

UNIVERSIDAD DEL VALLE
DEPTO. DE BIBLIOTECAS

Manejo de las várices esofágicas con escleroterapia. Informe preliminar

Héctor Raúl Echavarría, M.D.*

RESUMEN

Se discute la experiencia inicial obtenida en el Hospital Universitario del Valle con escleroterapia de várices esofágicas. Se presentan los resultados del método en los primeros 14 pacientes tratados entre 1984 y 1987 incluyendo la técnica utilizada, complicaciones y resultados finales. Se logró controlar el sangrado agudo en el 100% de los casos y 79% de control a largo plazo. El promedio de sesiones hasta lograr el colapso de las várices fue de 5.

Desde 1939 Crafford & Frenckner¹ describieron el control endoscópico de la hemorragia en las várices esofágicas con la inyección de sustancias esclerosantes, pero según Bernan & Ruelff² el procedimiento sólo ganó difusión a partir de 1973. En la década de 1980 esta técnica se ha utilizado además del manejo en el sangrado agudo, para su tratamiento definitivo como única medida terapéutica.

MATERIAL Y METODOS

Este artículo presenta la experiencia obtenida en el Hospital Universitario del Valle (HUV), de Cali, Colombia, desde mayo de 1984, con 14 pacientes en quienes se realizó la escleroterapia endoscópica de várices esofágicas con la intención de tratar el sangrado en forma definitiva.

Algunos de los casos se iniciaron con el control de un episodio agudo. En presencia de hemorragia aguda, en la primera y ocasionalmente en la segunda sesión, se usó un endoscopio terapéutico de doble canal ACMI AGT2, bajo intubación endotraqueal para proteger la vía aérea; el resto de las sesiones se efectuaron en forma ambulatoria con un panendoscopio de un solo canal (ACMI TX 8, Fujinon UGI-F2 u Olympus GIF-K2) sin sedación. Los procedimientos se realizaron uno por semana sin hemorragia aguda ó 2 veces por semana (martes y viernes) cuando la presentaban o cuando se observaban signos endoscópicos que sugerían inminencia de sangrado³. Se utilizaron agujas Microvasive de bisel corto calibres 21 y 25. Como solución esclerosante se empleó una mezcla de tetradecil sulfato de sodio al 1% y alcohol etílico al 33% de acuerdo con la técnica descrita⁴. Se inyectaron máximo 16 ml por sesión y en cada sitio de aplicación se dejó de 1 a 1.5 ml de la solución. Todas las veces se intentó colocar la aguja en posición intravaricial, pero no fue posible evitar algunas aplicaciones epi y paravariciales. Las inyecciones se iniciaron en la unión esofagogástrica y se ascendió proximalmente sobre las columnas varicosas. Las sesiones se repitieron hasta que las várices desaparecieron por completo o cuando hubo evidencia de trombosis por cambio del color azul de la várice a blanco, dolor torácico al inyectar o ausencia de sangrado al puncionar el vaso.

En ningún caso se empleó esofagoscopio rígido ni compresión en el sitio de las inyecciones. En los casos agudos no se empleó pitresín ni tubo de Sengstaken-Blakemore después de la esclerosis.

* Profesor Auxiliar, Departamento de Cirugía, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

RESULTADOS

El Cuadro 1 muestra la distribución por edad y sexo. El paciente más joven tenía 15 meses y el de mayor edad 67 años. Todos los enfermos habían sangrado de las várices, según se comprobó con la endoscopia por evidencia directa al observar hemorragia activa o estigmas de sangrado reciente (coágulos sobre várices) o por evidencia indirecta ante la falta de lesiones (úlceras, gastritis hemorrágica, etc) en la endoscopia hecha en las 24 horas siguientes al episodio hemorrágico. En uno de los 14 pacientes bastó una sesión para controlar el sangrado agudo; los demás se esclerosaron hasta el colapso de las venas.

En 10 de los casos (71%) la hipertensión portal se debía a cirrosis comprobada por biopsia en 6 y sospechada clínicamente en 4; los 4 enfermos restantes (29%) tenían obstrucción de la vena porta.

El promedio de sesiones hasta el colapso completo de várices fue de 5 con rangos de 3 a 7. El total de los pacientes que completaron el tratamiento presentó colapso completo de las várices al terminarlo.

Diez pacientes (71%) no presentaron recanalización y permanecieron sin evidencia de várices en los controles posteriores. En 2 casos hubo colapso parcial y en 1 no se observó colapso alguno (en un paciente no se pudo encontrar información).

La mitad de los sujetos resangraron; 3 lo hicieron durante el procedimiento y se controlaron después en las siguientes sesiones; 2 sangraron cuando se terminó el tratamiento, por lo que se pueden considerar como fallas verdaderas.

Si a ellos se suma un tercer paciente a quien se le colapsaron las várices esofágicas pero que resangró de várices del techo, se tiene 21.4% como proporción de fallas en el procedimiento (Cuadro 2). El último paciente falleció por la hemorragia de las várices fúndicas (la escleroterapia no es un buen método para várices del techo) a pesar de escleroterapia, de una derivación mesentérico-cava, de esplenectomía y de devascularización gástrica posteriores. Los 2 pacientes que resangraron durante el procedimiento inicial tenían signos endoscópicos que los clasificaban como de riesgo alto de sangrado (punto rojo)³.

En 7 pacientes el tratamiento se inició en el momento del sangrado agudo, en 100% de los casos se logró el control inmediato; 2 individuos de este grupo resangraron en los siguientes 15 días, uno de ellos se controló definitivamente con inyecciones repetidas, el otro murió por la hemorra-

Cuadro 1
Distribución por edad y sexo

Edad	Hombres	Mujeres	Total
0-10	-	1	1
11-20	1	1	2
21-30	2	-	2
31-40	1	-	1
41-50	-	-	-
51-60	3	1	4
61-70	2	2	4

gia de las várices del techo.

En algún momento durante el tratamiento, en 6 pacientes hubo erosiones superficiales del esófago que se manejaron con sucralfate masticado; además, la siguiente sesión de esclerosis fue diferida por 2 semanas⁵. De estos pacientes, en 2 fue necesario dilatar el esófago para corregir la estenosis en el sitio de las inyecciones; en 2 hubo ascitis, en uno disfagia y en otro hipotensión, como complicaciones.

Tres de los pacientes habían tenido cirugía derivativa previa que no logró controlar el sangrado. (Una derivación esplenorrenal distal y 2 derivaciones mesocava en H).

Hubo 3 muertes (21.4%); dos por falla hepática y un tercero, por sangrado a pesar de la escleroterapia y de la cirugía derivativa de urgencia.

DISCUSION

El procedimiento de elección para el control de la hemorragia por várices esofágicas sangrantes es la escleroterapia². El cese inmediato de la hemorragia se ha informado entre 72% y 100% de los casos². Según la experiencia de este trabajo, el control inmediato fue 100% con resangrado dentro de la misma hospitalización en 2 de los casos. El procedimiento se realiza sin dificultad bajo intubación endotraqueal. Durante la primera sesión el procedimiento es largo por el sangrado repetido de las venas que se inyectan; esto es mal tolerado por el paciente despierto y además existe el riesgo de la broncoaspiración. El empleo de esta técnica en el control a largo plazo del sangrado se debe a la búsqueda de alternativas al tratamiento quirúrgico.

Cuadro 2
Frecuencia de Resangrado

1. Resangrado		
Esófago durante Tx	3	(21.4%)
Esófago después Tx	2	(14.3%)
Techo gástrico	1	(7.1%)
Gastritis	1	(7.1%)
Subtotal	7	(50.0%)
2. No resangrado		
	6	(43.0%)
3. Sin datos		
	1	(7.1%)
Total	14	(100%)

Aunque la cirugía disminuye en forma importante la hemorragia, no repercute en la mortalidad que es igual a la de los pacientes sin operación y que han sangrado de várices. Los enfermos que se operan mueren en encefalopatía y los no operados mueren sangrando sin diferencias en la sobrevida a 5 años⁶.

Otra desventaja de la cirugía es que compromete la calidad de la vida por la encefalopatía crónica que produce⁷. Aún no es claro cuál es el porcentaje de resangrado en los pacientes que se manejan en forma exclusiva con escleroterapia. En la literatura las cifras oscilan entre 43% y 65% a un año⁸ contra 7% a 9% de la cirugía derivativa⁷.

Se debe tener en cuenta que el resangrado en los enfermos con escleroterapia previa es de poca severidad y muy fácilmente controlable. En el HUV los episodios de resangrado se controlaron con facilidad en una sesión de escleroterapia o cedieron espontáneamente. El resangrado es más frecuente en las 8 semanas siguientes al procedimiento⁸ y disminuye en frecuencia después de un año.

Los estudios bien elaborados (prospectivos y al azar) de la literatura permiten concluir que la sobrevida en los pacientes con escleroterapia es igual o mejor que la de quienes han sangrado y han recibido manejo médico^{6,9} y es por lo menos igual a la de los enfermos operados^{6,9} pues es un procedimiento con costos menores y con una sobrevida de mejor calidad al evitarse los efectos de la encefalopatía portosistémica crónica.

La técnica inicialmente descrita¹ que se popularizó¹⁰ incluye el uso de un esofagoscopio rígido bajo anestesia general. Además se ha descrito el empleo de balones de compresión y sobretubos con el fin de evitar el desplazamiento de la solución esclerosante lo cual no ha sido posible a pesar de estas modificaciones. Hay la tendencia a simplificar la técnica mediante endoscopios flexibles con anestesia faríngea¹¹.

La discusión planteada sobre si la inyección de la sustancia esclerosante debe ser dentro de la vena (intravariceal) o en la submucosa vecina (paravariceal) probablemente no tenga mayor importancia. Una evaluación radiológica de la técnica mostró que 44% de las inyecciones son paravariceales aunque se intentó colocarlas en la luz de las várices¹².

De su experiencia inicial con esta técnica el autor deduce que la escleroterapia es un método sencillo y efectivo para controlar el sangrado agudo con pocas complicaciones. Aunque los resultados a largo plazo fueron buenos no es posible hacer conclusiones por el número bajo de pacientes y por las dificultades para hacer un seguimiento adecuado.

SUMMARY

Endoscopic sclerotherapy is a new method for acute and long term control of variceal bleeding of the oesophagus. Initial experiences with the method at the Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia, including indications, technique, results and complications, are presented.

REFERENCIAS

1. Crafford, C. & Frenckner, P.: New surgical treatment of varicose veins of the oesophagus. *Acta Otolaryngol*, 1939, 27: 422-429.
2. Bernau, J. & Rueff, B.: Treatment of acute variceal bleeding. *Clin Gastroenterol*, 1985, 14: 185-207.
3. Beppu K., Inokuchi, K., Koyanagi, N., Nakayama, Sh., Sakota, H., Kitano, S. & Kobayashi, M.: Prediction of variceal hemorrhage by esophageal endoscopy. *Gastrointest Endosc* 1981, 23: 213-218.
4. Jensen, D.M.: Sclerosants for injection sclerosis of esophageal varices. *Gastrointest Endosc* 1983, 29: 315-317.
5. Roark, G.: Treatment of sclerotherapy esophageal ulcers with sucralfate. *Gastrointest Endosc*, 1984, 30: 9-10.
6. Conn, H.O.: Ideal treatment of portal hypertension. *Clin Gastroenterol*, 1985, 14: 259-288.
7. Rikkers, L.F.: Portal hypertension. Pp. 1-37 en Goldsmith H.S. (ed) *Practice of Surgery*. Harper Row, 1981.
8. Schalm, S.W. & Van Buuren, H.R.: Prevention of recurrent variceal bleeding: non surgical procedures. *Clin Gastroenterol*, 1985, 14: 209-232.
9. Cello, J.P., Grendell, J.H., Crass, R.A., Weber, T.E. & Trunkey, D.D.: Endoscopic sclerotherapy versus portocaval shunt in patients with severe cirrhosis and variceal hemorrhage. *N Engl J Med*, 1984, 311: 1589-1600.

10. Terblanche, J.: Indications, technique, results, and complications of sclerotherapy. *Gastrointest Endosc*, 1983, 29: 308-310.
11. Chuny, R.S.: A technique of sclerotherapy. *Surg Gastroenterol*, 1983, 2: 303-309.
12. Grobe, J.L., Kozarek, R.A., Sanowski, R.A., LeGrand, J. & Kovac, A.: Venography during endoscopic injection sclerotherapy of esophageal varices. *Gastrointest Endosc*, 1984, 30: 6-8.