

ESCLEROTERAPIA EN VARICES ESOFÁGICAS

Dr. Armando Rivas García *
Dr. Gustavo A. Zúñiga h.

**

El sangrado de tubo digestivo superior por varices de esófago, representa uno de los problemas más difíciles en el manejo a largo plazo del paciente con hipertensión portal. De allí que se han ideado a través de los años una serie de procedimientos que tienen por objeto el control del sangrado o la prevención del mismo con técnicas **quirúrgicas** o medidas **conservadoras**, (figura No. 1).



FOTO No. 1.- Se aprecia el inyector siendo introducido en el lumen de una vena varicosa.

Tabla No.1

MÉTODOS DE TRATAMIENTO DE VARICES ESOFÁGICAS SANGRANTES:

1. CONTROL DE SANGRADO AGUDO
Taponamiento esofágico. Terapia vasoconstrictiva: **Vasopressin**
Triglicivaso pressin Otros:
nitroglicerina isoproterenol
dinitrato de isosor-bide

* Jefe Servicio de Gastroenterología. Hospital Escuela

** Endoscopista Hospital Escuela

Somatostatina
Escleroterapia
Obliteración transhepática de las venas coronarias
Transección esofágica
Derivación quirúrgica.

2. CONTROL DE SANGRADO CRÓNICO

Escleroterapia
De vascularización y esplenectomía toracoabdominal
Bloqueo beta-adrenérgico
Derivación quirúrgica

El propósito del presente trabajo es exponer la experiencia en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Escuela con la técnica de Esclerosis de várices en pacientes con Hipertensión Portal, técnica que ha sido revisada en los últimos años como alternativa de buen suceso.

MATERIAL Y MÉTODOS

El protocolo incluyó un total de 17 pacientes que ingresaron al Hospital Escuela del 10 de mayo en 1984 al 10 de enero de 1985 por sangrado de várices esofágicas. Todas las escleroterapias se efectuaron en el Departamento de **Gastroenterología** (Sala de Endoscopia) con la técnica de inyección de las sustancias esclerosantes intravaricosas.

Se usó: Panendoscopio Olympus Modelo GIF Q
Inyector Olympus NM— KI

Solución esclerosante: Sotradecol al 30/o (Sulfato de tetradecilo) 2 cc. más
Glucosa Hipertónica 50o/o 2 cc.
Azul de Metilo 10o/o 10o/o) 4 cc

De los 17 pacientes manejados con escleroterapia 15 fueron inyectados durante la fase aguda de su sangrado y 2 en forma selectiva, con antecedentes de sangrado a repetición por várices en el pasado.

Sexo: 12 del sexo masculino 5
del sexo femenino

Edad: El rango de edad varió de 16 a 77 años, con una edad promedio de 49. Los dos casos realizados en forma selectiva han sido clasificados como hipertensión portal esencial, pues los mismos habían sido sometidos a derivación espleno-renal y no se encontró hepatopatía ni trombotosis de la esplénica. A pesar de su derivación tenían varios episodios de sangrado agudo por várices las cuales persistieron después de su cirugía.

Se inyectaron 91 venas varicosas con un promedio de 3 várices por sesión. (Figura No. 2)



FOTO No. 2.- Se inyecta la solución esclerosante y se puede observar la ingurgitación del vaso al ser inyectado.

RESULTADOS:

El procedimiento fue tolerado muy bien por todos los pacientes, 4 de ellos (23o/o) se quejaron de dolor retroesternal de moderada intensidad durante o inmediatamente después de la escleroterapia, usándose en 2 de ellos analgésicos no narcóticos.

La cantidad promedio inyectada en cada várice varió 1 cc y en tres 1/2 cc. dependiendo del tamaño de la várice (grosor del vaso). Ver Figura No. 3. Sangrado durante el procedimiento de forma importante se presentó en dos de los casos siendo ne-



FOTO No. 1.- Se observan varios cordones varicosos inyectados. Se puede apreciar la utilidad del colorante que demuestra los vasos inyectados.

cesario transfundirlos, uno de los pacientes resangró 2 días después del procedimiento (segunda sesión) entró en coma y falleció.

Ninguno de los pacientes presentó las complicaciones clásicas: tales como:

Úlcera	Esofágica
Derrame	Pleural
Estenosis de esófago	

Hubo un paciente que desarrolló pirexia en los días posteriores a su escleroterapia, sin otra causa demostrable.

El intervalo entre sesiones varió entre 4 y 6 semanas. Cuatro de los pacientes sólo se les realizó una sesión y no concurrieron más a sus citas.

DISCUSION:

El uso de la escleroterapia en el tratamiento de las várices de esófago fue inicialmente descrito por Grafoord y Freckner en 1939, sin embargo, el método no se le dio la atención necesaria pues el instrumental endoscópico de la época hacía el procedimiento inseguro y técnicamente difícil de realizar, dándosele preferencia a una variedad de procedimientos derivativos aún en boga en la actualidad.

Desde los trabajos de Macbeth en 1955 que escleroso un total de 30 pacientes con buenos resultados, han venido apareciendo en la literatura gran número de estudios en los que se discute además de los resultados favorables prolongando la vida de estos

pacientes, las subtilidades técnicas tal es el tipo de instrumento a emplear, el número de várices a esclerosar lo mismo que el periodo que debe transcurrir entre una sesión y otra, asimismo una modalidad reciente es la escleroterapia como medida de urgencia en paciente con sangrado activo tal como fue llevada a cabo con buen suceso en el 880/0 de nuestros casos. En la actualidad persiste la controversia si es más efectiva la esclerosis perivenosa o intravariceal, usándose la última en los casos de sangrado activo tal como fue llevada a cabo en la mayoría de los pacientes del Hospital Escuela.

Si bien existen estudios prospectivos comparando la sobrevida de pacientes cirróticos con derivación versus escleroterapia, la cortedad del actual estudio de únicamente ocho meses nos abstiene de estadísticas concluyentes y un seguimiento del mismo es planeado para ser seguido a largo plazo.

Nuestra corta casuística coincide con la literatura en cuanto a lo benigno del procedimiento, lo controlable de las complicaciones y la mortalidad relativamente baja de 5.880/0 en pacientes que ingresan al hospital con un índice de mortalidad de un 50o/o.

CONCLUSIONES

1. Se efectúan escleroterapia de várices esofágicas sangrantes en 15 pacientes y en 2 pacientes en forma selectiva.
2. El procedimiento fue bien tolerado por los pacientes y no sucedió ningún accidente durante la escleroterapia.
3. La complicación más frecuente fue el dolor retroesternal de moderada intensidad que respondió a los analgésicos comunes.
4. Se observó un óbito del total de casos (12o/o) que aconteció por resangrado 48 horas después del procedimiento.
5. La sobrevida de los pacientes a pesar de lo corto del seguimiento es comparable a los procedimientos derivativos quirúrgicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lewis J, Chung R. Allison (1980); Sclerotherapy of Esophageal Varices. ARCH. SURG., 115:476-480.
2. Palani C, Abuabaras, Kraft A, Jonansson O. (1981): Endoscopia Sclerotherapy in acute variceal hemorrhage. AM-J. Surg., 141:164-168.
3. Sivak M. Stout I, Skipper G. (1981): Endoscopic injection sclerosis (EIS) of Esophageal Varices. Gastroint. End., 27:52-57.
4. Terblanche J., Northover J., et al.- (1979): A prospective Evaluation of injection sclerotherapy in the treatment of acute bleeding from esophageal varices. Surgery 85:239.
5. Bozyski Eugene (1982) Gastroenterologic Procedures PP. 174-179. Raven Press, New York.
6. Grafoord G., Frenck, P.: (1983) New Surgical Treatment of Varicose Veins of the Esophagus. Acta Otorinol. (Stock) 27:422-428.
7. Ferron, B., Sass-Kortsak, A (1959): The management of esophageal varices in children by injection of sclerosing agents. Ann Otor Rhinol 68:906-911.
8. Silvil MN: (1983) Progress of therapeutic techniques for GI Endoscopy Pag. 25-28. Olympus Optical Co. Ltd. Tokyo, Japan.