

# Escleroterapia Fibroendoscópica de Várices Esofágicas

-Nuestra experiencia-

G. CARESTIA \*\*, F. ALVES CORDERO \*, G. ESTERKIN \*, G. GARDE \*\*

Servicio de Clínica Médica\* y Unidad de Endoscopia Digestiva\*\*. Centro de Salud "Dr. L. Lucero".

**Resumen** La escleroterapia endoscópica de várices esofágicas fue descrita por primera vez en el año 1939, luego cayó en desuso, y a partir de 1971 quedó fielmente demostrado el buen resultado de este método. Nuestra experiencia se ha hecho sobre 50 pacientes ingresados al Centro de Salud Municipal "Dr. Leónidas Lucero" entre mayo de 1985 y agosto de 1990, tratados con el método de referencia con Hidroxipolietoxidodecano al 2 %, por punción intraváricosa. La edad osciló entre 28 y 76 años, con neto predominio del sexo masculino (62%). La causa de la hipertensión portal fue la cirrosis de origen alcohólico en un 76%, lo que también mostró la alta incidencia de esta causa en nuestra población. Si bien el 66% de nuestro grupo pertenecía al grado III de la clasificación Japonesa de várices esofágicas, el índice de recidiva por várices fue del 13.63%, porcentaje que se halla dentro de los límites referidos por otros autores. La diferencia en nuestra población es que la mayoría pertenecía al grado B o C de Child (74%). La cantidad de sesiones para erradicar las várices varió de 1 a 7, teniendo 2 fracasos del método, a pesar de haber realizado 4 sesiones en cada uno. El tiempo de control promedio fue de 26 meses, con una deserción de 6 pacientes, a lo largo del cual constatamos 10 fallecimientos (3 por recidiva hemorrágica de las várices, 5 por insuficiencia hepática y 2 por sepsis). Las complicaciones adjudicables al método fueron solucionadas espontáneamente o con tratamiento médico sencillo. Concluimos que la escleroterapia fibroendoscópica de várices esofágicas es un método sencillo, poco riesgoso y que aumenta la sobrevida, al evitar las recurrencias del sangrado.

En el año 1939 Crafoord y Frenckner (1) describieron por primera vez la esclerosis endoscópica de várices esofágicas, realizada con instrumental rígido, para el tratamiento del sangrado de esta patología.

El entusiasmo inicial en este procedimiento fue decreciendo paulatinamente con el desarrollo de la cirugía de la hipertensión portal, tanto en la derivación de la circulación esplenoportal hacia la vena cava como con la cirugía directa de las várices.

La observación de los pobres resultados obtenidos por el tratamiento quirúrgico, así como los observados con el uso del balón endoesofágico, solo o asociado a vasopresina, en la disminución del riesgo de hemorragia y la alta mortalidad durante el período agudo, demostraron que eran terapéuticas temporarias y casi siempre inefectivas (2).

Con la aparición de la fibroendoscopia y las agujas de inyección retráctiles ha resurgido la escleroterapia endoscópica como un método más efectivo y con

menor número de complicaciones.

## Material y Métodos

En el período comprendido entre mayo de 1985 y agosto de 1990 hemos tratado 50 pacientes con várices esofágicas sangrantes o que habían sangrado recientemente.

Luego de una evaluación clínica y humoral, que permitió clasificarlos según los grados de Child (cuadro 1), se realizó una esofagogastroduodenoscopia con el fin de evaluar el grado endoscópico de severidad de las várices de acuerdo con la clasificación de la Sociedad Japonesa de Hipertensión Portal

### Grados de CHILD

	A	B	C
BILIRRUBINA	20 mg/l	20-30 mg/l	30 mg/l
ALBUMINA	3.5 mg/l	3.0-3.5 mg/l	3.0 mg/l
ASCITIS	NO	Fácil control	No control
ENCEFALOPATIA	NO	Mínima	Severa
NUTRICION	Buena	Regular	Mala

Cuadro 1

-----  
 Dirección postal:  
 Centro de Salud "Dr. L. Lucero".  
 Estomba 968. Bahía Blanca. 8000.  
 República Argentina

(cuadro 2) y la existencia de lesiones concomitantes. En 42 pacientes (84%) se obtuvo la confirmación

Grados endoscópicos de várices	
GRADO I:	Protrusión hasta 1/4 de la luz
GRADO II:	Protrusión hasta 1/2 de la luz
GRADO III:	Protrusión mayor de 1/2 de la luz
Clasificación modificada de la Sociedad Japonesa de Hipertensión Portal	

Cuadro 2

histológica de la patología de base mediante la realización de punción biopsia hepática.

Se realizaron sesiones de esclerosis a razón de 1 cada 6 o 7 días, hasta lograr la erradicación endoscópica de las várices. Posteriormente se efectuaron controles periódicos, siendo necesario repetir la esclerosis en algunos casos.

La sustancia esclerosante fue el hidroxipolietoxidodecano (AET) al 2%. Se inyectó en forma intravaricosa comenzando por la zona más próxima al cardias para continuar hacia arriba hasta completar de 5 a 8 cc. por paquete varicoso y por sesión.

El instrumental utilizado fue un panendoscopio Olympus GIF D3 o un panendoscopio Acmi TX8, y las agujas Olympus modelos NM 3K y NM 1K.

La premeditación se realizó con 10 mg. de diazepam y 0.5 mg. de atropina en forma endovenosa. Para la anestesia faríngea se usó spray de lidocaína. Una vez completada la inyección del esclerosante, esperamos de 3 a 5 minutos hasta tener la certeza endoscópica de una correcta hemostasia.

### Resultados

En el período señalado hemos tratado 50 enfermos adultos, cuyas edades oscilaron entre los 28 y 76 años; 31 (62%) fueron del sexo masculino y 19 (38%) del femenino.

La causa de la hipertensión portal fue en 38 casos (76%) la cirrosis de origen alcohólico, en 10 la cirrosis post-necrótica, 2 la cavernomatosis portal y 1 de origen esencial (Tabla I). Esto demuestra la alta incidencia del origen alcohólico de nuestra población de cirróticos.

La mayor parte presentaba un estado avanzado de

ETIOLOGIA DE LA HIPERTENSION PORTAL	
Cirrosis alcohólica	: 38
Cirrosis post-necrótica	: 10
H. Portal esencial	: 1
Cavernomatosis portal	: 2

TABLA I

enfermedad hepática (Tabla II), a diferencia de otros trabajos (3, 4, 5, 12, 13) en los que la mayoría pertenecían al grupo A de Child.

El 66% tenía várices de grado III; el más avanzado

Grados de CHILD	
A	: 13
B	: 21
C	: 16

TABLA II

de la clasificación Japonesa (Tabla III).

Grados de VARICES	
I	: 4
II	: 13
III	: 33

TABLA III

En 41 (82%) se demostró no menos de 1 episodio de sangrado previo. Se debió realizar tratamiento intrahe-morrágico en 7 pacientes a pesar que no lo consideramos el mejor momento, dadas las dificultades técnicas y el peligro de aspiración bronquial. En 4 logramos la detención de la hemorragia, no siendo posible en los otros 3, en quienes fue necesario la utilización del balón endoesofágico, para luego continuar con el plan de esclerosis. En 32 (64%) realizamos la escleroterapia en el período post-hemorrágico inmediato, luego de haber retirado el balón y/o de haber usado somatos-tatina. Los otros 11 fueron tratados en forma diferida, por decisión del paciente o debido a tratarse de enfermos derivados de la zona de influencia (Tabla IV).

Período de Tratamiento	
Intrahemorrágico	: 7
Post-hemorrágico inmediato	: 32
Post-hemorrágico diferido	: 11
Profiláctico	: -

TABLA IV

Se realizaron en total 188 sesiones. La cantidad de las mismas para erradicar las várices osciló entre 1 y 7 (Tabla V). En 2 pacientes no fue posible lograr el objetivo a pesar de haberles realizado 4 sesiones a cada uno, constituyendo un fracaso del método (4%).

Período de Tratamiento	
Sesiones	Pacientes
1	3
2	3
3	9
4	24
5	5
6	4
7	1
<b>Total</b>	<b>188</b>

TABLA V

Seis pacientes no pudieron ser controlados periódicamente. De los 44 restantes (86,3%) ninguno presentó recidiva hemorrágica por las várices, siendo el tiempo promedio de control de 26 meses.

Las complicaciones más frecuentes fueron: a) san-

COMPLICACIONES		
Fiebre	:	2
Estenosis	:	2
Úlcera esofágica	:	4
Disfagia transitoria	:	6
Dolor retrosternal	:	6
Sangrado post-inyección	:	8

TABLA VI

grado inmediato y autolimitado, en el sitio de punción; b) dolor retrosternal y c) disfagia transitoria. Todas fueron descritas en trabajos similares (6, 7, 9, 13) y no requirieron tratamiento, salvo la disfagia (Tabla VI).

La recidiva clínica de sangrado fue comprobada en 16 casos (36,3%), de los 44 seguidos correctamente. De estas recidivas, 6 (13,6%) fueron por las várices esofágicas. De ellos, 2 lo hicieron durante el plan de esclerosis y fallecieron, 1 lo hizo 18 meses después del plan y también falleció, y a los 3 restantes se les realizaron nuevas sesiones, respondiendo adecuadamente.

Recidiva hemorrágica:		
Várices esofágicas	:	6
Gastritis erosiva	:	10

TABLA VII

Los otros 10 sangraron por gastropatía erosiva, con hemorragias de variable magnitud que mejoraron con el tratamiento clásico (Tabla VII).

En el seguimiento del grupo constatamos 10 fallecimientos: 3 por recidiva hemorrágica de las várices, 5 por insuficiencia hepática (los 5 pertenecían al grado C

MORTALIDAD		
Hemorragia por V.E.	:	3
Insuficiencia hepática	:	5
Sepsis	:	2

TABLA VIII

de Child) y 2 por sepsis, uno a punto de partida de una fractura expuesta de pierna izquierda y otro de una artritis séptica. (Tabla VIII).

### Discusión

Desde 1971, año en que se reactualizó el uso de la esclerosis endoscópica de várices esofágicas, ha quedado ampliamente demostrado el buen resultado de este método tanto en el detenimiento de la hemorragia en el período agudo, como evitando la recurrencia de la misma.

Existe consenso general en que el tratamiento debe ser realizado en el período post-hemorrágico, luego de haber retirado el balón y/o haber usado somatostatina, como lo destacan autores extranjeros y locales (6, 8, 11, 12, 13) y se ve confirmado en esta experiencia.

Si bien no tenemos duda de su indicación en aquellos que han padecido algún episodio de sangrado, preferi-

mos no utilizar esta terapéutica en forma profiláctica. Existen, sin embargo, grupos que la indican principalmente en aquellos con enfermedad rápidamente evolutiva, con padecimiento en estadio muy avanzado y/o várices de gran riesgo de sangrado (5,8).

Utilizamos la sustancia esclerosante por vía intraváricosa y no paraváricosa, ya que existen pruebas comparativas (6, 11, 13) en las que se ha demostrado su mayor efectividad y su menor índice de complicaciones.

En el transcurso del tratamiento una várice no tratada o tratada de manera incompleta puede sangrar, lo que no quita eficacia al método, ya que estas hemorragias son de menor cuantía que en los pacientes no tratados.

En períodos de control similares a los nuestros, la mayoría de las series (3, 4, 8, 9) presenta una tasa de recidiva de un 10 a un 20%. Ese porcentaje es, en nuestra experiencia, del 13,63% cifra que consideramos muy buena tratándose de una población con estadios muy avanzados de enfermedad.

Concluimos que la escleroterapia endoscópica de las várices esofágicas es un método sencillo, sin mayores riesgos para el paciente, permitiéndole una mayor sobrevida al evitar la recurrencia del sangrado.

### Bibliografía

- 1) Crafoord, C. and Frenckner, P. New surgical treatment of varicose veins of the esophagus. Acta Otolaryngol (Stockh) 1939; 27: 422-428.
- 2) Chojkier, M.; Conn, H. O.: Esophagel temponade in the treatment of bleeding varices. A decadal progress report. Dig Dis Sci 1980; 25: 267-272.
- 3) Lawrence, K. J.; and Oberhammer, E.: Sclerotherapy of bleeding esophageal varices by means of endoscopy. Endoscopy 1978; 10: 7-12.
- 4) Lewis, J.; Chung, R. S.; Allison, J.: Sclerotherapy of esophageal varices. Arch Surg 1980; 115: 476-480.
- 5) Jorge, A.; Díaz, M.; Esley, Corina: Tratamiento esclerosante de las várices esofágicas. Acta Gastroenterol Latinoam 1982; 12: 45-51.
- 6) Segal, E. G.; Rosales, C. D.; Segal, J. E.: Esclerosis fibroendoscópica de várices esofágicas. Acta Gastroenterol Latinoam 1981; 11: 345-354.
- 7) Soifer, L.; Dávalos, R.; Varela, E.; Welz, G.: Escleroterapia endoscópica de várices esofágicas. Acta Gastroenterol Latinoam 1980; 10: 297-300.
- 8) Terblanche, J.; Borma, P. C.; Jakob, H. I.; Bane, R.: Bleeding esophageal varices secondary to hepatic cirrhosis: Treatment by periesophageal injection sclerotherapy. Gastroenterology 1980; 79: 1128-1137.
- 9) Williams, K. G.; Dawson, K. L.: Fiberoptic injection of esophageal varices. Br Med J 1979; 2: 766-770.

- 10) Bullimore, D.: Variceal Bleeding: Does variable delay in trial entry invalidate comparison between trials?. Gut 1987; 28: 653-656.
- 11) Sarin, S. K.; Nanda, R.; Schdev, G.; Chari, S.; Broor, S. L.: Intravariceal versus paravariceal sclerotherapy: a prospective, controlled, randomized trial. Gut 1987; 28: 657-662.
- 12) Rojman, J. A.; Wulfson, A. M.; Tanno, H. E.: Escleroterapia ambulatoria de várices esofágicas: Resultados preliminares. Acta Gastroenterol Latinoam 1988; 18: 39-42.
- 13) Baccaro, J. C.; González, B. A.; Carestía, G. A.: Escleroterapia endoscópica de várices esofágicas. Presentado en el XXII Congreso Argentino de Gastroent. Santa Fe. Mayo, 1985.