diffusing Capacity of the Lungs for Carbon Monoxide); CFV: curva flujo volumen

Tabla 2
Resumen de los hallazgos en pacientes con várices esofágicas proximales (Downhill varices)

Número de casos	Edad*	Sexo**	Diagnóstico clínico**	Várices**			Otros diagnósticos endoscópicos**	Enfermedad de base**.*
				Proximales	Distales	Fúndicas		
21	67,95 ± 13,7 (35-85)	M = 11 F = 10	RGE = 8 Herpes zóster = 1 Dolor abdominal = 1 Masa abdominal = 1 Angiodisplasia esofágica = 1 Gastritis = 3 Hernia hiatal = 1	21	3	3	Gastritis erosiva crónica = 4 Hernia hiatal = 5 Gastritis crónica antral = 12 Gastritis crónica atrófica = 8 Reflujo gastroesofágico = 3 Metaplasia intestinal = 5 Angiodisplasia esofágica = 1 Vólvulo gástrico = 1	EPOC = 8 SAHO = 6 HTP = 6 Oxígeno dependencia = 10 Obesidad = 8 Neumoconiosis = 2 EPID = 2

* Edad en años cumplidos, promedio y desviación estándar (rango). +Sexo: F: femenino, M: masculino.

++ Diagnóstico clínico. Motivo de solicitud de procedimiento. RGE: reflujo gastroesofágico.

^ Enfermedad de base. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; SAHO: síndrome apnea-hipoventilación obesidad; HTP: hipertensión pulmonar; EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa.

Caso 2

Paciente AJOC: mujer de 48 años remitida con diagnóstico de reflujo gastroesofágico (RGE), con antecedente de cirugía bariátrica (manga gástrica) 2 años antes por obesidad moderada, así como asma severa y apnea del sueño con síndrome de apnea hipopnea asociada a obesidad (SAHO) moderado, el cual fue corregido parcialmente con presión

positiva controlada de la vía aérea (*Continuous Positive Airway Pressure*, CPAP).

La paciente presenta un antecedente relevante de válvula ventrículo-atrial de Hakim desde los 20 años, por causa de un pseudotumor cerebral. Entre tanto, en 2010 se encontró una várice esofágica superior, mediante una esofagogastroduodenoscopia (EGD) (**Figura 1**). A partir de este examen le fue descartada una patología venosa obstructiva, luego del resultado anterior, con persistencia de la várice esofágica superior y sin estigmas de sangrado o de riesgo en 2016.



Figura 1

Caso 2: várice proximal

Caso 3

Paciente AMDA: mujer de 73 años con diagnóstico clínico de RGE, con antecedente de EPOC por exposición al humo de leña, uso permanente de inhaladores y oxígeno suplementario en casa. En el momento del examen físico se presenta con obesidad, cianosis de piel y mucosas y abotagamiento (**Figura 2**). En la EGD, se encontraron várices en los 6 primeros centímetros del esófago (**Figura 3**) con ausencia distal de estas (**Figura 4**), sin estigmas de sangrado o de riesgo y gastritis crónica superficial.



Figura 2

Caso 3: cianosis severa de piel y mucosas y abotagamiento



Figura 3

Caso 3: dilatación venosa esófago proximal

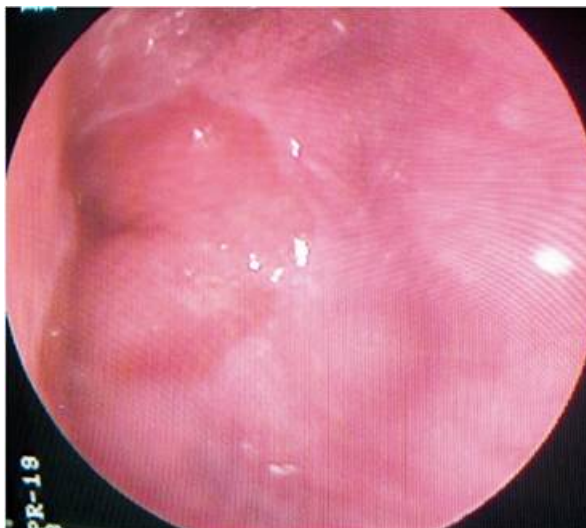


Figura 4

Caso 3: esófago distal normal, sin dilataciones venosas

Caso 8

Paciente JTP: hombre de 82 años por quien se solicitó una endoscopia, a causa de la presencia de flemas y síntomas de RGE. El paciente presenta antecedentes de exposición a solventes orgánicos por 30 años. En la tomografía axial de alta resolución (TAC-AR) de tórax se encontró un aumento del tamaño de las cavidades derechas, así como un enfisema centrolobulillar superior bilateral y fibrosis pulmonar en panal de abejas, además de un ecocardiograma (ECO-CG) con un incremento de las cavidades derechas e hipertensión pulmonar (HTP) de 49 mm Hg. Asimismo, se observó un Doppler portal normal, el uso de oxígeno 18 h/d y una polisomnografía con índice de apnea/hipopnea severo de 35,9 y ronquido en el 38 % del tiempo del sueño. En la EGD se encontraron várices esofágicas superiores, sin estigmas de sangrado (**Figura 5**).

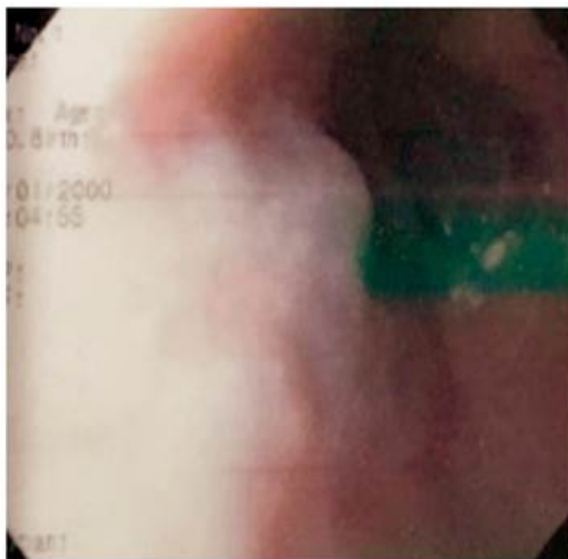


Figura 5

Caso 8: várices proximales

Caso 9

Paciente JAG: varón de 84 años, con antecedente de fumador de 12 paquetes/año, expuesto a humo de leña en quemas frecuentes en su oficio de agricultor. El sujeto es disneico y tiene una presencia importante de cianosis de la piel y mucosas y abotagamiento (**Figura 6**). Además, presenta un diagnóstico de gastritis crónica, razón por la cual se solicita un EGD, con hallazgo de várices en 5 cm proximales (**Figuras 7 y 8**) y ausencia de ellas en los tercios medio y distal, así como esofagitis péptica distal grado B (**Figura 9**).



Figura 6

Caso 9: cianosis severa en la piel y mucosas, abotagamiento



Figura 7

Caso 9: várice esofágica en el esófago proximal

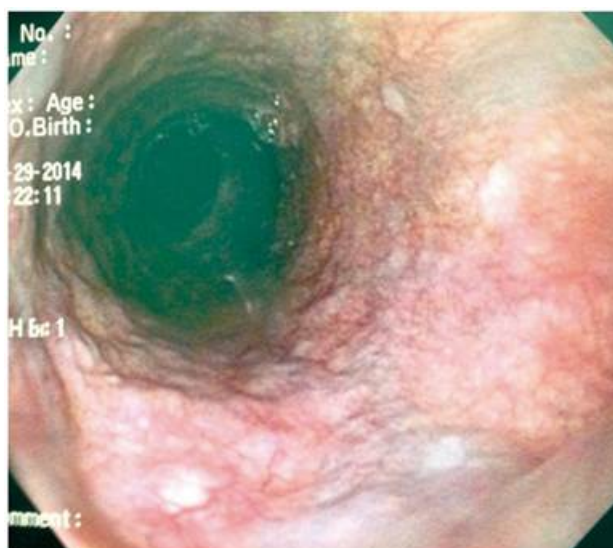


Figura 8

Caso 9: várice proximal que no se extiende al esófago medio.

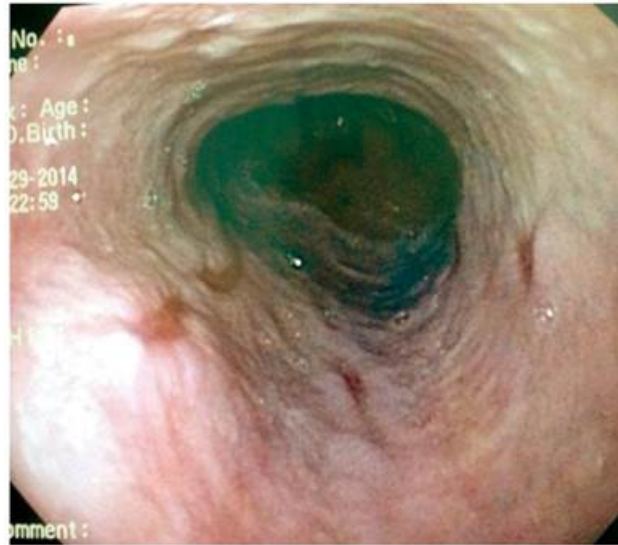


Figura 9

Caso 9: esófago distal sin várices y con esofagitis péptica erosiva grado B

Caso 21

Paciente JOMR: varón de 75 años, con antecedente de EPOC, fumador de 90 paquetes/año, dependiente de oxígeno 24 h/d, con disfonía secundaria a laringitis crónica y presbilaringe. En vista de que presenta herpes zóster y sospecha de neoplasia oculta gastrointestinal, se solicita una endoscopia, en la cual se encuentran dilataciones venosas proximales (**Figuras 10 y 11**).

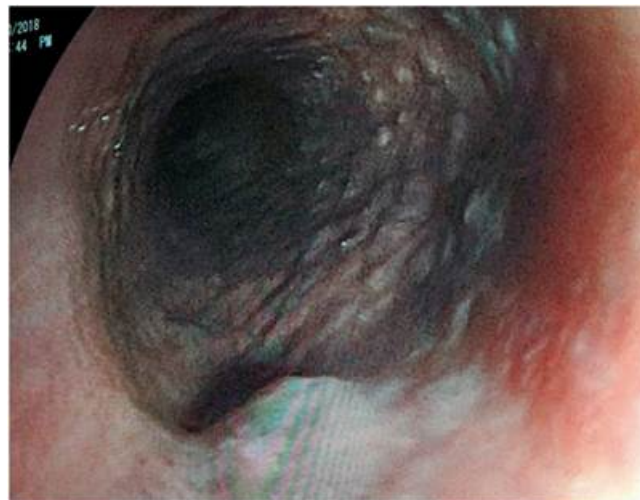


Figura 10

Caso 21: várice proximal

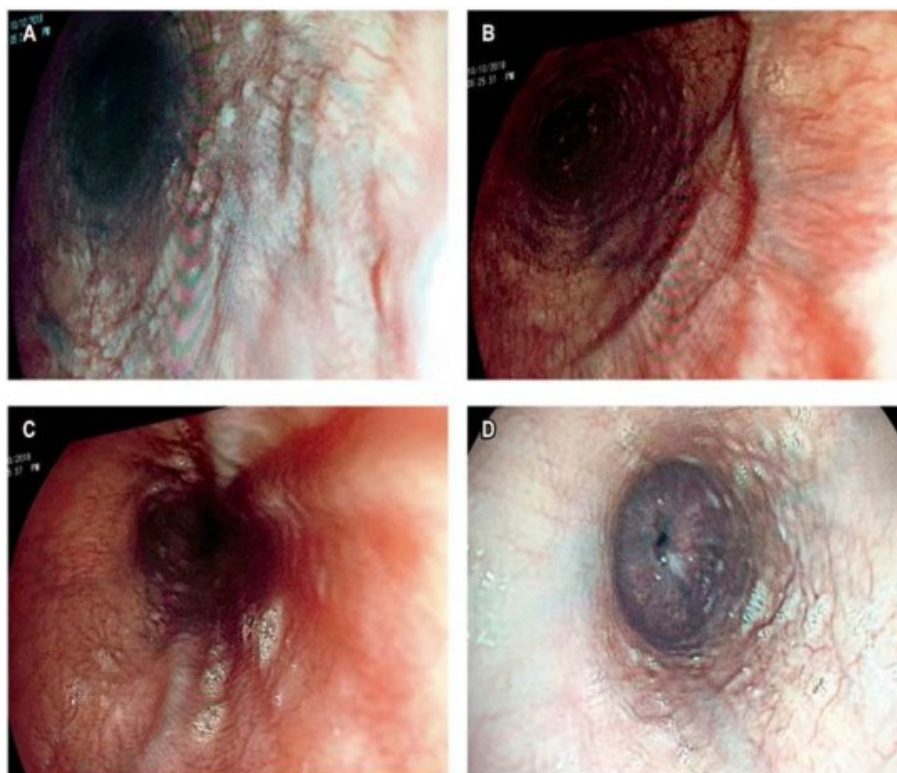


Figura 11

Caso 21. A. Várices proximales. B y C. Várices en el tercio medio. D. Ausencia de várices en el tercio distal

Hallazgos generales

Se presentaron 21 casos de pacientes en quienes el diagnóstico de várices esofágicas proximales fue incidental. Dichos pacientes fueron igualmente repartidos por género y edad promedio de $67,9 \pm 13,7$ años. La endoscopia digestiva fue solicitada, principalmente, por un diagnóstico de RGE (8/21), seguido por la gastritis crónica (3/21), dolor epigástrico y masa abdominal durante el estudio, entre otras condiciones (Tablas 1 y 2).

Además de las várices en el tercio proximal, solo 3 pacientes presentaron lesiones simultáneas en el tercio distal, mientras que otros 3, en el fondo gástrico en ausencia de hipertensión portal. En el 60 %, el diagnóstico endoscópico adicional fue la gastritis crónica antral, seguida en frecuencia por la gastritis atrófica (40 %) y la hernia hiatal (25 %) (Tabla 2).

En cuanto a la enfermedad de base, se resaltó la EPOC en el 40 % de los casos. Entre tanto, la HTP fue demostrada en 6 pacientes (29 %) y otros 10 (48%) presentaron una probabilidad de cursarla, dadas sus características clínicas y los diagnósticos asociados (Tabla 1). Se observaron 10 pacientes oxígeno dependientes (48 %), con obesidad moderada a severa (40 %), apnea del sueño (29 %) y enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) confirmada (19 %).

Discusión

Epidemiología

Las várices esofágicas superiores son un hallazgo poco frecuente y su denominación de *Downhill varices* fue acuñada por Felson en 1964 ¹. Este investigador completó 30 pacientes descritos hasta ese entonces en la literatura, a partir de 3 casos. Denominó así la condición por la ocurrencia de una inversión del flujo venoso en las venas esofágicas superiores hacia abajo, en contraposición al flujo ascendente en las várices distales secundarias a la hipertensión portal: la causa principal de las várices esofágicas y el hallazgo frecuente en los servicios de endoscopia.

Una serie de 2368 casos de hemorragia de las vías digestivas altas reportó una incidencia de 0,1 % de várices esofágicas superiores (1 de cada 908 pacientes con hemorragia de las vías digestivas altas) ³, mientras que las distales representaron el 10-30 % de las causas de hemorragia digestiva alta ⁴.

Ayvaz y colaboradores describieron 129 casos entre 25 680 endoscopias (0,5 %), todos como hallazgo incidental y ninguno de ellos por sangrado ²; en tanto que entre los casos descritos por Felson solo en cuatro se presentó un sangrado ¹. Asimismo, ninguno de los 11 sujetos con várices esofágicas proximales (halladas por TAC), de una serie de 36 pacientes, cursaron un síndrome de vena cava superior (SVCS) ⁵.

Como puede colegirse de los datos anteriores, la frecuencia del trastorno es muy baja y los hallazgos de endoscopia aquí reportados corresponden a sitios de diagnóstico de segundo y tercer nivel, en un período establecido entre el 1 de enero de 2011 y el 31 diciembre de 2018, para un total de 73 896 endoscopias, lo cual constituye una frecuencia de 2,8 x 10 000.

Es probable que la frecuencia de este trastorno sea superior y que, dada la ausencia de datos clínicos que sugieran dicho diagnóstico, algunos signos pasen desapercibidos ante el endoscopista. Esto, en virtud de que dichas señales suelen ser de tamaño pequeño o mediano, presentarse en los primeros centímetros del esófago y en ausencia de sangrado digestivo.

Presentación clínica

En las primeras descripciones, esta patología fue relacionada con una compresión extrínseca de la VCS, generalmente asociada a tumores mediastinales, cuyo origen frecuente es pulmonar o por la presencia de linfomas ^{2,6}.

Sin embargo, en publicaciones ulteriores se describió esta condición en patologías diversas, como el linfoma benigno gigante ⁷, el timoma mediastinal ^{5,6,8} y el bocio intratorácico ⁹⁻¹². Conforme se hizo frecuente el uso de dispositivos intravasculares permanentes para la realización de

terapias de reemplazo renal, se describieron las trombosis secundarias de la VCS y sus ramas, con más de un centenar de casos reportados ^{5,13-26}.

Los catéteres centrales con otras indicaciones también forman parte del grupo de riesgo de desarrollo de trombosis intravasculares. Se incluyen los catéteres para nutrición parenteral total (NPT), prolongada (en casos de intestino corto) ²⁷, quimioterapia en enfermedades malignas como leucemia aguda ²⁸, enfermedad metastásica y otras condiciones ^{2,29}. No obstante, el común denominador es el SVCS secundario a trombosis de la VCS y sus afluentes, lo cual es ocasionado por la presencia de un cuerpo extraño intravascular y extensible a cualquier tipo de cuerpo extraño como los marcapasos transvenosos ^{2,30}.

La oclusión vascular completa, en ausencia de masa o un dispositivo que la favorezca, conduce a los mismos resultados. Tales son los casos de la enfermedad de Castleman ³¹, la mediastinitis fibrosante ³², la enfermedad de Behcet ^{33,34}, la venulitis sistémica ³⁵, la hipercoagulabilidad por mutación del factor V de Leiden ³⁶, el trasplante autólogo de la médula ósea con síndrome antifosfolípido ³⁷ e incluso un caso de enfermedad congénita cardíaca ³⁸.

Por supuesto, la trombosis de la VCS y la obstrucción de sus ramas producen el síndrome clínico característico en un número importante de los casos y conducen al diagnóstico. Sin embargo, en otros casos el diagnóstico aparece a partir de sus complicaciones, como el sangrado de las várices esofágicas. Este diagnóstico es incidental.

Otros mecanismos descritos para la aparición de várices esofágicas superiores (diferentes a la obstrucción de la VCS o sus ramas) incluyen un aumento en la presión venosa central por HTP moderada a severa; una doble lesión mitral reumática e insuficiencia tricuspídea severa ⁴; estenosis aórtica severa con hipertensión sistólica del ventrículo derecho (VD) e HTP severa ³⁹; HTP severa e insuficiencia tricuspídea moderada ^{2,3}, y la presencia de EPOC severa ².

Así pues, nuestra serie de casos aporta otro número importante a la literatura mundial. De forma singular, en el desarrollo de este trabajo solo un paciente presentó un factor obstructivo al retorno venoso, causado por una fibrosis del mediastino y como secuela del linfoma mediastinal en su adolescencia (caso 20) (**Tabla 1**).

Con respecto al uso de dispositivos vasculares, solo la paciente del caso 2 tenía instalada una válvula de Hakim desde los 20 años. Esta paciente no presentó una obstrucción vascular, aunque sí una patología causante de HTP, obesidad moderada y SAHO moderado, con una mejoría de estas condiciones, como consecuencia de la cirugía bariátrica. No obstante, se observó una persistencia de la várice proximal después de 6 años del diagnóstico inicial y luego de 2 años del procedimiento quirúrgico.

En nuestra serie, la mayoría de los pacientes pertenecían al grupo etario del adulto mayor (15/21: 71 %) y tanto los hombres como las mujeres de este grupo fueron afectados por igual. El 57 % presentaron enfermedades

pulmonares, pero la EPOC se constituyó en la más importante, de la cual solo se han descrito cuatro casos en el literatura precedente ².

Entre tanto, la neumoconiosis (principalmente la silicosis), la neumonitis por solventes orgánicos y la EPID, como causas de várices proximales, no han sido descritas previamente y corresponden al 19 % de la serie. Todas estas enfermedades comprometen el parénquima pulmonar y originan trastornos permanentes en la circulación pulmonar, así como HTP progresiva, *cor pulmonale* crónico y la consecuente elevación permanente de la presión venosa central y de sus ramas.

Otra causa de las várices proximales no descrita es la obesidad y su componente frecuente de SAHO, condiciones que son desencadenantes de HTP no obstructiva y estuvieron presentes en el 38 % y el 29 % de nuestros casos, respectivamente. Así pues, solo el 29 % de los casos contaban con un diagnóstico clínico de HTP: la mitad de ellos eran dependientes de oxígeno y otros dos sugerían la enfermedad, dado su aspecto clínico (cianosis, poliglobulia y abotagamiento) (**Figuras 2 y 6**). Además, probablemente, también requerían de oxígeno suplementario.

En todos los casos, las várices fueron un hallazgo incidental y en ninguno de ellos se presentó sangrado (tampoco lo hubo previamente). Estos resultados fueron similares a los descritos en los 129 casos de Ayvaz y colaboradores ², así como en los 11 pacientes reportados por Siegel ⁵.

Una de las limitaciones de nuestra serie es que no se realizaron estudios imagenológicos que nos permitiesen descartar sistemáticamente la presencia concomitante de masas mediastinales u obstrucción vascular (excepto en el caso 2). Pese a ello, clínicamente los pacientes no presentaron un SVCS u otros elementos que pudiesen generar sospecha de la presencia de tumores o de una lesión vascular y solo uno estuvo anticoagulado profilácticamente por presentar HTP primaria (caso 14). Con relación al método, este es un estudio descriptivo de casos, por lo que solo permite postular asociaciones causales.

Fisiopatología

Las venas esofágicas drenan la VCS, principalmente a través de las venas ácigos, hemiácigos y hemiácigos accesoria. En caso de obstrucción de la VCS distal a la entrada de la ácigos, el drenaje venoso de las extremidades superiores se realiza desde las venas colaterales tiroidea inferior y mediastinales hacia la hemiácigos, y desde la ácigos hacia la vena porta con flujo cefalocaudal (*Downhill*). Se atraviesa la vena gástrica izquierda, en cuyo caso se producen várices en todo el esófago.

Cuando la obstrucción de la VCS está por encima de la entrada de la ácigos -es decir de la VCS proximal o de los troncos braquiocefálicos o sus ramas-, el flujo colateral de estas se produce a través de las venas mamaria interna, vertebral y colaterales profundas de la ácigos, así como de las venas esofágicas superiores, igualmente con flujo cefalocaudal. De esta forma, el flujo encuentra la vía de la ácigos hacia la VCS distal a la obstrucción, lo

cual genera una dilatación solamente de las venas esofágicas proximales y medias ¹⁶.

La baja frecuencia de hemorragia originada en estas várices se debe a que, solo ocasionalmente, tienen un tamaño grande y a que están localizadas en la submucosa ^{1,2,3,5}. Por esta razón se hallan menos expuestas al trauma y a la erosión péptica que sí ocurre en las várices esofágicas inferiores, en dirección caudalcefálica (*uphill*), dada su ubicación subepitelial ⁴. A estas várices esofágicas inferiores, se suma la trombocitopenia y los trastornos de coagulación, frecuentemente encontrados en pacientes con hipertensión portal.

Tratamiento

El tratamiento de esta patología debe centrarse siempre en su causa, lo cual se refiere a la escisión quirúrgica de la neoplasia mediastinal ¹¹, el bocio intratorácico ^{9,10,11} o la corrección quirúrgica de la cardiopatía, cuando sea posible ³⁸. Esto condiciona, generalmente, la desaparición de las várices. La terapia inmunosupresora es el tratamiento en caso de enfermedad de Behcet ^{33,34} y de venulitis sistémica ³⁵, mientras que la anticoagulación es el tratamiento en escenarios de trastornos de la coagulación ^{8,36,37}. Asimismo, la quimioterapia o la radioterapia son indicadas en casos de lesiones tumorales ^{2,7,28,29}.

La situación más frecuente es el hallazgo incidental de las várices sin antecedentes de sangrado, tales son los casos de la mayor serie publicada de Ayvaz y colaboradores (con 129 pacientes) ² y la de Siegel ¹¹. En contraste, resulta muy poco frecuente que sean diagnosticadas por sangrado variceal, como ocurre en la serie de Felson (solo 4 de 30 pacientes) ¹. Esto determina una conducta conservadora con respecto a las várices esofágicas inferiores, pero naturalmente obliga al estudio de la causa desencadenante y su respectivo tratamiento.

En caso de presentarse con hemorragia de las vías digestivas, el tratamiento de elección es la colocación de bandas siempre y cuando esto sea posible técnicamente ^{4,10,14,22,23,24,27}, así como también en la esclerosis, cuando la localización a nivel del cricofaríngeo imposibilita la ligadura con la banda ¹⁸, no está disponible la ligadura ²¹ o combinados en los casos requeridos ⁴¹.

Dentro de este contexto, se prefiere el uso de la ligadura por bandas siempre que sea posible, ya que existen descripciones de complicaciones serias como el infarto del cordón espinal por trombosis de las venas colaterales vertebrales ⁴⁰ y la embolia pulmonar fatal por material empleado en la esclerosis de várices esofágicas ⁴².

Conclusiones

Las várices esofágicas superiores son una causa rara de hemorragia de las vías digestivas altas y afectan con mayor frecuencia a los adultos mayores, sin predilección de género. En esta serie de casos, su aparición estuvo relacionada con etiologías que previamente no estaban descritas en la literatura, tales como obesidad, SAHO y EPID (por neumoconiosis o neumonitis originada por la exposición a solventes orgánicos).

Otras causas frecuentes fueron la EPOC y la HTP. En todos los casos, las várices se constituyeron en un hallazgo incidental, lo cual hace única esta serie si se compara con las existentes en la literatura indexada. En ellas, la causa más recurrente es la obstrucción de la VCS por un tumor mediastinal o por una trombosis de la VCS asociada con dispositivos intravasculares y estados de hipercoagulabilidad.

Referencias

1. Felson B, Lessure AP. "Downhill" Varices of the Esophagus. *Dis Chest*. 1964;46:740-6. <https://doi.org/10.1378/chest.46.6.740>
2. Ayvaz MA, Rakici H, Allescher HD. Are Downhill Varices an Overlooked Entity of Upper Gastrointestinal Bleedings? *Gastroenterol Res Pract*. 2018;2018:7638496. <https://doi.org/10.1155/2018/7638496>
3. Areia M, Romãozinho JM, Ferreira M, Amaro P, Freitas D. "Downhill" varices. A rare cause of esophageal hemorrhage. *Rev Esp Enferm Dig*. 2006;98(5):359-61. <https://doi.org/10.4321/S1130-01082006000500006>
4. Harwani YP, Kumar A, Chaudhary A, Kumar M, Choudeswari PR, Kankanala VV, et al. Combined uphill and downhill varices as a consequence of rheumatic heart disease: a unique presentation. *J Clin Exp Hepatol*. 2014;4(1):63-65. <https://doi.org/10.1016/j.jcch.2013.10.003>
5. Siegel Y, Schallert E, Kuker R. Downhill esophageal varices: a prevalent complication of superior vena cava obstruction from benign and malignant causes. *J Comput Assist Tomogr*. 2015;39(2):149-52. <https://doi.org/10.1097/RCT.0000000000000183>
6. Subramaniam R, Madanagopalan N, Krishnan KT, Padmanabhan C. A case of anaplastic bronchogenic carcinoma with "downhill varices" of the esophagus. *Dis Chest*. 1967;51(5):545-9. <https://doi.org/10.1378/chest.51.5.545>
7. Shirakusa T, Iwasaki A, Okazaki M. Downhill esophageal varices caused by benign giant lymphoma. Case report and review of downhill varices cases in Japan. *Scand J Thorac Cardiovasc Surg*. 1988;22(2):135-8. <https://doi.org/10.3109/14017438809105944>
8. Inoue Y, Sakai S, Aoki T. Downhill oesophageal varices resulting from superior vena cava graft occlusion after resection of a thymoma. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2013;17(3):598-600. <https://doi.org/10.1093/icvts/ivt212>
9. Bédard EL, Deslauriers J. Bleeding "downhill" varices: a rare complication of intrathoracic goiter. *Ann Thorac Surg*. 2006;81(1):358-60. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2004.08.020>

10. Ibis M, Ucar E, Ertugrul I, Boyvat F, Basar O, Ataseven H, et al. Inferior thyroid artery embolization for downhill varices caused by a goiter. *Gastrointest Endosc.* 2007;65(3):543-5. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2006.10.005>
11. van der Veldt AA, Hadithi M, Paul MA, van den Berg FG, Mulder CJ, Craanen ME. An unusual cause of hematemesis: Goiter. *World J Gastroenterol.* 2006;12(33):5412-5415. <https://doi.org/10.3748/wjg.v12.i33.5412>
12. Mönkemüller K, Poppen D, Feldmann K, Ulbricht LJ. Downhill varices resulting from giant intrathoracic goiter. *Endoscopy.* 2010;42 Suppl 2:E40. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1215290>
13. Pop A, Cutler AF. Bleeding downhill esophageal varices: a complication of upper extremity hemodialysis access. *Gastrointest Endosc.* 1998;47(3):299-303. [https://doi.org/10.1016/S0016-5107\(98\)70331-1](https://doi.org/10.1016/S0016-5107(98)70331-1)
14. Hussein FA, Mawla N, Befeler AS, Martin KJ, Lentine KL. Formation of downhill esophageal varices as a rare but serious complication of hemodialysis access: a case report and comprehensive literature review. *Clin Exp Nephrol.* 2008;12(5):407-415. <https://doi.org/10.1007/s10157-008-0055-4>
15. Froilán C, Adán L, Suárez JM, Gómez S, Hernández L, Plaza R, et al. Therapeutic approach to “downhill” varices bleeding. *Gastrointest Endosc.* 2008;68(5):1010-2. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2008.02.041>
16. Blam ME, Kobrin S, Siegelman ES, Scotiniotis IA. “Downhill” esophageal varices as an iatrogenic complication of upper extremity hemodialysis access. *Am J Gastroenterol.* 2002;97(1):216-8. [https://doi.org/10.1016/S0002-9270\(01\)03979-X](https://doi.org/10.1016/S0002-9270(01)03979-X)
17. Gessel L, Alcorn J. Variants of varices: is it all “downhill” from here? *Dig Dis Sci.* 2015;60(2):316-9. <https://doi.org/10.1007/s10620-014-3501-z>
18. Gebreselassie A, Awan A, Yaqoob H, Laiyemo A. Superior Vena Cava Obstruction: A Rare Cause of Recurrent Esophageal Variceal Bleeding. *Cureus.* 2018;10(2):e2226. <https://doi.org/10.7759/cureus.2226>
19. Gopaluni S, Warwicker P. Superior vena cava obstruction presenting with epistaxis, haemoptysis and gastro-intestinal haemorrhage in two men receiving haemodialysis with central venous catheters: two case reports. *J Med Case Rep.* 2009;3:6180. <https://doi.org/10.1186/1752-1947-3-6180>
20. Muthyala U, Philipneri MD, Hussein FA, Lentine KL. Recognition of downhill esophageal varices in hemodialysis patients requires a high index of clinical suspicion. *Clin Exp Nephrol.* 2009;13(6):677-8. <https://doi.org/10.1007/s10157-009-0204-4>
21. Ontanilla Clavijo G, Trigo Salado C, Rojas Mercedes N, Caballero Gómez JA, Rincón Gatica A, Alcívar-Vasquez JM, et al. Downhill varices: an uncommon cause of upper gastrointestinal bleeding. *Rev Esp Enferm Dig.* 2016;108(7):440-442. <https://doi.org/10.17235/reed.2016.3697/2015>
22. Pillai U, Roopkiranjot K, Lakshminarayan N, Balabhadrapatruni K, Gebregeorgis W, Kissner P. Downhill varices secondary to HeRO graft-related SVC syndrome. *Semin Dial.* 2013;26(5):E47-9. <https://doi.org/10.1111/sdi.12078>

23. Raghavapuram S, George N, Girotra M, Siddique S, Tharian B. Downhill esophageal varices: unusual cause of hematemesis. *VideoGIE*. 2017;2(9):231-232. <https://doi.org/10.1016/j.vgie.2017.02.005>
24. Berkowitz JC, Bhusal S, Desai D, Cerulli MA, Inamdar S. Downhill Esophageal Varices Associated With Central Venous Catheter-Related Thrombosis Managed With Endoscopic and Surgical Therapy. *ACG Case Rep J*. 2016;3(4):e102. <https://doi.org/10.14309/crj.2016.75>
25. Loudin M, Anderson S, Schlansky B. Bleeding 'downhill' esophageal varices associated with benign superior vena cava obstruction: case report and literature review. *BMC Gastroenterol*. 2016;16(1):134. <https://doi.org/10.1186/s12876-016-0548-7>
26. Nayudu SK, Dev A, Kanneganti K. "Downhill" Esophageal Varices due to Dialysis Catheter-Induced Superior Vena Caval Occlusion: A Rare Cause of Upper Gastrointestinal Bleeding. *Case Rep Gastrointest Med*. 2013;2013:830796. <https://doi.org/10.1155/2013/830796>
27. Lim EJ, Stella DL, Russell DM. Torrential upper gastrointestinal bleeding from 'downhill' oesophageal varices complicating long term central venous access for total parenteral nutrition. *Frontline Gastroenterol*. 2010;1(2):118-120. <https://doi.org/10.1136/fg.2010.001354>
28. Yeung AK, Guilcher GM, deBruyn JC. Conservative Management of Downhill Esophageal Varices Secondary to Central Line-related Thrombosis After Hematopoietic Stem Cell Transplant. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2015;37(7):e424-6. <https://doi.org/10.1097/MPH.0000000000000373>
29. Yasar B, Abut E. A case of mediastinal fibrosis due to radiotherapy and 'downhill' esophageal varices: a rare cause of upper gastrointestinal bleeding. *Clin J Gastroenterol*. 2015;8(2):73-6. <https://doi.org/10.1007/s12328-015-0555-1>
30. Basar N, Cagli K, Basar O, Sen N, Gurel OM, Akpinar I, et al. Upper-extremity deep vein thrombosis and downhill esophageal varices caused by long-term pacemaker implantation. *Tex Heart Inst J*. 2010;37(6):714-716.
31. Serin E, Ozer B, Gümrüdü Y, Yildirim T, Barutçu O, Boyacıoglu S. A case of Castleman's disease with "downhill" varices in the absence of superior vena cava obstruction. *Endoscopy*. 2002;34(2):160-2. <https://doi.org/10.1055/s-2002-19840>
32. Basaranoglu M, Ozdemir S, Celik AF, Senturk H, Akin P. A case of fibrosing mediastinitis with obstruction of superior vena cava and downhill esophageal varices: a rare cause of upper gastrointestinal hemorrhage. *J Clin Gastroenterol*. 1999;28(3):268-70. <https://doi.org/10.1097/00004836-199904000-00021>
33. Orikasa H, Ejiri Y, Suzuki S, Ishikawa H, Miyata M, Obara K, et al. A case of Behçet's disease with occlusion of both caval veins and "downhill" esophageal varices. *J Gastroenterol*. 1994;29(4):506-10. <https://doi.org/10.1007/BF02361251>
34. Ennaifer R, B'chir Hamzaoui S, Larbi T, Romdhane H, Abdallah M, Bel Hadj N, et al. Downhill oesophageal variceal bleeding: A rare complication in Behçet's disease-related superior vena cava syndrome. *Arab J Gastroenterol*. 2015;16(1):36-8. <https://doi.org/10.1016/j.ajg.2015.02.003>

35. Maton PN, Allison DJ, Chadwick VS. "Downhill" esophageal varices and occlusion of superior and inferior vena cava due to a systemic venulitis. *J Clin Gastroenterol.* 1985;7(4):331-7. <https://doi.org/10.1097/00004836-198508000-00013>
36. Gómez-Aldana AJ, Gómez-Zuleta. Varices esofágicas en Downhill secundarias a trombosis de vena cava superior por déficit de factor V. *Rev Gastroenterol Mex.* 2017;82(2):179-180. <https://doi.org/10.1016/j.rgm.2016.04.007>
37. Vorlop E, Zaidman J, Moss SF. Clinical challenges and images in GI. Downhill esophageal varices secondary to superior vena cava occlusion. *Gastroenterology.* 2008;135(6):1863, 2158. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2008.10.069>
38. Malloy L, Jensen M, Bishop W, Divekar A. "Downhill" esophageal varices in congenital heart disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2013;56(2):e9-11. <https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e31824b5fff>
39. Gholam S, Ghazala S, Pokhrel B, Desai AP. A Rare Case of Downhill Esophageal Varices in the Absence of Superior Vena Cava Obstruction. *Am J Gastroenterol.* 2017;112(3):413. <https://doi.org/10.1038/ajg.2016.489>
40. Heller SL, Meyer JR, Russell EJ. Spinal cord venous infarction following endoscopic sclerotherapy for esophageal varices. *Neurology.* 1996;47(4):1081-5. <https://doi.org/10.1212/WNL.47.4.1081>
41. Nguyen LP, Sriratanaviriyakul N, Sandrock C. A Rare but Reversible Cause of Hematemesis: "Downhill" Esophageal Varices. *Case Rep Crit Care.* 2016;2016:2370109. <https://doi.org/10.1155/2016/2370109>
42. Tsokos M, Bartel A, Schoel R, Rabenhorst G, Schwerk WB. Fatal pulmonary embolism after endoscopic embolization of downhill esophageal varix. *Dtsch Med Wochenschr.* 1998;123(22):691-5. <https://doi.org/10.1055/s-2007-1024039>

Notas

Fuente de financiación: Se declara que no existieron apoyos financieros para la ejecución y el análisis de este estudio

Observaciones: Este estudio no ha sido presentado previamente en ninguna reunión

Notas de autor

*

Correspondencia: Andrés Felipe Donado Moré,
andresdonado@live.com