

## Imagen del mes: Fotografía y video

Francisco Javier Biel M.

### Image of the month: Photo and video

Paciente de 55 años, con cirrosis hepática por alcohol, presenta cuadro de hematemesis y melena acompañado de compromiso hemodinámico. Se realiza endoscopia de urgencia que muestra abundante sangre fresca en lumen gástrico, sin lesiones mucosas en estómago ni duodeno. En esófago distal destacan várices grandes con signos rojos, identificando lesión circular ligeramente blanquecina por sobre un cordón varicoso compatible con tapón plaquetario. Se inicia terapia endoscópica con ligadura (10 elásticos), apareciendo al ligar el área del tapón plaquetario un pólipo

de coloración blanquecina (Figuras 1 y 3). En el resto de las várices se observa la formación de pólipos violáceos posterior a la ligadura (Figuras 2 y 3). El paciente evoluciona satisfactoriamente sin resangrado, por lo que es dado de alta luego de finalizado tratamiento con terlipresina y cefotaximo.

Para revisar el video de este procedimiento ingrese a la página de la Sociedad Chilena de Gastroenterología [www.sociedadgastro.cl](http://www.sociedadgastro.cl), vaya a la sección Publicaciones y luego a Imágenes en Gastroenterología.

Medicina Interna-  
Gastroenterología  
Clínica Alemana  
Temuco - UFRO.

Recibido: 04 de enero  
de 2011  
Aceptado: 12 de enero  
de 2011

**Correspondencia a:**  
Francisco Javier Biel  
Morales  
Dirección: Senador  
Estébanez 645.  
Temuco.  
Teléfono (45) 201 126-  
201 127  
Fax: (45) 201 016  
E-mail: [fbielm@  
calemanatemuco.cl](mailto:fbielm@calemanatemuco.cl)

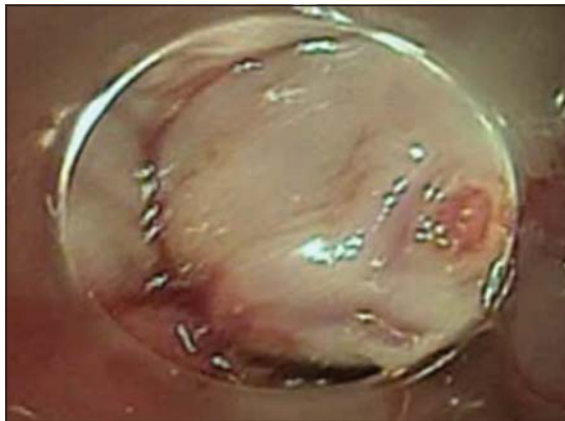


Figura 1. Pólipo blanco.

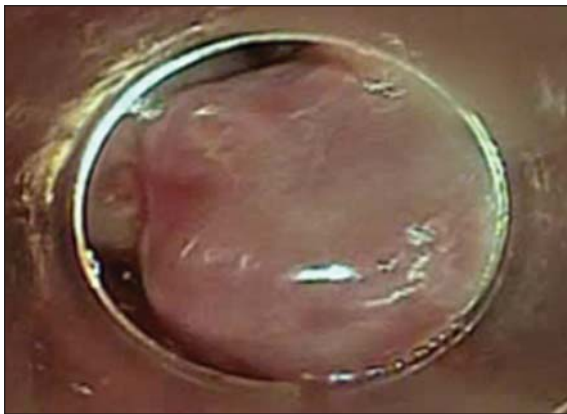


Figura 2. Pólipo violáceo.



Figura 3. Pólipo blanco y pólipo violáceo.

## Imágenes en Gastroenterología

### Signo del “Pólipo blanco”

La hemorragia digestiva de origen variceal se produce como consecuencia de la rotura de várices gastroesofágicas y representa la principal causa de muerte en pacientes cirróticos<sup>1</sup>. A pesar del avance en el diagnóstico y tratamiento en pacientes con hemorragia digestiva, la mortalidad temprana luego de un episodio agudo de sangrado variceal es aún elevada (15-24%)<sup>2-3</sup>. El tratamiento actualmente aceptado consiste en la combinación de terapia farmacológica y endoscópica<sup>4-5</sup>. La ligadura de várices esofágicas (LVE) es el tratamiento endoscópico de elección, ya que ha demostrado ser superior a la escleroterapia en términos de resangrado y mortalidad, con un menor índice de complicaciones<sup>6-8</sup>.

Un hallazgo característico durante la ligadura de várices esofágicas es la formación de un pólipo de color púrpura (*purple ball-like appearance*), sin embargo, Matsutani y cols<sup>9</sup>, describieron en el año 1998, el signo del “pólipo blanco” (*white ball appearance*), observado tras ser ligado el punto preciso de sangramiento. Estos autores plantean que la aparición

del pólipo blanco puede ser de utilidad al confirmar que la ligadura fue realizada en el punto exacto de ruptura, lo que se asociaría al cese del sangrado activo. El mecanismo de formación del pólipo blanco no está del todo claro, sin embargo, se postula que aparecería tras la salida de sangre (*outflow*) a través del punto de ruptura de la várice al ser succionada durante la ligadura. Un estudio evaluó la relación entre el signo del pólipo blanco y el riesgo de resangrado. En este trabajo, ninguno de los pacientes con signo de pólipo blanco presentó resangrado a los 7 días de seguimiento<sup>10</sup>. Matsushita y cols<sup>11</sup>, han publicado la aparición del pólipo blanco en otras situaciones, como cuando várices no sangrantes son succionadas dentro del cilindro y sufren ruptura de la pared. Esta ruptura ocurre usualmente en lugares en donde existen “signos rojos”, dilatación de vasos pequeños o microtelangiectasias en la superficie variceal.

En suma, el signo del pólipo blanco es un signo endoscópico útil, que permite tener cierta certeza con respecto a la ligadura del sitio exacto de ruptura de la pared de la várice, y que se asociaría a una baja tasa de resangrado.

### Referencias

- 1.- Gines P, Quintero E, Arroyo V, Teres J, Bruguera M, Rimola A. Compensated cirrhosis: natural history and prognostic factors. *Hepatology* 1987; 7: 122-8.
- 2.- McCormick PA, O’Keefe C. Improving prognosis following a first variceal haemorrhage over four decades. *Gut* 2001; 49: 682-5.
- 3.- Augustin S, Muntaner L, Altamirano JT, González A, Saperas E, Dot J, et al. Predicting early mortality after acute variceal hemorrhage based on classification and regression tree analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009; 7: 1347-54.
- 4.- de Franchis R. Evolving consensus in portal hypertension. Report of the Baveno IV consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. *J Hepatol* 2005; 43: 167-76.
- 5.- García-Tsao G, Sanyal AJ, Grace ND, Carey W. Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. *Hepatology* 2007; 46: 922-38.
- 6.- Laine L, Cook D. Endoscopic ligation compared with sclerotherapy for treatment of esophageal variceal bleeding. A meta-analysis. *Ann Intern Med* 1995; 123: 280-7.
- 7.- Stiegmann GV, Cambre T, Sun JH. A new endoscopic elastic band ligating device. *Gastrointest Endosc* 1986; 32: 230-3.
- 8.- Stiegmann GV, Goff JS, Michaletz-Onody PA, Korula J, Lieberman D, Saeed ZA, et al. Endoscopic sclerotherapy as compared with endoscopic ligation for bleeding esophageal varices. *N Engl J Med* 1992; 326: 1527-32.
- 9.- Matsutani S, Maruyama H, Sato G, Suzuki T, Umebara K, Mitsuhashi O, et al. White ball appearance in endoscopic ligation of bleeding esophageal varices. *Gastrointest Endosc* 1998; 47: 254-6.
- 10.- Mendoza E. El signo de la bola blanca como índice de eficacia de la ligadura en pacientes con sangrado variceal activo. *Medicina Universitaria* 2002; 4: 7-11.
- 11.- Matsushita M, Hajiro K, Takakuwa H, Nishio A. “Another” white ball appearance on the ligated varix ruptured by suction during endoscopic variceal ligation. *Gastrointest Endosc* 1999; 49: 819.