

*Libro
Fuerza
20.0.82*

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
FACULTAD DE MEDICINA

ESCLEROTERAPIA TRANSENDOSCOPICA EN LA HEMORRAGIA
DE VARICES ESOFAGICAS: EVALUACION PROSPECTIVA DE
35 PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRI-
CION 'SALVADOR ZUBIRAN'

INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION
"DR. SALVADOR ZUBIRAN"

CURSO DE ESPECIALIZACION EN
GASTROENTEROLOGIA

RENE RAFAEL ARROYO DE ANDA MENES

MEXICO D.F.

FEBRERO 1982.

**YESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO	PAGINA
INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS	3
TECNICA DE LA ESCLEROSIS	4
EVALUACION	6
RESULTADOS	6
DISCUSION	10
CUADROS	17
GRAFICAS	23
BIBLIOGRAFIA	25

ASESOR DE LA TESIS :

DR. JAVIER ELIZONDO RIVERA

ESCLEROTERAPIA TRANSENDOSCOPICA EN LA HEMORRAGIA
DE VARICES ESOPAGICAS. EVALUACION PROSPECTIVA DE
35 PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION
" DR. SALVADOR ZUBIRAN ".

INTRODUCCION:

El tratamiento de la hemorragia por várices esofágicas, continúa siendo uno de los grandes problemas médicos; A pesar de múltiples medidas adoptadas en el transcurso del tiempo, en la actualidad no se cuenta con un tratamiento específico inobjetablemente satisfactorio; Por ello, el tema continúa siendo de controversia. Indudablemente el objetivo inmediato más importante será detener la hemorragia, si esto se logra será posible llevar a cabo evaluación integral del paciente y posteriormente plantear medidas terapéuticas efectivas para evitar la recurrencia. En la actualidad aún está por alcanzarse esta meta.

Desde hace mucho tiempo, es conocido el alto índice de mortalidad por hemorragia, en el paciente cirrótico. Palmer lo hace evidente al analizar diferentes series (1). Uribe (2) informa, de 92 pacientes que ingresaron con hemorragia por várices esofágicas, solo el 10 rebasó los 4 años de sobrevivencia. Aparentemente cada episodio de hemorragia tiene la posibilidad de mortalidad del 28 a 65% (3). Conn (4) estableció una mortalidad del 65% en 1123 pacientes con hemorragia por várices. En general la mayor parte de las publicaciones dan una mortalidad promedio del 50% (5).

Graham (6) observó, que a pesar de las medidas terapéuticas, un tercio de los pacientes fallece al ingreso, otro tercio reanuda la hemorragia en un período de seis semanas y solamente un tercio sobrevive un año o más.

Dentro de las medidas conservadoras, está la utilización de pitresín que en nuestro medio no se emplea por no contar con este medicamento; Sin embargo se ha informado (7,8) que consigue controlar la hemorragia en el 50% de los pacientes aunque existe un alto índice de recurrencia, por lo que se

considera útil solamente para ganar tiempo y buscar el tratamiento definitivo más adecuado. Indudablemente la medida conservadora más empleada, es la sonda de compresión esofagogástrica tipo Sengstaken-Blakemore, o alguna de sus variantes como el tubo de Linton; Su utilidad se ha corroborado, aunque tiene un alto porcentaje de falla en detener la hemorragia, y además lo hace en forma transitoria; Por otra parte no está exento de complicaciones (9) por lo que su indicación debe ser precisa y controlada para evitar iatrogenia.

Desde hace más de 40 años, se han buscado soluciones quirúrgicas, consideradas por algunos el tratamiento integral del problema hemodinámico que representa la hipertensión portal; Para ello, se desarrollaron múltiples técnicas, y variantes de las mismas, sin embargo al analizar la literatura actual no es posible concluir que el problema pueda solucionarse mediante este abordaje.

Ha quedado plenamente demostrado que las derivaciones profilácticas (10) no consiguen aumentar la sobrevida, ni la calidad de vida, comparativamente con los pacientes no derivados, por ello se han abandonado. La cirugía derivativa de urgencia tiene una alta mortalidad (11, 12) y puede ser de 5 a 9 veces mayor que la observada en las derivaciones selectivas. Aparentemente Orloff (13) es la excepción, que informa resultados satisfactorios con la cirugía de urgencia.

Las operaciones derivativas indicadas en forma electiva, tienen mejores perspectivas, sobre todo las derivaciones que preservan el flujo hepático, como la derivación clásica de tipo Warren (14, 15) de la que se informa sobrevidas de 5 años hasta en el 72% de los pacientes (16). En nuestro medio, Orozco (17) obtiene resultados similares con este tipo de cirugía en pacientes seleccionados. En lo que respecta a las derivaciones que disminuyen sustancialmente el flujo hepático como la portocava anastomosis, se presentan complicaciones incapacitantes como la encefalopatía amoniaca y la sobrevida de los operados no es superior, a los no operados (18).

En México, la causa de hipertensión portal más frecuente es secundaria a cirrosis por alcoholismo y desnutrición y el paciente

que ingresa con esta complicación, generalmente rebasa los parámetros de selección para el tratamiento quirúrgico; En otros países, esta situación es similar y se han intentado otras medidas como la embolización transhepática de las várices (19).

En los últimos años se ha revivido la esclerosis de várices esofágicas, técnica utilizada originalmente por Craa Ford y Freckneer en 1939 (20). En 1955 Macbeth (21) señaló a la esclerosis de várices esofágicas como el mejor tratamiento de la hemorragia, Paquet (22) informó resultados a lentadores en serie grande de pacientes. El perfeccionamiento actual de la fibroendoscopia así como la facilidad operativa hizo posible que en diferentes partes del mundo esta técnica volviera a utilizarse. En el Instituto Nacional de la Nutrición la esclerosis de várices esofágicas se inició desde Junio de 1980. La presente tesis tiene por objeto analizar en forma prospectiva los resultados obtenidos de la aplicación de esta terapéutica en 35 pacientes.

MATERIAL Y METODOS:

Desde Junio de 1980 a febrero de 1982 se han esclerosado 35 pacientes; Todos se incluyeron dentro de un protocolo en el cual participaron miembros de la clínica de hígado, departamento de endoscopia y servicio de cirugía.

En todos se demostró que las várices esofágicas fueron responsables de la hemorragia; La mayor parte de ellos, ingresaron al servicio de urgencias y se controló con medidas conservadoras, las que incluyen la utilización de la sonda de Sengstaken-Blakemore. Solo en seis pacientes, la escleroterapia se utilizó, como medida urgente y en los demás fué electiva. El programa de esclerosis incluye una sesión de aplicación del esclerosante cada 7 días, con un mínimo de cuatro y posteriormente, después de valoración endoscópica, se decidió reforzar esporádicamente con aplicaciones del agente esclerosante, con la finalidad primordial de lograr la recurrencia de la hemorragia y desaparición de las várices.

Todos los pacientes firmaron su aprobación, para llevar a cabo el procedimiento el que también fue ampliamente discutido con los familiares. Las sesiones de esclerosis iniciales, generalmente se efectuaron en pacientes hospitalizados, pero - la mayoría de las posteriores, como ambulatorios. Todos fueron adultos con edad promedio de 56 años y rango de 17 a 76;

Del sexo femenino 18 y del masculino 17. La etiología de la hipertensión portal se estableció en todos (Cuadro num. 1).

En 32 (91.4%) la causa fue cirrosis hepática; Del tipo - alcoholo-nutricional en 17 (48.5%); Posthepatítica y/o criptogénica en 13 (37.1%); Biliar primaria en 2 (5.8%); En un paciente la cirrosis de tipo alcoholo-nutricional coexistía con linfoma linfocítico y en otro se había desarrollado hepatoma en cirrosis posthepatítica.

Los no cirróticos 2, tenían trombosis esplénica y el otro metástasis hepáticas.

Para evaluar la insuficiencia hepática se utilizó la clasificación de Child modificada (2), (Cuadro num. 2). Veintiseis pacientes eran clase C (74.2%), 7 de clase B (20%) y clase A solo 2 (5.8%).

Todos, inicialmente se calificaron como no adecuados para tratamiento quirúrgico, la mayor parte por el grado de insuficiencia hepática (74.2% de clase C), y los otros por enfermedades concomitantes graves y edad avanzada. En 3 pacientes se había practicado laparotomía con finalidad de cirugía derivativa, sin embargo por adherencias infranqueables, fue imposible llevar a cabo la operación planeada. Cinco pacientes a pesar de cirugía previa, presentaron recurrencia de la hemorragia, a dos se les había practicado derivación tipo Warren, a otros dos cirugía de devascularización tipo Suglura y a otro esplenectomía.

Otro paciente se le había implantado válvula de Leveen en dos ocasiones y colecistectomía (Cuadro num. 3).

TECNICA DE LA ESCLEROSIS

Una vez que se han corroborado a las várices esofágicas como - responsables de la hemorragia, y habiendo descartado otras anor

malidades, la evaluación integral por el grupo médico decide esta terapéutica.

Para llevar a cabo el procedimiento, el paciente llega en ayuno de cuando menos seis horas antes. Se prefiere no llevarlo a cabo en precoma o coma hepático y lo mismo durante hemorragia activa; Si la tiene, en forma intermitente y no se ha controlado con las otras medidas, se aprovecha un periodo de remisión para llevar a cabo el procedimiento.

El enfermo recibe como medicación previa 10 mgs de diazepam I.M ó 5 mg. si se teme deprimirlo; se asocia a 1 mg. de atropina y ambos se administran por vía intramuscular 30 min. antes del estudio. En forma indistinta se utilizaron fibros copios de visión frontal y oblicua, sin ningún accesorio adicional.

La inyección del esclerosante se llevó a cabo con la aguja NM-1K, la que tiene una longitud de inyección de 5 mm y asegura no perforar el esófago. Antes de iniciar la inyección, se lava la mucosa con agua y heparina, para evitar la formación de coágulos que dificulten la técnica. Se aplica como dosis un volumen de 10 a 20 cc. de solución esclerosante, a razón de 2 cc. por cada sitio de inyección. Se escoge para aplicarla una distancia de 2 cms por arriba del cardias para evitar este nosis temprana. La aplicación se hace en los valles de las várices y consideramos por haberlo observado, que la inyección en el vértice de las mismas, produce hemorragia, en los pacientes con esclerosis iniciales. Con frecuencia se registra dolor torácico durante la inyección, pero este no es intenso y permitió en todos continuar y terminar la sesión. Las aplicaciones se hacen en forma circunferencial aunque la presencia de sangre en ocasiones no permite mas que la aplicación en una mitad. Si después de lavar con la solución anotada, no es posible continuar el procedimiento, se deja para otra oportunidad. Si en el sitio de la inyección se produce hemorragia en proyectil, se puede inyectar un cm. por arriba para que el líquido comprima el orificio hemorrágico. El paso del fibroscopio al estómago durante unos minutos también ayuda a comprimir en forma satisfac-

toria al punto hemorrágico. Generalmente estas dos medidas son suficientes para detener la hemorragia.

AGENTE ESCLEROSANTE

En todos el esclerosante fué una solución de urea y quinina en alcohol al 50 %, de la que no tenemos referencia se haya utilizado previamente en várices esofágicas. Por ser una solución - de alto contenido de urea y quinina, consideramos que no es infectante, aunque se esterilizó tanto la solución como la aguja en gas.

EVALUACION

En todos, los pacientes, se anotó el tiempo de evolución controlada, número de sesiones, hallazgos endoscópicos, molestias durante la inyección y complicaciones secundarias, además la evolución a largo plazo. El tamaño de las várices se estableció en forma arbitraria y de acuerdo al criterio del endoscopista, valorando el diámetro, su extensión y congestión. Se clasificaron en grandes, medianas y pequeñas. La desaparición de las várices también en forma arbitraria, se llevó a cabo de acuerdo con su reducción, tomando como punto de partida la observación inicial con las posteriores y se calificó en porcentajes, anotando su modificación, reducción, partiendo del cero cuando no había y del 25%, 50%, 75%, y 100% cuando desaparecían en su totalidad.

La evaluación de los resultados se estableció en forma comparativa de los sobrevivientes con los que fallecieron, tratando de establecer factores diferenciales de uno a otro grupo.

Se efectuó una curva de sobrevivencia comparando de acuerdo al tiempo en semanas de sobrevivencia con el porcentaje de mortalidad. En forma complementaria casi todos los pacientes reciben antiácidos en forma de gel de hidróxido de aluminio y bloqueadores H²; El manejo de la insuficiencia hepática fue llevado a cabo en la clínica de hígado.

RESULTADOS

La evaluación se enfocó a dos grandes parámetros. El primero al análisis de los aspectos técnicos de la esclerosis (instrumental, sitio de esclerosis, técnica, complicaciones, solución esclerosante etc). y en el otro parámetro los resultados en cuanto a sobre

vida, recurrencia de hemorragia, y estado de la mucosa esofágica. Desde el punto de vista técnico la observación de la mucosa esofágica fué satisfactoria en todos los pacientes en los que el procedimiento fué electivo, no así en los seis que presentaban hemorragia activa donde el procedimiento fué limitado por la presencia de sangre que impidió la observación amplia. El lavado previo con la solución de agua y heparina permitió tener una mucosa limpia y adecuada para la inyección de el esclerosante. Los enfermos en general experimentaron dolor torácico de poca magnitud durante la inyección y en ninguno fué necesario suspender el procedimiento por su intensidad.

Ocasionalmente se observó hemorragia en proyectil en el sitio de la inyección, esto sucede cuando la aplicación se hace en la parte más prominente de las várices. La técnica que se recomienda es inyectar a los lados de las várices. Las medidas utilizadas para detener la hemorragia ya anotadas, fueron satisfactorias.

No hubo mortalidad secundaria y la morbilidad fué escasa como puede observarse en el cuadro num 4. La complicación más frecuente fué la ulceración (100%), seguida por estenosis transitoria, susceptible de dilatación con buenos resultados al paso de bujías dilatadoras. En cuanto a la hemorragia (28%), fué de poca magnitud y ningún paciente requirió para su control sonda de compresión, ni ameritó transfusión sanguínea. El inyector utilizado fué adecuado y no se observó perforación o derrame pleural. La solución de urea y quinina tuvo efecto local satisfactorio y desde las primeras sesiones se observó respuesta tisular local sin manifestaciones sistémicas atribuibles a este agente. Esporádicamente algunos pacientes refirieron escalofríos y febrícula vespertina, aunque es imposible saber si este fenómeno fué secundario al esclerosante o al padecimiento hepático. No se tuvo ninguna complicación infecciosa local o sistémica.

El procedimiento se llevó a cabo satisfactoriamente en la mayor parte de los pacientes, con la premedicación inicial

y anestesia local, sin registrar diferencias por el tipo de fibroscopio utilizado; Además la recuperación fue casi inmediata por lo que abandonaron el hospital poco tiempo después de terminar el procedimiento (generalmente 1 a 2 hs.).

De los 35 pacientes en quienes se inició la esclerosis, nueve abandonaron el procedimiento por causas no precisadas y no son susceptibles de valoración. De los 26 restantes, - trece viven (50%) y fallecieron trece (50%). En el grupo de pacientes, no hubo diferencias en el sexo y la edad de acuerdo a la sobrevida. Los que viven en total recibieron - 103 sesiones de esclerosis (Cuadro num. 5) con promedio de 7.9 sesiones por paciente; En comparación, los que fallecieron recibieron en total 45 sesiones con 3.5 sesiones promedio por paciente, consideramos que hay diferencia estadística en estos parámetros. La evolución también tuvo diferencias marcadas, ya que en el grupo de los que viven la evolución promedio fue de 36 semanas con rango de 4 a 80 semanas en comparación los que fallecieron el promedio fue de 13 semanas con rango de 1 día a 56 semanas. Llamó la atención - que once de los trece pacientes fallecieron en un período - no mayor de un mes, y solamente dos sobrevivieron mayor tiempo, la causa de la muerte en estos dos fue por insuficiencia hepática progresiva (cirrosis biliar primaria y en el otro persistencia en la ingestión de bebidas alcohólicas), - ambas sin evidencia de hemorragia recurrente. El número de sesiones de esclerosis en los que sobrevivieron hasta un - mes, fue de 25 sesiones (2.2 por paciente) en contraste con los dos restantes que sobrevivieron mayor tiempo y recibieron 28 sesiones (14 promedio).

Los que viven la evolución mínima, sobrepasó en todos 4 semanas y puede verse (Cuadro num 6) que el mínimo de esclerosis fue de tres y el máximo de catorce. Solo en un paciente de este grupo la hemorragia recurrió 4 meses después de iniciado el programa y fué necesario practicar portocava anastomosis de urgencia con éxito; Sin embargo, aunque la -

paciente vive en la actualidad, tiene signos inequívocos de encefalopatía amoniacal. En el mismo cuadro 6 puede observarse que el grupo de los pacientes que viven las várices desaparecieron totalmente en siete. En cuatro la reducción fué - sustancial y se calificó del 90% por observarse solamente algunos cordones fibróticos remanentes.

Solamente en un paciente se consiguió una reducción, con disminución del 50%. Contrasta con ello la reducción obtenida en los que fallecieron, donde prácticamente no se registró disminución con excepción de los dos que sobrepasaron el tratamiento mas de cuatro sesiones.

En la gráfica num 1, se anota la sobrevida media del grupo total, el resultado fué de sobrevida del 50% a 48 semanas y en un estudio llevado a cabo en 147 pacientes con hemorragia por várices tratados en el Instituto (trabajo por publicarse) se obtuvieron dos curvas de sobrevida media. Una fué de los pacientes que solamente recibieron medidas conservadoras y la otra, tratamiento quirúrgico de urgencia o electivo.

Al comparar las curvas (gráfica 2), puede observarse que la mortalidad más frecuente se manifiesta en un periodo de 10 semanas y es similar para cualquier tipo de tratamiento, al rebasar este periodo, la curva con mayor sobrevida es la que se obtiene con el tratamiento quirúrgico, con sobrevida media a un año del 51%; Un poco por debajo de este resultado está el manejo con esclerosis del que se tiene resultados casi similares, no así de los pacientes que solamente recibieron medidas conservadoras en las que la sobrevida media fué - de 35.5 a 52 semanas, y la media de 28 semanas.

La causa de la muerte de los trece pacientes fué establecida y solamente en dos la hemorragia fué causa única, ya que en otros tres estuvo asociada a coma hepático, en siete solamente presentaron coma hepático y en el último edema aguda de el pulmón (Cuadro num 6). Pudiera considerarse como falla de la esclerosis los dos pacientes en los que la hemorragia fue

la causa única del deceso, ya que es difícil separar en los que se presentó con coma hepático, cual fué el síntoma inicial; Indudablemente la enfermedad hepática progresiva es - el principal factor como causa de la muerte.

DISCUSION

La metodología que hemos seguido para la escleroterapia en nuestros enfermos, se ha simplificado al máximo y con buenos resultados ya que la mayor parte de las sesiones de esclerosis se llevaron a cabo en pacientes ambulatorios, en los que no se hizo necesario un control estricto en la unidad de cuidados intensivos, y sin desarrollo de hemorragia acentuada o complicaciones graves como neumotórax o derrame pleural. Consideramos innecesaria la utilización de esofagoscopio rígido y el empleo de anestesia general, técnica que aun siguen utilizando algunos autores como Terblanche (23), Paquet (24).

Estas técnicas limitan la utilización y solo son aplicables a pacientes con menos riesgos, ya que la anestesia es - susceptible de desencadenar daño hepático y los instrumentos rígidos así como la aguja empleada producir perforación, como de hecho aconteció en la serie de Terblanche. Aparentemente Lewis (25), Scott (26) y Hughes (27) obtienen buenos resultados con la adición de un balón de compresión en el fondo gástrico al que atribuyen una mejor exposición de las várices y la posibilidad de compresión en los sitios de inyección. - En ninguno de nuestros pacientes utilizamos este aditamento - y de acuerdo a nuestros resultados consideramos que la compresión con el fibroscopio en el sitio vecino al punto hemorrágico generalmente fueron suficientes para controlar la hemorragia; Casi todos los pacientes experimentaron dolor retroesternal durante la inyección, pero el síntoma generalmente desaparece una vez terminado el procedimiento; En pocos puede quedar la sensación de molestia retroesternal cuando se aplican volúmenes altos de mas de 15 cc. Este resultado está de acuerdo con lo registrado por otros autores.

De las complicaciones tardías la más frecuente es la ulceración, la que no debe tomarse como complicación verdadera ya que la inyección del agente esclerosante tiene como finalidad producir una lesión controlada y predecible para lograr el efecto esclerosante. Para nosotros constituye un elemento importante, ya que es el testimonio de la acción terapéutica, por otra parte la ulceración desaparece en un periodo mayor a las dos semanas y esto coincide con la disminución o desaparición de las várices. La estenosis se observa con menor frecuencia y también aparenta ser una complicación sin embargo, también constituye uno de los elementos que sugieren lesión secundaria al esclerosante, que forma parte del espectro terapéutico, ya que en todos los pacientes que acontece se consiguió la desaparición de las várices, y la dilatación con sondas Hurst, consiguió en todos restablecer satisfactoriamente el tránsito esofágico. Por todo esto podemos asentar que son complicaciones relativas, y controlables, en realidad traducen los efectos deseados en cuanto a esclerosis.

Otros autores mencionan a estos dos acontecimientos como complicaciones verdaderas y no estamos de acuerdo. A nuestro juicio las complicaciones verdaderas son la hemorragia no controlada y la perforación del esófago, que no registramos en nuestros pacientes.

Aun no existe un criterio uniforme concerniente a la utilización de un esclerosante "ideal", probablemente los más utilizados son el Morruato de sodio (USA), Etanolamina (Inglaterra y Sudafrica), Tetradecyl sódico (USA) y Astoxyesclerol (Alemania y Francia).

Se carece de estudios comparativos y prospectivos por lo que aun no se determina cual es el esclerosante de elección, sin embargo no existe mención en la literatura, que se haya utilizado el clorhidrato doble de urea y quinina, ya que su preparación es posible efectuarla en forma oficial, a bajo costo, y evitando la importación de los otros agentes.

De esta solución tomamos para inyectar solamente la fracción líquida ya que la alta concentración de estos elementos, produce cristalización en el fondo y estos pequeños cristales - pueden obstruir la aguja de inyección y además no ser recomendable la aplicación de los mismos, por ello solamente se tomó la fracción líquida que se esteriliza en gas. No contamos con estudios bacteriológicos, ni tampoco con experimentación animal, contando solamente con la observación endoscópica; Tampoco tenemos material postmortem de los pacientes.

El mecanismo de acción se basa en la urea y quinina ya - que producen coagulación y necrosis celular; La solución es muy estable, tiene una densidad baja y no se modifica, por - lo que su efecto es sostenido. No se registró ninguna complicación sistémica o de intolerancia o alergia. Podemos concluir que es un excelente fármaco de bajo costo y esclerosante-satisfactorio, por lo que debe incluirse a la lista de los - otros.

En un futuro cercano llevaremos a cabo estudios experimentales en animal, para valorar con más precisión su efecto.

El esquema diseñado por nosotros hace posible inyecciones y evaluación clínica, endoscópica mas frecuente que en la mayoría de las series publicadas, posiblemente esto contribuya a los resultados obtenidos, ya que la vigilancia del paciente es más estrecha y las dosis aplicadas se consigue a niveles - terapéuticos en menor tiempo y mayor volumen, aunque esto puede estar sujeto al tipo de esclerosante utilizado. Por otra - parte este esquema contribuye a evitar la deserción de pacientes y completar el tratamiento.

La evaluación de los resultados terapéuticos ponen en evidencia que de los 35 pacientes que inicialmente se esclerosaron, nueve (25.7%) abandonaron el programa de escleroterapia, desconocemos con exactitud las causas que motivaron esta decisión, tres pacientes habían tenido cirugía previa con fines - devasculativos en dos y en el otro operación selectiva tipo Warren; Sería de interés conocer las razones del abandono ya-

que bien pudiera tratarse del rechazo a este método, lo que debe tomarse en cuenta. Quedaron trece pacientes - (50%) vivos y el otro 50% fallecieron; La curva de sobrevivencia que se obtuvo reveló una sobrevivencia mediana o sea el 50 a 48 semanas, la que es del todo similar a la obtenida por Clark et al (28) en el estudio prospectivo llevado a cabo.

Cuando comparamos la curva de sobrevivencia con la obtenida en pacientes tratados en este instituto (29) con la escleroterapia tiene mejores resultados cuando se compara con la obtenida de pacientes que fueron tratados exclusivamente con medidas conservadoras; No así con la que se obtiene de tratamiento quirúrgico que es ligeramente superior, aunque probablemente sin significación estadística ya que debe tomarse en cuenta, que los pacientes quirúrgicos fueron seleccionados con ventaja en lo que respecta a mayor número de clase A y B de Child y menor cirrosis post alcoholismo; Estos datos pueden plantear en el futuro la aplicación de escleroterapia, en otros grupos diferentes de la clase C.

Cuando analizamos las diferencias de los que viven con los que fallecieron, para estos últimos la evolución promedio fué de trece semanas, mientras que para los que viven fue de 36 (Cuadro num 5). Estos resultados son similares a las curvas de sobrevivencia obtenidas en la revisión llevada a cabo por nosotros, también a las de Graham (30), Ratnoff y Patek (31), curvas que se obtuvieron al mezclar resultados de tratamiento conservador con el tratamiento quirúrgico; Recientemente Graham concluye que el factor pronóstico está condicionado al tiempo ya que la mortalidad se presenta en forma mas evidente del tiempo cero a tres meses, esto deja la impresión, de que en cualquier tipo de tratamiento existe un número importante de pacientes que no tienen posibilidad de sobrevivir a pesar de las medidas tomadas, por lo que la etapa

de evolución clínica de su padecimiento sea el factor mas importante en la sobrevida y no el tratamiento empleado.

Es indudable que los pacientes con insuficiencia renal, ascitis importante, actividad del proceso hepático o por factores aun no procesados o ingestión del alcohol o desnutrición acentuada o anomalías circulatorias son complicaciones que ensombrecen el pronóstico y que la hemorragia sea el factor desencadenante o complementario para el desenlace fatal, por ello los pacientes que consiguen la sobrevida después del periodo crítico tienen evolución a más largo plazo y la opción de incluso erradicación de las várices por la escleroterapia o la cirugía, sin embargo, la sobrevida final va a estar afectada tambien por la evolución del proceso hepático, como se observó en nuestra paciente con cirrosis biliar primaria y en otro en que continuó la ingestión de bebidas alcohólicas con trasgresiones dietéticas. Nuestros sobrevivientes la mayoría tiene edades de la séptima década en adelante posiblemente con enfermedad hepática atenuada o de evolución lenta y tambien los que suspendieron la ingestión de bebidas alcohólicas.

Terblanche y Clark tienen conclusiones similares en cuanto a la sobrevida a largo plazo, ya que en su estudio comparativo la mortalidad es similar en ambos grupos,

Es prematuro comparar los resultados de la esclerosis con los obtenidos por el tratamiento quirúrgico, aunque en forma muy evidente la cirugía de urgencia ha tenido resultados altos de mortalidad y morbilidad y casi en forma universal se acepta como abordaje injustificado. Se requiere aún de mayor conocimiento y evaluación sobretodo de estudios prospectivos comparativos de la esclerosis y de estos con la cirugía, consideramos que en los pacientes de alto riesgo quirúrgico es el más indicado aunque desde ahora es posible adelantar que el problema de la hemorra-

gia no se resuelve en forma integral con esta medida, sobretodo en los tres primeros meses despues de haberse - presentado, y que mas bien la etapa evolutiva del procedimiento junto con las complicaciones secundarias y la disciplina del paciente condicionen el resultado final de la escleroterapia.

Existirán posibilidades más amplias de tratamiento - cuando se trate de combinar la escleroterapia a los procedimientos quirúrgicos. Palmer en 1970 mencionaba que - podía asociarse a la esplenectomía, consideramos que es **tá plenamente justificado** está actitud ya que los procedimientos devasculativos tipo Sugiura requieren de dos tiempos de cirugía extensa, con la morbilidad y mortalidad inherentes, la combinación con la escleroterapia evitaría - el tiempo torácico y a la vez concretarse a un tiempo abdominal menos prolongado ya que la sola esplenectomía disminuye en un 30% el flujo portal. Los informes recientes de los **Beta** bloqueadores los que por su efecto farmacológico disminuyen la presión arterial, al reducir el flujo arterial; tienen perspectivas, aunque aun está por determinarse su contribución a largo plazo y la selección de pacientes apropiados probablemente excluya a muchos; Parece razonable su empleo como parte del tratamiento de urgencia y en forma transitoria, sobre todo, si consideramos - que pueden producir trastornos en la perfusión renal y ello complicaciones, como aumentar ascitis o retención azoada o favorecer isquemia mesentérica. También pudiera combinarse con la escleroterapia sobre todo en la etapa de mayor mortalidad. A futuro quedan como perspectivas de evaluación la combinación de escleroterapia con betabloqueadores y procedimientos devasculativos abdominales.

Se debe insistir que la profilaxis para disminuir el consumo inadecuado de las bebidas alcoholicas ya que si -

se lograra disminuiría notablemente la frecuencia de este tipo de cirrosis. Las vacunas para el virus de la hepatitis están en perspectiva y probablemente contribuyan a una disminución de la cirrosis posthepatítica.

En la actualidad es de desearse contar con factores de evaluación más precisos lo que indudablemente tendrá como consecuencia no solamente indicar los métodos de tratamiento más adecuados sino también conocer el pronóstico y de esta manera hacer posible el evitar procedimientos terapéuticos innecesarios y probablemente contar con medicación profiláctica.

ETIOLOGIA DE LA HIPERTENSION PORTAL

	No.	%
CIRROSIS ALCOHOLO-NUTRICIONAL.....	17	(48.5%)
CIRROSIS POSTHEPATITIS O CRIPTOGENETICA.....	13	(37.1%)
CIRROSIS BILIAR PRIMARIA.....	2	(5.8%)
TROMBOSIS PORTAL.....	2	(5.8%)
HIGADO METASTASICO.....	1	(2.8%)

GRADO DE INSUFICIENCIA HEPATICA

CLASIFICACION DE CHILD MODIFICADA

CLASE C 26 (74.2 %)

CLASE B 7 (20 %)

CLASE A 2 (5.8 %)

* INICIALMENTE TODOS CALIFICADOS DE INOPERABLES.

CIRUGIA PREVIA: 9 PACIENTES (25.6%)

DERIVACION ESPLENORENAL TIPO WARREN..... 2

DEVASCULARIZACION TIPO SUGIURA

1 TIEMPO (1), 2 TIEMPOS (1) 2

ESPLENECTOMIA..... 1

LAPAROTOMIA EXPLORADORA

ADHERENCIAS INTRA ABDOMINALES 3

VALVULA DE LEVEEN 1

TOTAL 9

CUADRO NUM. 4

COMPLICACIONES POR PROCEDIMIENTO

INMEDIATAS.

TARDIAS.

DOLOR	HEMORRAGIA	ULCERACION	ESTENOSIS	PERFORACION DERRAME
30/35	10/35	35/35	6/35	0/35
(85%)	(28%)	(100%)	(17%)	(0%)

CUADRO NUM. 5

RESULTADOS

VIVEN	ABANDONARON 9	FALLECIERON
13 (50%)		13 (50%)
P. URGENTE 3		P. URGENTE 3
P. ELECTIVO 10		P. ELECTIVO 10
TOTAL DE SESIONES 103		TOTAL DE SESIONES 46
SESION/PACIENTE 7.9		SESION/PACIENTE 3.5
EVOLUCION 4 - 80 SEMANAS		EVOLUCION 1 DIA - 56 SEMANAS
PROMEDIO 36 SEMANAS		PROMEDIO 13 SEMANAS
% REDUCCION 86		% REDUCCION 26

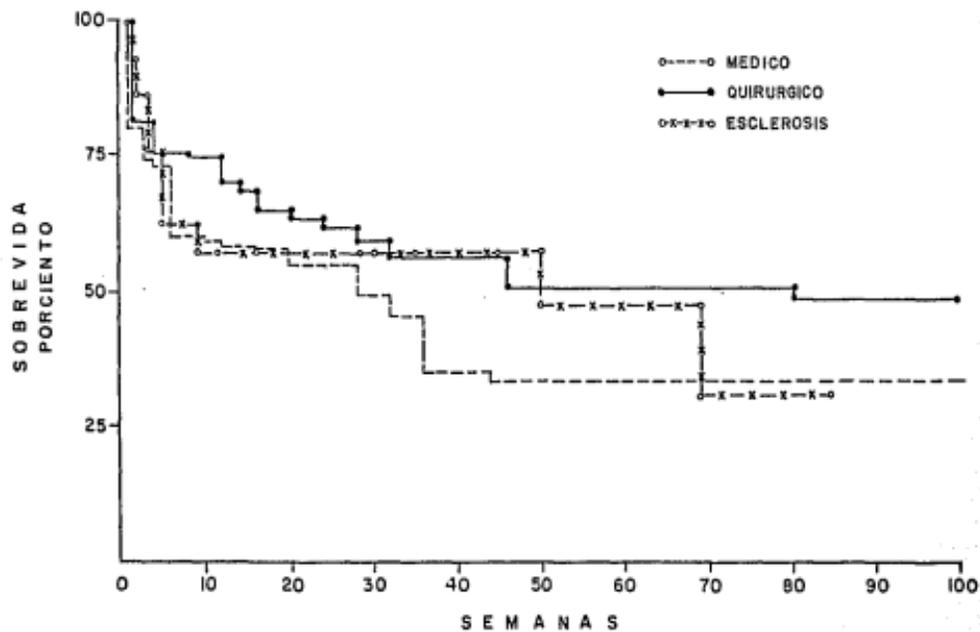
CUADRO NUM. 6

RESULTADOS

VIVEN 13			FALLECIERON 13			MUERTE
CHILD	ESCLEROSIS	REDUC %	CHILD	ESCLEROSIS	REDUC %	
C	14	100	C	15	100	COMA HEPATICO
B	14	90	C	8	100	INSUF. CARDIOP.
B	12	10 +	C	4	0	SIND. HEPATORE.
C	10	50	C	3	10	COMA- HEMORRAGIA
C	10	100	C	3	50	COMA- HEMORRAGIA
C	8	90	A	3	0	HEMORRAGIA
C	8	100	C	2	0	HEMORRAGIA
A	6	100	C	2	25	SIND. HEPATORE.
C	5	90	C	2	10	COMA- HEMORRAGIA
C	5	100	C	1	50	COMA HEPATICO
C	4	90	C	1	0	COMA HEPATICO
C	4	100	C	1	0	EDEMA AGUDO PUL.
C	3	100	B	1	0	COMA HEPATICO

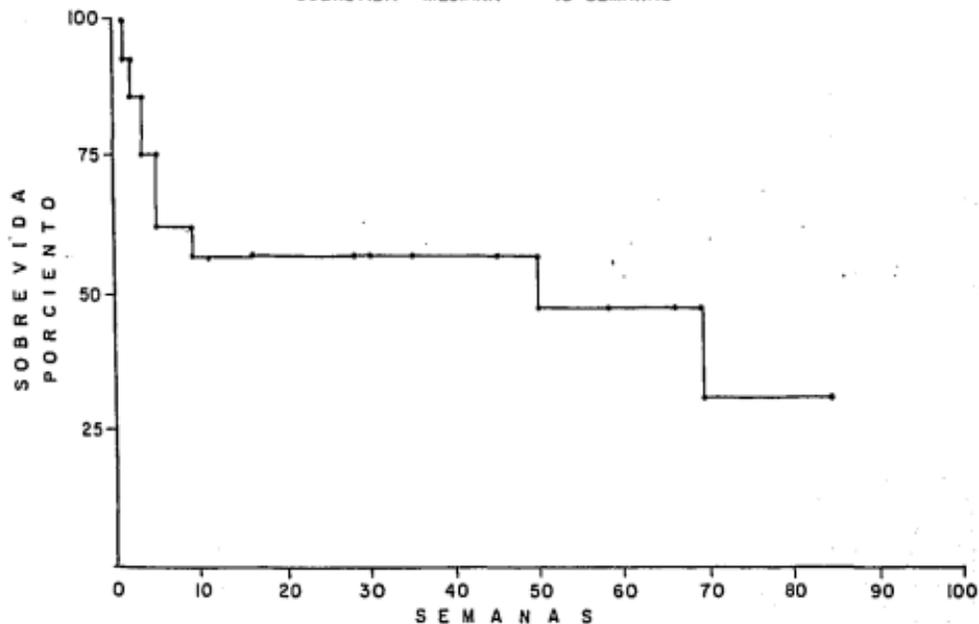
+ RECURRIO HEMORRAGIA
PORTOCAVA URGENTE

SOBREVIDA DE PACIENTES CON HIPERTENSION PORTAL GRADO III
TRATAMIENTO MEDICO. TRATAMIENTO QUIRURGICO. ESCLEROSIS.



ESCLEROSIS TRANSENDOSCOPICA DE VARICES ESOFAGICAS

SOBREVIDA MEDIANA* = 48 SEMANAS



* LAPSO EN EL CUAL HAN MUERTO 50% DE LOS PACIENTES

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Palmer E.D: Upper gastrointestinal hemorrhage.
Pag 221. Table 92
Charles C. Thomas. Publisher 1970
Springfield. Illinois, U.S.A.
- 2.- Uribe Misael: Mortalidad y morbilidad de la hemorragia por várices en pacientes con cirrosis hepática en México.
Urgencias en Gastroenterolog a.
Asociación Mexicana de Gastroenterologia. Pag 60
Edit. Uribe M. y de la Rosa C. México, 1980.
- 3.- Galambos J.T. : Evaluation and management of portal hypertension. in cirrhosis (Major problems in internal medicine 17: 253-287, 1979, U.S.A.
- 4.- Conn H: The rational evaluation and management of portal hypertension. In Schaffner F, Sherlock S, Leevy CM (eds): The liver and its diseases, Intercontinental Med. BK, New York, 1974: 289-306.
- 5.- Hanna S; Warren D; Galambos J; Millikan J. :
Bleeding varices: 1. Emergency management
OMA Journal 124; 1981.
- 6.- Graham D; Smith L: The course of patients after variceal hemorrhage.
Gastroenterology 80; 800; 1981.

- 7.- Merigan TC. Jr Plofkin GR; Davidson CS: Effect of Intravenously administred posterior pituitary extract on hemorrhage from bleeding esophageal varices. A controlled evaluation.
N. Engl. J. Med: 266; 134; 1962.
- 8.- Nusbaum M; Conn H.O: Arterial vasopressin infusions: Science or Seance ? (E). Ibid 263-267.
- 9.- Chojkier M; Conn H.O: Esophageal tamponade in the treatment of bleeding varices.
Dig. Dis. Scie. 25: 267; 1980.
- 10.- Conn H.O, and Linderemuth, W.W. : Prophylactic portocaval anastomosis in patients with esophageal varices.
N. Engl. J. Med., 279; 725; 1968.
- 11.- Sax F.L; Cooperman A.M: Bleeding esophageal varices.
Surg. Clin. N. Amer; 61; 209; 1981.
- 12.- Orozco H; Araujo J.L: Tratamiento médico quirúrgico de emergencia en el paciente con cirrosis e hipertensión hemorrágica.
Urgencias en gastroenterología.
Asoc. Mex. Gastr. pag 78.
Edit. Uribe M. y de la Rosa C. 1980.
- 13.- Orloff M. J. Chandler JG. Charters AC III. Condon JK. Grambort DE. Modafferi TR. Levin S.E: Emergency portocaval shunt for bleeding esophageal varices. Prospective study in unselected patients with alcoholic cirrhosis.
Arch. Surg. 108, 293; 1974.

- 14.- Warren WD, Zeppa R, Forman JJ: Selective trans-splenic decompression and gastroesophageal varices by distal spleno-renal shunt.
Ann. Surg: 166, 437, 1967.
- 15.- Warren W.D, Selum AA, Hutson D, Zeppa R: Selective distal splenorenal shunt: Technique and results of operation.
Arch. Surg, 108; 306, 1974.
- 16.- Zeppa R, Hutson DG SR, Bergstresser PR, Levi JU, Schiff ER, Fink P: Survival after distal spleno-renal shunt.
Surg Gynecol Obstet 145; 12; 1977.
- 17.- Crocco H. et al: Survival and quality of life after selective portosystemic shunts.
Am. J. Surg. 141: 183-188; 1981.
- 18.- Reynolds T.B., Donovan A J., Mikkelsen W.P., Redeker A.G., Turrill F.L., Weiner J.M: Results of a 12_year randomized trial of portocaval shunt in patients with alcoholic liver disease and bleeding varices.
Gastroenterology 80: 1005; 1981.
- 19.- Smith- Leing G., Scott J., Long R.G., Dick R., Sherlock S: Role of percutaneous transhepatic obliteration of varices in the management of hemorrhage from gastroesophageal varices.
Gastroenterology 80: 1031-6; 1981.

- 20.- Craaford C., Freckner P.: Nonsurgical treatment of varicose veins of the esophagus. Acta Oto-laryng 27: 422; 1939.
- 21.- Macbeth R: Treatment of esophageal varices in - portal hypertension by means of sclerosing injections. British Med. Journal. Pag 877-880, 1955.
- 22.- Paquet K.J: Management of hemorrhage from esophageal varices using the esophagosopic sclerosing method. Ann. Surg. 177, 99-102; 1973.
- 23.- Terblanche et al.: A prospective evaluation of injection sclerotherapy in the treatment of acute bleeding from esophageal varices. Surgery 85: 3; 239-245, 1979.
- 24.- Paquet K. J. Oberhammer E: Sclerotherapy of bleeding oesophageal varices by means of endoscopy. Endoscopy 10: 7-12, 1978.
- 25.- Lewis J. Chung R, Allison J.: Sclerotherapy of esophageal varices. Arch. Surg. 115: 476, 1980.
- 26.- Scott W. Brooks Jr., Galambos JT.: Endoscopic sclerosis of esophageal varices. Abstracts submitted to A/A/G/E 1981. Gastrointestinal endoscopy 27: 2: 1981.
- 27.- Hughes R., Lerson D., Adson M., Vanheerden J. Esophageal varices. Abstracts submitted to A/S/G/E 1981. Gastrointestinal Endoscopy 27: 2: 1981.

- 28.- Clark A.W. Westaby D., Silk D.B.A., Dewson J., Meodougal B, Mitchell K., Strunin., Williams R
Prospective controlled trial of injection sclerotherapy in patients with cirrhosis and recent variceal hemorrhage.
The lancet. Sept 13, 1980.
- 29.- Tuame Jorge. : Evaluación de 147 pacientes con hemorragia de tubo digestivo proximal estudiados en el Instituto Nacional de la Nutrición Dr. Salvador Zubirán.
Trabajo de Tesis. Mayo 1982.
- 30.- Graham D., Smith L. : The course of patients after variceal hemorrhage.
Gastroenterology 80,4; 800-9, 1981.
- 31.- Ratnoff OD, Patek AJ Jr. The natural history of Laennec's cirrhosis of the liver. An analysis of 386 cases. Medicine 1942; 21: 207-68