

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"ESCLEROTERAPIA DE VARICES ESOFAGICAS"

**Estudio retrospectivo de pacientes en el Hospital
Roosevelt, Unidad de Gastroenterología en el período
de enero 1982 a junio 1984.**

PABLO JOAQUIN MALDONADO RUANO

INDICE

Página

CAPITULO I

INTRODUCCION	1
REVISION DE LITERATURA	3
METODOLOGIA	9
PRESENTACION DE RESULTADOS	11
ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	11
CONCLUSIONES	19
RECOMENDACIONES	21

CAPITULO II

PROTOCOLO PARA INYECCION DE ESCLEROTERAPIA EN VARICES ESOFAGICAS	23
--	----

CAPITULO III

ANEXOS	27
RESUMEN	25
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	29

INTRODUCCION

El sangrado de várices esofágicas constituye una de las formas más severas de hemorragia del tracto gastrointestinal, asociándose a una elevada tasa de mortalidad. La gran mayoría de pacientes son cirróticos, y/o con antecedentes de alcoholismo crónico (17).

El manejo y tratamiento sea, éste médico o quirúrgico, estos pacientes en nuestro medio, continúa siendo un problema difícil solución y costo elevado. Dentro de los tratamientos médicos de urgencia se encuentran el lavado gástrico con soluciones frías, uso de la sonda de Sengstaken-Blakemore, y el mantenimiento de signos vitales con soluciones vasopresoras, electrolíticas, sangre y derivados. Ultimamente la escleroterapia de várices esofágicas nuevo ha cobrado popularidad (1,5,6,9).

Es de esta manera como resurge una técnica introducida por primera vez por Crafoord y Frenckner en 1939, la cual al iniciarse despertó inusitado interés, pues los resultados fueron alentadores en el control de la hemorragia por ruptura de várices esofágicas en pacientes sometidos a este tratamiento (1,5,6,9,16).

Con el advenimiento de nuevos procesos quirúrgicos como la derivación selectiva espleno-renal (Derivación de Warren) disminuyó el interés por este procedimiento, agregándose a esto el no contar con instrumentos de fácil manejo, pues a un principio se utilizaba el esofagoscopio rígido haciendo difícil y peligroso el tratamiento por el riesgo de una perforación esofágica, pero la escleroterapia nuevamente cobra fuerza, pues contándose actualmente con el endoscopio flexible de fibra óptica nos provee un instrumento extraordinariamente menos traumático, evitándose a la vez anestesia generales en el paciente en forma repetitivas (1,6,9,11,16,19).

Por lo tanto, consideramos que es de gran importancia conocer los primeros resultados obtenidos empleando la inyección

escleroterapia en 16 pacientes de ambos sexos, y que consultaron al hospital Roosevelt por presentar hemorragia gastrointestinal superior secundaria a várices esofágicas. Siendo lo primero que se hace en este hospital y probablemente en Guatemala, estimamos necesario informar sobre la casuística inicial, teniendo como objetivo principal establecer la utilidad de la escleroterapia como alternativa en el tratamiento de hemorragia gastrointestinal superior secundaria a várices esofágicas. El período de tiempo comprendió enero de 1982 a junio de 1984.

REVISION DE LITERATURA

Las venas colaterales que drenan del sistema porta a la circulación general, se forman por un aumento del gradiente de presión en los sitios de anastomosis entre las venas generales y las portales, esófago, parte inferior del recto, ligamento falciforme, espacio retroperitoneal y adherencias entre el peritoneo visceral y parietal (13,17).

Los vasos colaterales esofágicos entre las venas gástrica y ácigos se desarrollan como vasos tortuosos, dilatados, submucosos de pared delgada, que pueden extenderse desde el fondo del estómago a la parte media del esófago, lo cual se denominan Várices esofágicas, parte importante a tratar en nuestro estudio con relación a la escleroterapia (12,14).

Es importante insistir en que el tratamiento de un paciente con hemorragia masiva del tracto gastrointestinal superior, no permite muchas veces una investigación completa para hacer diagnóstico. Antes de iniciar tratamiento de urgencia, hay que tomar medidas en forma inmediata para reducir al mínimo la morbilidad y mortalidad. El fin aislado más importante para el tratamiento de la hemorragia de urgencia es sostener un volumen sanguíneo adecuado, esto requiere un buen acceso al sistema venoso, como en el caso de hemorragia masiva o choque; la medición de la presión venosa central puede ser una guía para determinar la necesidad de aumentar o disminuir la velocidad de reposición de líquidos, plasma o sangre. Simultáneamente con el establecimiento del grupo sanguíneo y las pruebas de compatibilidad para transfusión, hay que transfundir expansores del plasma o soluciones endovenosas. Pueden emplearse Dextrán, solución salina, Lactato de Ringer o incluso solución de Glucosa al 50/o mientras se espera la obtención de la sangre total (2, 8).

Dentro de las principales causas de várices esofágicas, tenemos la Cirrosis hepática, siendo en la mayoría de los casos en nuestro medio secundaria a alcoholismo crónico. Al respecto de esto, podríamos mencionar el incremento dramático que ha habido en muchos países occidentales durante los pasados veinticinco años, donde la Cirrosis alcohó-

lica ocupa el sexto lugar de las principales causas de muerte, siendo su tasa tan elevada que podría asociarse con alguno de los Carcinomas más letales. Se ha reportado que una tercera parte de estas muertes es debido a hemorragia por várices esofágicas (7,14,17,21).

Hay que considerar el empleo de vaso-constrictores cuando la hemorragia es *masiva*, pero hay que tener también mucho cuidado con la presencia de enfermedad hipertensiva o cardiovascular arterioesclerótica. La infusión intravenosa durante 20 minutos, de 20 unidades de vasopresina, diluidas en 100 cc de glucosa al 50/o en agua destilada, puede ser eficaz. La inyección intravenosa directa selectiva de agentes vaso-constrictores (Pitresina, Adrenalina, etc.) puede dirigirse hacia el vaso que sangra, luego de identificada por arteriografía o venografía (4,8).

En la investigación constante de un tratamiento subsecuente a largo plazo, para el alivio de la Hipertensión Portal, se han intentado algunas técnicas quirúrgicas desde finales del siglo pasado, la primera fue denominada Derivación Portocava, por el joven cirujano ruso Nicolai Eck, en 1877. Esta técnica experimental se llevó a cabo en perros, para probar que la inhibición del flujo portal del hígado no era nocivo para el animal. En su estudio, Eck utilizó 8 perros conectando la Vena Porta a la Cava por una técnica latero-lateral, ligando la Vena porta a la anastomosis, para prevenir que el flujo portal pasara de la anastomosis hacia el hígado. Los resultados fueron que 7 perros murieron durante la primera semana y el octavo escapó del laboratorio, no pudiéndose establecer el resultado de la operación. La conclusión final del estudio fue calificada como desastrosa (21).

La Hipertensión portal con Hemorragia gastrointestinal superior constituye un problema especial, y es la condición más peligrosa para el paciente que padece esta entidad; aproximadamente la tercera parte de los cirróticos mueren de esta complicación: Una hemorragia masiva.

Se han desarrollado otras técnicas quirúrgicas y médicas para el tratamiento de la hipertensión portal y sus consecuencias, entre éstas la Derivación Espleno-renal, y la inyección de agentes esclerosantes en

las várices esofágicas sangrantes, objetivo primordial de esta investigación (7,14,17).

Una Derivación portocava de emergencia podría detener la hemorragia de várices esofágicas y proveer la ventaja teórica de haber realizado una operación definitiva, sin embargo, algunas autoridades médicas recomiendan el procedimiento bajo normas o condiciones estrictas, debido a la elevada mortalidad operatoria, alrededor del 49o/o. Algunas derivaciones además se ven complicadas por condiciones tan severas como la Encefalopatía hepática, (16,17,20,21).

La Derivación espleno-renal, como una operación electiva (Derivación de Warren), mantiene el flujo mesentérico al hígado, mientras se produce descompresión de las várices. Está asociada a una baja incidencia de efectos colaterales, aunque técnicamente es más difícil de realizar y puede efectuarse únicamente en determinados pacientes. El único argumento en favor de esta Derivación es que proporciona una ~~sobrevivencia~~ ^{supervivencia} de 5 años, en contra de una Derivación portocava de emergencia o electiva (16).

Lewis y Col., efectuaron un estudio sobre escleroterapia en el Centro Méridico de la Universidad de Iowa en 18 pacientes de ambos sexos, divididos en 2 grupos, siendo el primer grupo pacientes que sangraban activamente de várices esofágicas comprobadas por endoscopia, mientras que el otro eran pacientes que habían presentado hemorragia recientemente, pero no sangraban al momento del procedimiento ninguna escleroterapia fue realizada profilácticamente. Se utilizó endoscopio flexible de fibra óptica, anestesia tópica en la orofaringe con Xilocaína y sedación intravenosa con Diazepam, Morruato de Sodio como agente esclerosante en dosis de 2 cc. por cada várice (10).

Los resultados reportados fueron control inmediato del sangrado en todos los pacientes con hemorragia aguda. Un paciente sangró 24 horas después de la primera inyección, reinyectándosele nuevamente cesando el sangrado de una várice rota; este mismo paciente presentó hemorragia 2 meses después, recibiendo otra inyección el sangrado fue controlado. Otro paciente sangró 12 días después, se le efectuó endos-

copía pensando en probable ruptura de várice esofágica como causa, no identificándose el sitio exacto del sangrado. De los pacientes restantes ninguno presentó hemorragia de várices esofágicas, observándose mejoramiento en su función hepática (10).

Durante el seguimiento que se realizó, un paciente falleció a los 5 meses no encontrándose várices esofágicas en su última endoscopia. Un promedio de 2.2 inyecciones de escleroterapia por cada paciente fue necesaria para completar erradicación o desaparición de las várices. No hay aparente correlación entre el número de inyecciones y la etiología o severidad de la enfermedad hepática. Las complicaciones presentadas por procedimiento fueron dolor retroesternal o sensación de quemadura al momento de efectuar la inyección del agente esclerosante, lo que persistía por 24 a 48 horas posterior al tratamiento; ulceración superficial se presentó en 4 pacientes, resueltas con tratamiento específico.

Se concluye que este estudio demuestra que la escleroterapia, usando un endoscopio flexible de fibra óptica, facilita grandemente el procedimiento y que se logra control inmediato del sangrado; las complicaciones son mínimas, calificándola de efectiva y segura; recomendando que se realicen estudios prospectivos, al azar y pruebas clínicas controladas, para evaluar el valor a largo plazo de la escleroterapia (10).

Johnston y Rodgers realizaron un análisis retrospectivo de 15 años de experiencia empleando la inyección de escleroterapia en el control de la hemorragia aguda de várices esofágicas, en el Hospital Royal Victoria de Belfast; el tratamiento inicial para cada paciente incluía transfusiones sanguíneas, colocación de la sonda de Sengstaken-Blakemore. En adición, neomicina, lactulosa y lactobacillus son introducidos en el intestino por la sonda para reducir el riesgo de encefalopatía sistémica portal. La escleroterapia es demorada por algunas horas para que este régimen de tratamiento haga efecto y el paciente esté hemodinámicamente estable (9).

Se utilizó esofagoscopio rígido, anestesia general, Oleato de Etanolamina como agente esclerosante en dosis de 2 a 3 cc. por cada vári-

ce. Usualmente después de cada inyección se colocaba la sonda de Sengstaken-Blakemore por algunas horas. Durante este período de 15 años, de 1958-1972, un total de 117 pacientes recibieron 217 inyecciones. En 87 pacientes el diagnóstico de Cirrosis Hepática fue la causa principal de hipertensión portal, debido a bloqueo intrahepático, en el bloqueo 29 fue extrahepático, y únicamente en un paciente no se pudo establecer la causa (9).

En un total de 194 admisiones por hemorragia aguda y donde se realizó inyección de escleroterapia, el sangrado fue controlado en 177 casos dando un 93o/o de control de la misma. Una inyección fue suficiente en 158 casos, pero ocasionalmente más de una fue requerida. Se reportaron 35 muertes, siendo las causas en 19 pacientes, luego que la hemorragia había sido controlada, coma hepático; 10 de hemorragia no controlada, 6 después de ser sometidos a operaciones de emergencia siendo derivaciones portocava, dando un 18o/o de mortalidad del total de las 194 admisiones, pero la mortalidad por inyección estuvo debajo del 12o/o (9).

Se expresa que la escleroterapia está generalmente libre de complicaciones, aunque no es extraño que el paciente presente taquicardia moderada, leve pirosis y algunas veces dolor retroesternal, dentro de las 24 o 48 horas después de la inyección; presumiéndose que sea debido a esofagitis por el efecto irritante del esclerosante.

En el seguimiento de 3 meses a casi 15 años de la primera inyección, en el grupo cirrótico, 36 pacientes sobreviven, y 25 de los 29 pacientes con bloqueo extrahepático todavía estaban vivos al efectuar este estudio (9).

Concluyen Johnston y Rodgers que la escleroterapia no puede considerarse como un sustituto de las derivaciones. Sin embargo, en pacientes donde una derivación está contraindicada la escleroterapia constituye una gran alternativa por su apreciable tasa de sobrevida y dada su baja morbilidad y mortalidad que no tienen otros procedimientos empleados usualmente (9).

Terblanche y Col., en un estudio de 25 meses, sobre hemorragia gastrointestinal superior, efectuado en el Hospital de la Universidad de Sur Africa, en 64 pacientes con várices esofágicas demostradas por endoscopia, obtuvieron en el 92o/o de casos, control de la hemorragia con una sola inyección de escleroterapia, con una mortalidad de 25o/o. Empleando esofagoscopio flexible de fibra óptica, Morruato de Sodio como agente esclerosante en dosis de 2 a 5cc. en cada várice, anestesia local en orofaringe y sedación intravenosa con Diazepam (19).

Concluyen Terblanche y Col., que la inyección de escleroterapia, es el tratamiento de elección en emergencia de pacientes con hemorragia gastrointestinal superior por ruptura de várices esofágicas, en donde los procedimientos conservadores iniciales no dan resultado (19).

Macdougall Y Col., en una investigación realizada en el Kings college Hospital de Londres, en 197 pacientes con cirrosis alcohólica y hemorragia de várices reciente, divididos en 2 grupos, recibiendo tratamiento con escleroterapia un grupo de 51 pacientes, estableciendo que 22 (43o/o) de ellos solamente sangraron 4 después de la obliteración de várices esofágicas. Esto contrasta con los episodios de sangrado en 42 (75o/o) pacientes del otro grupo de 56 que recibieron tratamiento médico conservador (12).

Las complicaciones presentadas por procedimiento en las investigaciones descritas anteriormente fueron: ulceración superficial en el sitio de inyección, dolor retroesternal y disfagia inmediatamente después de la escleroterapia (12,19).

Macdougall Y Col., concluyen que la escleroterapia constituye un tratamiento de gran utilidad para el paciente que sangra por várices esofágicas, y que el riesgo de hemorragia después de la obliteración se reduce grandemente; atribuyendo también la facilidad con que se realiza el procedimiento por los instrumentos actualmente empleados (12,19).

METODOLOGIA

Se realizó un estudio retrospectivo en los primeros 16 pacientes que fueron sometidos a escleroterapia de várices esofágicas, los que acudieron a la emergencia del Hospital Roosevelt, por presentar hemorragia gastrointestinal superior secundaria a ruptura de várices esofágicas, comprobada por endoscopia; efectuándose una revisión de cada historia clínica de estos 16 pacientes, previa elaboración de una ficha para recopilar datos con las variables que más adelante se enumeran. Estos pacientes, previo a la inyección de escleroterapia, deberían de llenar los requisitos que se encuentran en el protocolo para efectuar este tratamiento (ver anexo). El período de tiempo estuvo comprendido de Enero 1982 a Junio 1984.

Se considera de gran importancia dar a conocer la forma como se llegó a la elección de cada paciente para poder someterse a este tratamiento. Todo paciente consultó la emergencia del Hospital por presentar hemorragia gastrointestinal superior, siendo el tratamiento inicial lavado gástrico con soluciones frías, reposición de volumen y transfusiones sanguíneas; en los pacientes que no respondieron a este tratamiento, se evaluó detenidamente la conveniencia o no de colocación del balón o sonda de Sengstaken-Blakemore dadas sus peligrosas complicaciones (10). Posteriormente que se lograba equilibrio hemodinámico, se realizaba la endoscopia para establecer la causa del sangrado; en este trabajo la causa observada fue ruptura de várices esofágicas; seguidamente se procedió a sacar pruebas de laboratorio las que se describen en el protocolo para inyección de escleroterapia (ver anexo), se efectuó también biopsia hepática percutánea.

Los materiales utilizados en esta investigación fueron: referencias bibliográficas, los libros de registros de la Unidad de Gastroenterología y del Archivo Médico del Hospital Roosevelt, ficha de recopilación de datos. Los recursos humanos, además del autor, lo constituyeron el asesor y revisor de tesis.

Las variables incluídas en la ficha para copiar datos fueron, edad, sexo, diagnóstico etiológico de las várices, localización, número

de várices observadas, número de várices esclerosadas, cantidad y esclerosante utilizado, sangrado si había o se producía, al momento de efectuar la inyección del esclerosante o recurrencia de sangrado en esclerosis y complicaciones por procedimiento.

Los datos obtenidos se presentan en cuadros simples, utilizando estadística descriptiva, haciendo de cada uno el correspondiente análisis y discusión pertinente, y luego se sacan las conclusiones y recomendaciones necesarias.

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

En la revisión de casos se encontraron 16 pacientes que fueron sometidos a escleroterapia de várices esofágicas, por presentar hemorragia gastrointestinal superior secundaria a ruptura de las mismas.

Se encontró que del total de pacientes, 10 correspondían al sexo femenino y 6 al sexo masculino; respecto al sexo, un estudio reciente^{1/} efectuado en el Hospital Roosevelt coloca al sexo masculino como el más afectado por cirrosis hepática, y que es ampliamente explicable en vista de que la patología que comunmente conduce a esta condición, la cirrosis, es más frecuente en este sexo por los hábitos de alcoholismo. En este trabajo el sexo femenino presentó más casos de la enfermedad referida.

En cuanto al grupo etáreo, el intervalo de 36 a 42 años presentó 6 pacientes, seguido por el de 57 a 63 años con 5 casos, dato que se puede relacionar a la edad que Robbins^{2/} considera como la más afectada por esta enfermedad, y que oscila entre 25 y 64 años; a la vez que la cirrosis hepática como etiología de hipertensión portal y de várices esofágicas aparece como una de las principales causas en la literatura revisada (1,2,3,5,9,10,12).

Observando el Cuadro No. 2, se aprecia, que se realizaron 3 sesiones por cada paciente, y que 5 de ellos presentaron hemorragia después de la primera sesión de escleroterapia, sometiéndose a todos los pacientes a una segunda sesión o inyección de escleroterapia. El tiempo promedio entre cada sesión fue de 2 meses, reportándose que durante el período transcurrido entre la segunda y tercera sesión, 4 pacientes sangraron, efectuándoseles la tercera sesión, con el fin de lograr una mejor obliteración de las várices esofágicas.

- 1/ Estrada S., S. F. Evaluación y Tratamiento del paciente con várices sangrantes del esófago por hipertensión porta. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1983. 54 p.
- 2/ Robbins, S. L. Patología Estructural y Funcional. 1a. Ed. Interamericana, 1975, 1516 p (pp. 988)

De acuerdo a los conceptos y experiencias obtenidas por otros investigadores tratando de establecer la causa del sangrado en el período posterior a la inyección, se plantean 4 posibilidades siendo: una várice no tratada, gastritis erosiva y ocasionalmente erosión en el sitio de la inyección, fracaso en la obliteración de la várice esofágica por el agente esclerosante (10,11).

En el Cuadro No. 3, se relacionó el número de várices esofágicas observado en la primera sesión (consulta), con los de la segunda y tercera, no encontrándose aumento de las mismas al momento de efectuar la endoscopia y la inyección del esclerosante en la segunda sesión (1a. reconsulta), comprobándose en la tercera sesión (2a. reconsulta) de un paciente, la desaparición completa de una várice, y en los restantes pacientes permaneció la misma cantidad observada al inicio. Esto permite hacer una comparación con lo expuesto por otros investigadores quienes describen en sus estudios erradicación total de várices esofágicas en algunos pacientes, con promedio de 2.2 inyecciones por paciente (10,17,18). En este trabajo se logró con 3 inyecciones por paciente.

Terblanche y Col., en investigaciones realizadas en el hospital de la Universidad de Sur Africa han encontrado desaparición de várices gástricas después de la esclerosis distal de várices esofágicas, presumiblemente como resultado de una propagación retrógrada del trombo (19).

Se observó que en 6 pacientes que presentaron el mismo número de várices sufrieron hemorragia, mientras que un paciente en el que disminuyó el número de las mismas no tuvo hemorragia (ver cuadro 4), pudiéndose relacionar con lo reportado en algunos estudios (10,15), en los que se afirma que al disminuir la cantidad de várices esofágicas la posibilidad de un nuevo sangrado se reduce enormemente (15).

En el Cuadro No. 5 se presentan las complicaciones por procedimiento que se encontraron en 5 pacientes, siendo gastritis reportada en 3 pacientes, la que se pudo determinar mediante la sintomatología presentada o referida por cada paciente (náusea, dolor epigástrico, pirosis) por más de 72 horas después del tratamiento inicial. Relacio-

nando este tipo de complicación con las encontradas en otros estudios (10), se estima que tenga como causa la acción irritante del agente esclerosante. En el tratamiento de pacientes investigados, se empleó Morruato de Sodio atribuyéndose al mismo la "sensación de quemadura" o dolor retroesternal experimentado por muchos entre las 24 y 48 horas posterior al tratamiento; pero en este estudio únicamente lo refirió un paciente. La taquicardia que tuvo el último paciente, al momento de efectuar el procedimiento, Johnston y Rodgers la describen (9) como complicación del mismo y de leve intensidad.

Es de hacer notar, que el uso de instrumentos de fácil manejo como el endoscopio flexible de fibra óptica, ha disminuido extraordinariamente la severidad de las complicaciones (1,2,3,5,6,10), pues el riesgo de perforación del esófago con esofagoscopio rígido es grande, y los peligros de aspiración, asfixia y necrosis por presión de la sonda de Sengstaken-Blakemore han sido demostrados (9,10,11).

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION DE 16 PACIENTES SOMETIDOS A
ESCLEROTERAPIA POR VARICES ESOFAGICAS, SEGUN EDAD,
SEXO Y DIAGNOSTICO, EN EL HOSPITAL ROOSEVELT,
ENERO 1982 — JUNIO 1984

EDAD EN AÑOS	CIRROSIS HEPATICA		OTRAS CAUSAS	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
29-35	2	1	---	---
36-42	2	4	---	---
42-49	1	---	---	---
50-56	---	1	---	---
57-63	1	4	---	---
TOTAL	6	10	---	---

FUENTE: Libro de registros de la Unidad de Gastroenterología y Archivo Médico, del Hospital Roosevelt.

CUADRO No. 2

RELACION ENTRE 1a. CONSULTA (SESION) Y RECONSULTAS
(SESION) Y EL NUMERO DE EPISODIOS DE SANGRADO EN 16
PACIENTES SOMETIDOS A ESCLEROTERAPIA DE VARICES
ESOFAGICAS, EN EL HOSPITAL ROOSEVELT,
ENERO 1983 — JUNIO 1984

SESIONES	PRESENTARON HEMORRAGIA	NO PRESENTARON HEMORRAGIA
1 - 2	5	11
3	4	12

FUENTE: Libro de registros de la Unidad de Gastroenterología y Archivo Médico, del Hospital Roosevelt.

CUADRO No. 3

RELACION ENTRE EL NUMERO DE VARICES EN 2a. Y 3a.
RECONSULTA EN 16 PACIENTES SOMETIDOS A
ESCLEROTERAPIA DE VARICES ESOFAGICAS,
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT,
ENERO 1982 – JUNIO 1984

No. DE VARICES	2a. SESION	3a. SESION
AUMENTO	—	—
IGUAL	16	15
DISMINUYO	—	1
TOTAL	<u>16</u>	<u>16</u>

FUENTE: Libro de registros de la Unidad de Gastroenterología y Archivo Médico, Hospital Roosevelt.

CUADRO No. 4

RELACION ENTRE EL NUMERO DE VARICES Y HEMORRAGIA
PRESENTADA EN 16 PACIENTES SOMETIDOS A
ESCLEROTERAPIA DE VARICES ESOFAGICAS
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT
ENERO 1982 – JUNIO 1984

No. DE VARICES	NO HEMORRAGIA	SI HEMORRAGIA
AUMENTO #	—	—
IGUAL #	9	6
DISMINUYO #	1	—
TOTAL	10	6

FUENTE: Libro de registros de la Unidad Gastroenterología y Archivo Médico, Hospital Roosevelt.

CUADRO No. 5

COMPLICACIONES PRESENTADAS POR PROCEDIMIENTOS EN
16 PACIENTES SOMETIDOS A ESCLEROTERAPIA
DE VARICES ESOFAGICAS
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT,
ENERO 1982 – JUNIO 1984

CON COMPLICACIONES	Nº.	SIN COMPLICACIONES
GASTRITIS	3	
SENSACION DE QUEMADURA	1	11
TAQUICARDIA	1	
TOTAL	5	11

FUENTE: Libro de registros de la Unidad de Gastroenterología y Archivo Médico, Hospital .
Roosevelt.

CONCLUSIONES

1. El diagnóstico de cirrosis hepática en todos los pacientes, va acorde a lo reportado en la literatura revisada, como una de las principales causas en la etiología de várices esofágicas.
2. Con un promedio de 3 inyecciones recibidas por cada paciente, se logró uno de los principales objetivos de la escleroterapia, consistiendo en desaparición o erradicación de várices esofágicas.
3. Las complicaciones por procedimiento fueron mínimas, tal y como se reporta en la literatura revisada, atribuyéndose en gran parte a los instrumentos actualmente utilizados.
4. La escleroterapia de várices esofágicas es un procedimiento útil para tratar el problema y controlar la hemorragia, la tolerancia de los pacientes es buena, pero debe seguirse evaluando para demostrar su efectividad contándose con un número mayor de pacientes y la existencia de un grupo control.
5. El bajo número de casos no permite hacer una afirmación categórica sobre la utilidad de la escleroterapia como alternativa en el tratamiento de hemorragia por ruptura de várices esofágicas.
6. En todos los pacientes la obtención del agente esclerosante fue bastante difícil debido a la escasez en el medio.

RECOMENDACIONES

Basados en esta experiencia, que aunque representa una cantidad pequeña de pacientes, esta de acuerdo en algunos aspectos con la literatura revisada que la escleroterapia de várices esofágicas constituye una alternativa aceptable para el tratamiento de la hemorragia por ruptura de las mismas. Por lo que se recomienda:

1. Que esta técnica de escleroterapia **DEBE** seguirse evaluando.
2. Efectuar estudios para medir eficacia de la misma, y comparar este procedimiento con otro u otros dirigidos hacia el mismo fin.
3. Tratar de implementar esta técnica en las unidades con endoscopia de los hospitales escuela, y en el futuro poder comparar resultados.
4. Procurar que la obtención del agente esclerosante sea solicitado a las autoridades centrales de salud, ya que con la práctica regular de esta técnica podría redundar en una mejor perspectiva de vida para los pacientes que se someten a la misma.
5. Que el personal paramédico de las unidades esté altamente familiarizado con el cuidado del equipo endoscópico, para que su mantenimiento sea adecuado.

PROTOCOLO PARA INYECCION DE ESCLEROTERAPIA EN VARICES ESOFAGICAS

I. Candidatos para Inyección de Escleroterapia.

Cualquier paciente con hemorragia de várices esofágicas, comprobada por endoscopía.

II. Selección del momento para Escleroterapia.

Para el paciente con hemorragia aguda de várices esofágicas el tratamiento inicial incluye transfusiones de sangre más vasopresina, o taponamiento con sonda de Sengstaken-Blakemore si el sangrado no para espontáneamente. La inyección de escleroterapia se realiza después que la hemorragia ha sido controlada y la condición del paciente estabilizada. Si no hay cese del sangrado con tratamiento médico, puede intentarse la escleroterapia aunque el paciente sangre activamente.

Después de la inyección de escleroterapia inicial, las várices pueden ser re-inyectadas mensualmente, con intervalos, hasta que hayan sido obliteradas; también podría aplicarse una pequeña inyección adicional.

Una vez obliteradas las várices esofágicas, puede repetirse una endoscopía con intervalos de 3 a 12 meses, para el monitoreo de las mismas, así también en caso de recurrencia. Si ocurriera, pueden inyectarse nuevamente.

III. Evaluación de Laboratorio previo al Procedimiento.

1. Rayos X de tórax
2. Electrocardiograma
3. Hematología con diferencial
4. Tiempo de protrombina
5. Tiempo de Tromboplastina
6. Electrolitos séricos/Nitrógeno de urea y Creatinina
7. Examen de Orina

8. Glucosa

IV. Técnica de Inyección de Escleroterapia.

- a. NPO por lo menos 6 horas
- b. Canalización con aguja de grueso calibre antes del procedimiento
- c. Anestesia: tópica en la garganta y sedación intravenosa (Xilocína y Diazepam).
Algunos pacientes requieren anestesia general, por si no toleran con anestesia local, o se usa esofagoscopia rígida.
- d. Posición: lateral izquierda
- e. Equipo: endoscopio de fibra óptica, canal gemelo.
Catéter (gasa esterilizada)
Boquilla (Mouthpiece)
- f. Agente Esclerosante: Morruato de sodio al 50/o (deben estar disponibles aproximadamente 30 cc.), u
Oleato de etalonamina al 50/o^{1/}
Sulfato Tetradecílico de Sodio (Sotradecol)

V. Descripción del Procedimiento.

El endoscopio es pasado por la boca y el esófago; el estómago proximal deberá examinarse también. Al observar las várices, éstas son inyectadas intraluminalmente, tanto para el control de la hemorragia activa como para su obliteración total, como fin principal de la escleroterapia. En presencia de un sangrado profuso, un esofagoscopia rígida podrá ser preferible, porque la succión es fácil y comprime las várices.

Entre 2 a 5 cc. de agente esclerosante (1 cc. de Morruato de sodio es igual a 50 mgs.) son inyectados en cada várice; en la mayoría de casos son usados menos de 20 cc. por sesión.

^{1/} Disponibles en Estados Unidos.

RESUMEN

El presente estudio se efectuó en el Hospital Roosevelt donde se realizó un análisis retrospectivo de los primeros 16 pacientes sometidos a escleroterapia de várices esofágicas, durante el período de Enero de 1982 a Junio de 1984, siendo pacientes que previamente consultaron por presentar hemorragia gastrointestinal superior, por ruptura de várices esofágicas, comprobada por endoscopia.

Se considera de importancia dar a conocer los primeros resultados obtenidos empleando esta técnica en el Hospital y probablemente en Guatemala, por lo que se trata de establecer la utilidad de la misma como alternativa de tratamiento en el control de la hemorragia por ruptura de várices esofágicas.

Cada caso se estudió empleando una ficha para recopilación de datos que incluía las variables que se consideraron convenientes, para posteriormente realizar un análisis y discusión pertinente.

Lo de mayor importancia que puede mencionarse, a pesar del escaso número de pacientes estudiados, es la desaparición total de várices en uno de ellos luego de tres inyecciones de escleroterapia.

Se pudo establecer en la investigación efectuada y en la literatura revisada, que las complicaciones por el procedimiento referido son mínimas y que existe buena tolerancia de los pacientes al mismo; por lo que se cree conveniente que se continúe evaluando la escleroterapia en todos los pacientes, que por várices esofágicas, se sometan a este tratamiento.

RESUMEN

El presente estudio se efectuó en el Hospital General de la ciudad de La Habana, en el año 1984, siendo pacientes que presentaban complicaciones por hemorragias gastrointestinales superiores, por causas de várices esofágicas complicadas por esclerosis.

Se realizó un análisis retrospectivo de los primeros 100 casos de várices esofágicas complicadas por esclerosis, durante el período de tiempo de 1974 a 1984, siendo pacientes que presentaban complicaciones por hemorragias gastrointestinales superiores, por causas de várices esofágicas complicadas por esclerosis.

Cada caso se estudió empujando una ficha para recopilación de datos que incluía los variables que se consideraron convenientes para el análisis y discusión pertinente.

Los datos obtenidos se analizaron y se elaboró un resumen de los resultados, el cual se presentó en forma de cuadros y gráficos, para facilitar la interpretación de los datos.

Se pudo observar que la mortalidad por causas de várices esofágicas complicadas por esclerosis, es alta, lo que se debe a la falta de conocimiento de la enfermedad y a la falta de recursos para su tratamiento.

En consecuencia, se recomienda que se realicen estudios más profundos sobre esta enfermedad, para poder mejorar el diagnóstico y el tratamiento.

En el 2º y 3º capítulo se describen los casos de várices esofágicas complicadas por esclerosis, en los que se observó la presencia de hemorragias gastrointestinales superiores.

En el 4º capítulo se describen los casos de várices esofágicas complicadas por esclerosis, en los que se observó la presencia de hemorragias gastrointestinales superiores.

FICHA DE RECOPIRAR DATOS

No. de H. C. _____

Edad: _____

Sexo: _____

Biopsia Hepática: _____ Dx. de Biopsia: _____

Localización de Várices: _____

Fecha de 1a. Esclerosis: _____

No. de Várices observadas: _____

No. de Várices esclerosadas: _____

Cantidad de esclerosante utilizada: _____

Sangrado: SI NO

Complicaciones por procedimiento: _____

Reconsulta No. 1: _____

Fecha: _____

Episodios de sangrado: SI NO

No. de várices observadas: _____

No. de várices esclerosadas: _____

Recurrencia de sangrado en esclerosis: SI NO

Complicaciones: _____

Reconsulta No. 2 _____

Fecha: _____

Episodios de sangrado: SI NO

No. de várices observadas: _____

No. de várices esclerosadas: _____

Recurrencia de sangrado en esclerosis: SI NO

Complicaciones: _____

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Clark, A.W. *et al.* Prospective controlled trial of injection sclerotherapy in patients with cirrhosis and recent variceal hemorrhage. *Lancet* 1980, Sept 13; 1(8194): 552-554
2. Cello, V.P. *et al.* Endoscopic sclerotherapy versus esophageal transection in child's class C with variceal hemorrhage. *Surgery* 1982, Mar 30; 91(3): 333-338
3. Chijkier, M. *et al.* Esophageal tamponade in the treatment of bleeding varices. *Dig Dis Sci* 1980, Apr 30; 25(4): 267-272
4. Chijkier, M. *et al.* A controlled comparison of continuous intrarterial and intravenous infusion of vasopressin in hemorrhage from esophageal varices. *Gastroenterology* 1977, Jan; 77(3): 540-546
5. Egberts, E.H. *et al.* Sclerotherapy in bleeding esophageal varices. *Lancet* 1982, Feb 13; 1(8268): 400
6. Hedberg, E.H. *et al.* Injection sclerotherapy of esophageal varices using ethalonamine oleate. *Am J Surg* 1979, Nov; 142(11): 92-95
7. Huet, P.M. *et al.* Symposium on portal hypertension and its complications: Current management preoperative assessment and predictors of encephalopathy. *Can J Surg* 1979, Nov; 22(6): 545-548
8. Johnson, W. *et al.* Control of bleeding varices by vasopressin. *Ann Surg* 1977, Sept; 186(3): 369-376
9. Johnston, G. *et al.* A review of 15 years experience in the use of sclerotherapy in the control of acute hemorrhage from esophageal varices. *Brit J Surg* 1973, Oct; 60(10): 797-799

10. Lewis, J.W. *et al.* Injection sclerotherapy for control of acute variceal hemorrhage. *Am J Surg* 1981, Nov; 142(11) :592-595
11. Lewis, J.W. *et al.* Sclerotherapy of esophageal varices. *Arch Surg* 1980, Apr; 115(4) :476-480
12. Macdougall, B.R. *et al.* Increased long-term survival in variceal hemorrhage using injection sclerotherapy. *Lancet* 1982, Jan 16; 1(8266) :1246-127
13. Orloff, M.J. Emergency treatment of variceal hemorrhage. *Can J Surg* 1979, Nov; 22(6) :545-548
14. Orloff, M.J. *et al.* Longterm results of emergency portacaval shunt for bleeding esophageal varices in unselected patients with alcoholic cirrhosis. *Ann Surg* 1980, Sept; 192(3) :325-340
15. Soehendra, N. The value of endoscopic sclerotherapy of esophageal varices. *Hepato-Gastroenterol* 1982, Sept; 26(1) :1-2
16. Sinnet, M.B. *et al.* The management of esophageal varices by injection sclerotherapy. *Gastroenterology* 1980, Sept; 5(3) :7-11
17. Terblanche, J. The management of patients with portal hypertension and esophageal varices *S A Med J* 1980, Apr 19; 57 (19) :616-619
18. Terblanche, J. *et al.* A five year prospective evaluation of tamponade and sclerotherapy. *Ann Surg* 1981, Oct; 194(4) :521-530
19. Terblanche, J. *et al.* A prospective evaluation of injection sclerotherapy in the treatment of acute bleeding from esophageal varices. *Surgery* 1979, Mar; 85(3) :239-245

20. Terblanche, J. *et al.* A prospective controlled trial of sclerotherapy in the long-term management of patients after esophageal variceal bleeding. *Surg Gynecol Obstet* 1979, Mar; 148(3) :523-533
21. Warren, D. Control of variceal bleeding. *Am J Surg* 1983, Jan; 145(1) :8-16
22. Yasuhiro, T. *et al.* Injection sclerotherapy of esophageal varices *Surgery* 1980, Sept; 92(8) :616-619

To Go
E. Anguilla

Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
OPCA — UNIDAD DE DOCUMENTACION

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS

DE LA SALUD

(C I C S)

CONFORME:


Dr. Joaquín Estuardo Ligorria Guzmán

ASESOR.

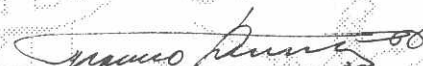
JOAQUIN ESTUARDO LIGORRIA GUZMAN
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado 1734

SATISFECHO:


Dr. Jorge Herrera Martínez
REVISOR.

JORGE HERRERA MARTINEZ
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado 829

APROBADO:

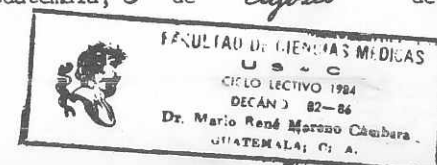

Dr. Juan Francisco Arteaga Ariza,
DIRECTOR DEL CICS, a.i.



IMPRIMASE:


Dr. Mario René Moreno Cambaya
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
U.S.A.C.

Guatemala, 3 de Agosto de 1984



Los conceptos expresados en este trabajo
son responsabilidad únicamente del Autor.
(Reglamento de Tesis, Artículo 44).