

CAPITULO IV

ESCLEROTERAPIA EN VARICES ESOFAGICAS

La escleroterapia se introdujo por Grafoord y Frenckner en 1939, siendo abandonada en los años 40 por la cirugía de la derivación portal y reintroducida en 1973 gracias a los trabajos de Johnston y Rodgers, así de como Terblanche. Este método preferiblemente debe hacerse de día y por un endoscopista experimentado.

Varios son los agentes esclerosantes que se han utilizado desde el inicio en la búsqueda de mayor inocuidad y mejores resultados esclerosantes. Así se utilizó la quinina, el alcohol absoluto, el clorhidrato de uretano, el morruato sódico al 5% y el sulfato de tetradecil sódico al 2% en dextrosa al 50%. El más utilizado en la actualidad es la etanolamida u oleato de etanolamina y también el hydroxypolyetoxydodekay al 1% y el polidocanol.

Con respecto a la técnica de la escleroterapia y el número de sesiones de infiltración existen divergencias de criterio que para la obtención del control de la hemorragia, la tromboflebitis química de las várices y su desaparición. Autores como J. Cro la aplican bajo pantalla, endovenosa y con angiografía. Johnston trata de controlar el sangramiento en una sola sesión, logró en el 84% de los casos. Terblanche, por su cuenta, obtuvo el control en una sola sesión en el 75% de sus pacientes. Ambos lograron el control del sangramiento en un 91 a 92% de sus casos. Por lo demás es un método simple y efectivo, fácil de aprender para endoscopistas diestros, económico y útil en casos de alto riesgo. El criterio mas aceptado de que se yuguló el sangramiento es el no sangrado a las 24 horas.

Hay autores como Terblanche que usan el endoscopio rígido con canal, infiltrando y lo dejan in situ 5 minutos. Otros como F. Portal prefieren el endoscopio de visión frontal con un equipo flexible de inyección (OLYMPUS D₂ con aditamento N_{r1} I T3.)

Los seguidores de Wexler, utilizan una técnica combinada: usan el tubo esofágico accesorio de Williams con ventana lateral, el cual rotan y por su luz pasan un endoscopio flexible que permite herniar las várices del esófago por la ventana e inyectan el esclerosante.

A MODO DE COMPARAR EL YA DEJADO USO DEL ESOFAGOSCOPIO RIGIDO.

COMPARACION ENTRE EL USO DEL ESOFAGOSCOPIO RIGIDO Y EL FLEXIBLE

<u>RIGIDO</u>	<u>FLEXIBLE</u>
1. Iluminación proximal, que no oculta el sangramiento.	1. Anestesia tópica más aceptada por el paciente, menos molestia.
2. Mayor facilidad para aspirar y limpiar la sangre, mejor visualización.	2. Menos traumatismo con una disminución del riesgo de perforación.
3. Amplia aspiración en hemo-rragia activa.	3. Instrumentación por el canal de biopsia que no impide la visión.
4. Compresión de las vârices colapso y hemostasia antes y después de la inyección, evita la dispersión de la sustancia esclerosante.	4. Colocación más precisa de la aguja, causa menos errores colaterales.
5. Instrumentación por la luz de visión, lo que es un inconveniente.	5. Control de la profundidad de la inyección. Disminución del encharcamiento, menos mediastinitis.
6. Visión lejana.	6. Más difícil de utilizar en pacientes con sangramiento importante ya que no hace compresión. El volumen de aspiración es menor.

La cantidad de esclerosante que se utiliza varía de 5 a 30 ml por sesión. No es estrictamente necesaria la inyección intravaricosa, puede hacerse la misma perivaricosa en la parte más distal del esófago, en la unión esofagogástrica. La vía intravaricosa evita las complicaciones en mayor grado y la hace la más idónea.

Esclerosis transhepática

En la técnica de esclerosis transhepática se canaliza por vía transyugular-transhepática la porta y se esclerosan desde adentro (luminal) los grupos venosos. Se comportan como una desvascularización no quirúrgica según Sugiura. (Millikan).

Otros autores como Delguercio, utilizan la mini laparotomía con cateterización de una rama de la mesentérica (en el Departamento de Rx) y ascenso por la porta a las ramas coronarias colaterales a las várices e inyectar alcohol absoluto. También emplean las microbobinas de Gianturco para embolizar.

En cuanto al intervalo, se reitera que en algunos casos solo se aplica una sesión y otros varias veces en sesiones cuyos intervalos pueden a los 7, 10, 30 y 60 minutos, con promedios de 5 sesiones. A los que recidiva el sangramiento con una sola sesión se les repiten la endoscopia y la esclerosis.

Algunos autores citan a los pacientes a la semana y continúan la esclerosis hasta la desaparición de las várices y otros, solo después de los 3 meses.

En la recidiva de la hemorragia, cuando hacen crisis se intenta la esclerosis y ante el fracaso se hace cirugía de "shunt" porto sistémico.

Criterio de fracaso: (1) Recidiva grave del sangramiento tras 2 sesiones, (2) Hemorragia persistente.

La tasa de recidiva del sangramiento es de 10,7% para unos y de 4,5% para otros. En Child C tienen una supervivencia de 45% al año.

Las complicaciones más frecuentes de la esclerosis son: fiebre, dolor torácico retroesternal, ulceración esofágica, broncoaspiración, disfagia pasajera, desgarramiento de las várices y mediastinitis (estas últimas poco frecuentes). Como complicación tardía aparece el reflujo gastroesofágico y la estenosis esofágica (en menor cuantía). Reilly El

Grupo de Dollar encuentra la estenosis esofágica como una complicación a tener en cuenta.

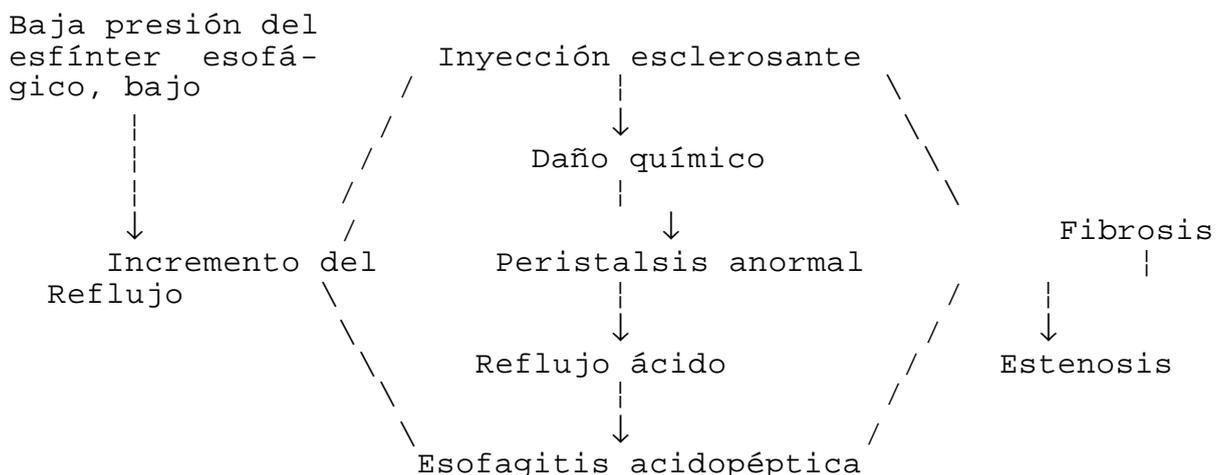
Suaga en trabajos experimentales en perros, encontró que se produce una necrosis aguda coagulada e inflamación aguda en los sitios de inyección. Por su lado Evans en necropsias de pacientes fallecidos encontró trombosis venosas extensas y en los que sobrevivieron más de una semana, ulceración de la mucosa.

La fibrosis tardía en el sitio de la esclerosis se presentó de prominente y protectora contra el sangramiento, pero en algunos pacientes produjo estenosis esofágica.

Con todos los elementos mencionados Reilly plantea que la esclerosis induce esofagitis química y como consecuencia un trastorno de la motilidad esofágica con reflujo ácido y esofagitis que puede contribuir más al estrechamiento, por lo que recomienda tratamiento médico anti-reflujo, posición Fowler para dormir, antiácido y metoclopramida. El grupo de Dollar encuentra la estenosis esofágica como una complicación a tener en cuenta.

ESOFAGITIS POST-ESCLEROSIS

MECANISMO



Sonda de Sangestaken y esclerosis

Casi todos los autores utilizan la sonda de Sangestaken Blakemore para detener la

hemorragia y luego realizan la esclerosis.

Unos la hacen de inmediato, otros dejan la sonda de balón 24 horas y entonces proceden a la esclerosis. Los menos abordan el sangramiento de entrada con volumen, aspiración de la sangre y hacen la esclerosis. La mayoría hace la aspiración pasando previamente sonda nasogástrica, aspira y luego introduce el endoscopio. En caso de pasar sonda, es preferible una sonda esofágica de Foucher; los que usan el endoscopio rígido lo hacen para pasar la sonda aspiradora.

Todos los pacientes deben ser seguidos en unidades de terapia intensiva o intermedia, de acuerdo con la categoría y gravedad del sangramiento.

La utilización de vasopresina es opcional, de acuerdo con el protocolo de trabajo.

Mortalidad

Realmente la mortalidad está considerada dentro de las características de este tipo de paciente que muere del 40 a un 50% en el primer gran sangramiento masivo. No obstante, los que tienen experiencia con este método plantean que no ocurre muerte por sangramiento después del alta hospitalaria y control periódico y dan tasas de supervivencia con el programa de esclerosis, de 83%.

Las causas de muerte más frecuentes son:

- . Fallo hepático primario
- . Asociado a fallo multivisceral
- . Asociado a sangramiento por várices terminales (shock)
- . Complicaciones del tratamiento
- . Desgarro de várices
- . Broncoaspiración
- . Neumonía fulminante
- . Complicaciones de la sonda de balón
- . Mediastinitis

- . Fallo renal
- . Insuficiencia renal aguda
- . Sangramiento incontrolable de las várices

La esclerosis de las várices en particular esta indicada en niños con trombosis portal y operación de Kasai.