

ESCLEROSIS DE VÁRICES ESOFÁGICAS SANGRANTES

Presentación de un caso y discusión del procedimiento

DR. JORGE MIRANDA MARTINEZ*
DRA. FLOR GUILLEN MORA**

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un paciente anciano con cirrosis hepática, ictericia y ascitis importantes, episodios de precoma y várices esofágicas que sangraron en varias ocasiones en el transcurso de un mes. Por ser de alto riesgo cualquier procedimiento quirúrgico de urgencia, se procedió entonces a esclerosar los paquetes varicosos por vía endoscópica, usando un fibroscopio Olympus y como sustancia esclerosante la glucosa hipertónica. Cuatro meses después de tal terapia el paciente se encontraba bien y sin recidiva del sangrado.

Se discuten las indicaciones del procedimiento, sus ventajas sobre el convencional uso de balones intraesofágicos y las variantes de técnica usadas por diversos autores.

Se hace énfasis en que en estudios prospectivos bien controlados, la esclerosis de várices puede lograr una sustancial reducción en la mortalidad de estos pacientes, en relación con la convencional terapia médica que incluye balones intraesofágicos.

SUMMARY

A 70 years old patient with hepatic cirrhosis, jaundice, ascitis hepatic encephalopathy and repeated bleeding from esophageal varices, was subjected to an emergency variceal sclerotherapy procedure, the first done in Costa Rica, carried out with success, using a flexible endoscope and hipertonic glucose as sclerosing agent. Four months later he was in good condition and there was no evidence of re-bleeding.

The procedure indications and its advantages over the conventional use of Blake-more balloon are discussed.

The lower mortality rate achieved with this method, in comparison with the use of S-B tube, is stressed.

La terapia esclerosante de las várices esofágicas sangrantes fue primeramente descrita por Crafoord y Frenchner, en 1939.

Después de años en que no gozó de popularidad como opción terapéutica en cirróticos gravemente descompensados y con várices sangrantes, en los últimos años han aparecido informes sobre su utilidad provenientes de autores irlandeses (Johnston y Rodgers)², alemanes (Paquet y Oberhammer)⁵, sudafricanos (Terblanche y cols.)⁹⁻¹⁰ y franceses (J.Pinel)⁶.

Quizás la puesta en boga de tal procedimiento se deba, como dice Terblanche⁹⁻¹⁰, a que una revisión prospectiva del valor terapéutico del balón de Sengstaken Blakemore hecha en su hospital, puso en evidencia que en un 60% de los pacientes el sangrado recidivaba durante la hospitalización y al quitarles el balón; además, la mortalidad intrahospitalaria de tales pacientes era de un 60%.

Las técnicas para llevar a cabo este procedimiento difieren mucho, así como el material usado como esclerosante. Pinel⁶, en 1971, describía un esofagoscopio rígido con iluminación distal y proximal y el uso de agujas acodadas; mencionaba el clorhidrato de quinina y de urea como agente esclerosante. Más recientemente^{1,6} se ha descrito la uti-

* Gastroenterólogo, Hospital México, C.C.S.S.
** Residente de Postgrado en Gastroenterología.

lización de un esofagoscopio rígido con una abertura lateral-distal, a través de la cual protruye el paquete varicoso a la luz del instrumento, facilitando así su punción: como agente esclerosante se ha utilizado el oleato de etanolamina^{2, 6}. Las inyecciones se llevaron a cabo intravascularmente y no submucosas, como han descrito otros. Algunos autores mencionan el uso de esclerosantes tales como el sotradecol y el morruato de sodio, usados también para venas periféricas, pero se ha descrito con este último agente un alto porcentaje de complicaciones, al menos experimentalmente, con necrosis en el esófago de casi todos los animales usados³.

Se ha informado también la utilización de glucosa hipertónica al 50^o/o.

Se ha practicado también este procedimiento con endoscopios flexibles de fibra de vidrio y la casa Olympus ha lanzado al mercado un aditamento para inyectar a través de estos instrumentos.

Se ha publicado además la obliteración de várices esofágicas sangrantes en forma percutánea transhepática, cateterizando las ramas de la vena porta y la coronaria hasta liberar la sustancia esclerosante en esa vena y sus ramas esofágicas⁸. Tal procedimiento, aunque en manos expertas ha producido un alto porcentaje de éxitos en la detención de la hemorragia aguda, exige una técnica refinada y se ha encontrado que el porcentaje de recanalización y recidiva del sangrado es muy alto.

Queremos presentar ahora un caso clínico que constituye el primero en Costa Rica, en el cual se ha llevado a cabo una esclerosis de várices esofágicas por vía endoscópica.

CASO CLINICO.

E.A.A., masculino, 70 años, comerciante retirado. Antecedentes de alcoholismo importante por más de 30 años. Un ingreso hospitalario previo en 1978 con diagnóstico de salida de hepatitis alcohólica. Otro ingreso en 1979 con diagnóstico de cirrosis hepática, glomerulonefritis crónica, insuficiencia renal, anemia e hipertrofia prostática. Tercer ingreso del 6-VII-1982 al 5-VIII-82, con ataque al estado general, palidez de piel, ictericia y evacuaciones melénicas; ingesta etílica activa e importante.

Examen físico: hipotenso, consciente, orientado; icterico; telangiectasias en mejillas y tórax; palma hepática y ascitis importante. Hígado palpable a expensas del lóbulo izquierdo, nodular. No se palpó bazo.

Pruebas funcionales hepáticas: tiempo de protrombina 33^o/o, bilirrubina total 10.1 mg/dl.; bilirrubina directa 6.7 mgs.; fosfatasa alcalina 572 U.I./lt. (normal hasta 130); proteínas séricas totales 6.3 gramos/dl.; albúmina 2.7 grs.

Una esófago-gastro-duodenoscopia reveló várices grado IV, no sangrantes, en el momento del estudio, gastritis aguda y crónica y duodenitis leve.

La punción del líquido ascítico mostró un trasudado sin células malignas. Una gamagrafía de hígado mostró imagen compatible con cirrosis, sin evidencia de lesiones espacio-ocupantes.

El paciente cursó con confusión mental, somnolencia y asterixis. Seis días después de su ingreso presentó nuevo episodio de sangrado alto con shock hipovolémico que ameritó transfusión sanguínea y uso de Pitresín I.V. Se recuperó y suspendió la hemorragia, pero ocho días después hizo nuevo sangrado severo. En total presentó seis episodios de hemorragia que precisaron el uso de siete litros de sangre total y repetidas infusiones de Pitresín. Ante tal situación se realizó una interconsulta con cirujano quien, como era de esperar, no recomendó ningún procedimiento quirúrgico por el estado general del paciente y funcional de su hígado.

El 28-VII se llevó a cabo nueva endoscopia en sala de operaciones y bajo anestesia con Talamonal, empleando un endoscopio Olympus modelo K. Se encontraron várices esofágicas grado IV erosionadas y sangrando en escasa cantidad; no se vieron otras lesiones potencialmente sangrantes en estómago o duodeno. Se procedió entonces a inyectar los tres paquetes varicosos mayores con una solución de glucosa hipertónica al 50^o/o, utilizando para ello el inyector Olympus N-M 1-K, haciendo la inyección intravascular y utilizando un total de 20 c.c. de glucosa. Inmediatamente después se colocó un balón de Linton que se dejó con tracción por ocho horas y se quitó después con mínimo sangrado.

En los días siguientes el paciente tuvo crisis de tos irritativa y febrícula de 37.7^oC. por varios días, pero una telerradiografía de tórax no mostró anormalidades. Fue tratado con antibióticos ante la sospecha de broncoaspiración. El paciente evolucionó bien, sin repetir el sangrado y se externó 8 días después, aún con ascitis e importante ictericia. 18 meses después del procedimiento, el paciente continúa tratándose en su domicilio y sin manifestaciones de nueva hemorragia. Ha rechazado un nuevo procedimiento endoscópico de control.

COMENTARIO

Los resultados obtenidos en este primer caso nos han entusiasmado con la técnica terapéutica en discusión.

Creemos, al igual que otros colegas cirujanos con quienes hemos comentado este tema, y de acuerdo con autores consultados, que existen indicaciones precisas para llevar a cabo la esclerosis y que son: paciente sangrante de várices esofágicas, que no responde al tratamiento médico convencional y en quien no se puede realizar ningún procedimiento quirúrgico por contraindicarlo así el estado funcional de su hígado. Un punto crucial de lo antes enunciado sería que, si por tratamiento médico convencional estamos entendiendo e incluyendo el uso de balón esofágico. No nos parece necesario cumplir obligadamente con este paso, ya que como dijimos en un principio, el uso del balón conlleva

un 60^o/o de recidiva de sangrado y también un 60^o/o de mortalidad. Terblanche, con la esclerosis endoscópica de las várices, ha logrado bajar la mortalidad a cerca de un 25^o/o.

En cuanto al tipo de pacientes en quienes habitualmente se lleva a cabo esta técnica, y que ejemplifica muy bien el nuestro, cabe mencionar aquí la casuística de Palani et al.⁴, quienes realizaron este procedimiento a enfermos que, de acuerdo a la clasificación de Child, se agrupaban así: Clase A = ninguno. Clase B = 3 pacientes (12.5^o/o). Clase C = 21 pacientes (87.5^o/o). La albúmina sérica era menor de 3 gramos en 79^o/o de ellos, la bilirrubinemia mayor de 3 mgrs., en 79^o/o y ascitis importante existía en un 75^o/o de los casos.

Otra indicación la constituirían pacientes que, pese a cirugía derivativa ya efectuada presentan nuevamente otro u otros episodios de sangrado achacables a sus várices.

El recurrir a la esclerosis de várices ante un enfermo que ya ha presentado un episodio de sangrado y en sustitución electiva de un procedimiento quirúrgico, es una conducta que está en estudio sobre sus resultados a largo plazo, y que por lo tanto aún no se puede recomendar⁷.

En general se propugna realizar más de una sesión de escleroterapia, ya que si no es así la posibilidad de recanalización y nuevo sangrado es muy alta; de hecho éste fue uno de los argumentos que durante años se usaron en contra de esta técnica terapéutica.

Es posible que el uso combinado que hicimos nosotros de escleroterapia y balón compresivo haya facilitado una mejor trombosis varicosa y alejado así la posibilidad de un nuevo sangrado, pese a que, por rechazo del paciente al procedimiento, sólo pudimos efectuar una sesión de escleroterapia.

El uso de fibroendoscopios flexibles ofrece ventajas y desventajas en relación con el uso de endoscopios rígidos. Estos permiten el colapso de las várices y la detención de la hemorragia mientras se inyecta y permiten hacer hemostasis posterior a la inyección, al usar su calibre para comprimir los paquetes. Sin embargo, en la serie de Terblanche⁹⁻¹⁰ se describen dos accidentes (perforación de esófago), que no deben subestimarse y que con el endoscopio flexible no deben ocurrir. Con el fibroscopio, por el contrario, si hay hemorragia importante ésta no se puede detener y la visión suele ser entonces muy limitada.

En nuestro paciente tuvimos que recurrir al uso de glucosa hipertónica como esclerosante, ante la carencia en nuestro medio de otros agentes y el temor que nos inspira el uso de sotradecol. Actualmente ya contamos con una limitada existencia de oleato de etanolamina, que parece ser la sustancia más exenta de riesgos y más efectiva²⁻⁶

BIBLIOGRAFIA

1. Bailey, M.E.; Dawson, L.J. "Modified Oesophagoscope for injecting oesophageal varices". Brit. Med. J., 1975, 2:540-540.
2. Johnston, G.W.; Rodgers, H.W. "A review of 15 years' experience in the use of sclerotherapy in the control of acute hemorrhage from oesophageal varices". Brit. J. Surg. 1973, 60: 797-800.
3. Lewis, J.W.; Chung, R.S.; Allison, J.G. "Injection sclerotherapy for control of acute variceal hemorrhage". Am. J. Surg. 1981, 142: 592-595.
4. Palani, C.K. et al. "Endoscopic sclerotherapy in acute variceal hemorrhage". The Am. J. of Surg., 1981, 141: 164-168.
5. Paquet, K.J.; Oberhammer, E. : Sclerotherapy of bleeding oesophageal varices by means of endoscopy". Endoscopy, 1978, 10:7-12.
6. Pinel, J. et al "Sclerose des varices oesophagiennes". La Presse Medicale, 1971, 79: 1739-1741.
7. Pitcher, J.L. "Safety and effectiveness of the modified Sengstaken Blakemore tube: a prospective study". Gastroenterology, 1971, 61: 291-298.
8. Raschke, E.; Paquet, K. "Management of hemorrhage from esophageal varices using the esophagosopic sclerosing method". Ann. Surg., 1973, 177:99-102.
9. Terblanche, J.; Northover, J.M.A. et al. "A prospective evaluation of injection sclerotherapy in the treatment of acute bleeding from esophageal varices". Surgery, 1979, 85: 239-245.
10. Terblanche, J.; Northover, J.M.A. et al. "A prospective controlled trial of sclerotherapy in the long term management of patients after esophageal variceal bleeding". Surg. Gyn. Obst., 1979, 148: 323-333.
11. Viamonte, M.; Pereiras, R.; Russell, E. et al. "Transhepatic obliteration of gastroesophageal varices. Results in acute and non-acute bleeders". Am. J. Roent. Rad. Ther. Nucl. Med., 1977, 129:237-241.