

94 11209
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

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

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DEL ESTADO DE SONORA
HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO DE SONORA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

**Escleroterapia en el manejo de pacientes con
Várices Esofágicas en el
Hospital General del Estado.
Experiencia de 4 años.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LA ESPECIALIDAD
EN CIRUGIA GENERAL
PRESENTA

DR. CESAR OMAR TORRES CAMACHO

Asesores:
Dr. Luis Roberto de León Zamora
Dr. Jorge Isaac Cardoza Amador

269173

Hermosillo, Sonora, Febrero de [REDACTED]

1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

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

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DEL ESTADO DE SONORA
HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO DE SONORA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA



DR. JOSE GUSTAVO SAMANO TIRADO
Jefe de Enseñanza e Investigación

Dr. Francisco César Gracia Gómez
Profesor Titular del Curso Universitario U.N.A.M.

Dr. Alejandro García Atondo
Jefe del Servicio de Cirugía General

Dr. Luis Roberto de León Zamora
Asesor de Tesis

Dr. Jorge Isaac Cardoza Amador
Asesor de Tesis

DR. CESAR OMAR TORRES CAMACHO

AGRADECIMIENTO

A MI ESPOSA NICK, QUIEN HA COMPARTIDO TODOS ESTOS AÑOS DE SACRIFICIO POR CONTINUAR ADELANTE

A MI HIJA CLARISSA CAMILA QUE HA LLENADO MI VIDA DE FELICIDAD Y QUE PRIVE DE COMPARTIR MUCHO TIEMPO TAN VALIOSO JUNTOS

A MI MADRE MA. JESUS, MI HERMANO Y MI QUERIDA MARIA LUISA, QUIENES FUERON EL PILAR DE MI FORMACION

AL HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO POR FORMAR MI ESPECIALIZACION

A DIOS POR PRESTARME LA VIDA Y LA DE MIS SERES QUERIDOS

DR. CESAR OMAR TORRES CAMACHO

INDICE.

PRESENTACION	I.II
AGRADECIMIENTOS	III
INDICE	IV
Resumen	1
Introducción	2
Material y Métodos	3
Resultados	4
Discusión	7
Conclusiones y sugerencias	10
Bibliografía	11

RESUMEN

La endoscopia terapéutica, es uno de los avances más importantes en la medicina en los últimos años, y han venido a modificar el tratamiento de algunos padecimientos que antes solo era posible con cirugía. El propósito del presente estudio fue conocer la experiencia del HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO en el campo de la endoscopia aplicado al manejo de varices esofágicas con escleroterapia.

Se revisaron los reportes de endoscopias y expedientes de pacientes desde enero 1994 a julio 1998, incluidos en el estudio 28 pacientes con sangrado de tubo digestivo alto (STDA) secundario a varices esofágicas manejadas con escleroterapia, ligadura o ambos procedimientos. El 63 % (17 pacientes) fueron hombres, y 37 % (10) mujeres. El 70.3 % tuvieron el antecedente de sangrado reciente (STDA), el 27.6 % el antecedente de STDA mas sangrado activo. Y un 11.1 % tuvieron disfagia como síntoma asociado a los anteriores. Al 55% se les practicó escleroterapia como único procedimiento, 19% ligaduras, 26 % ambos procedimientos. Se practicaron 81 sesiones, con un total de 85 procedimientos, las complicaciones durante el procedimiento fueron menores para escleroterapia con 3% de sangrado durante el procedimiento y 22 % para las ligaduras, el control de la hemorragia 97% para escleroterapia y 77 % en ligaduras,

Los resultados en el presente estudio, se encuentran dentro de los estándares encontrados en revisiones multicéntricas recientes, así como existe una concordancia en las características de las complicaciones encontradas.

INTRODUCCION

La endoscopia terapéutica de tubo digestivo es uno de los avances más importantes en los últimos años (1), desde la aparición del endoscopio flexible 1972 de fibra óptica que se le atribuye a Morrissey (11), hasta los nuevos endoscopios, han venido a modificar al tratamiento de algunos padecimientos que antes solo era posible con procedimientos quirúrgicos. En la actualidad existen indicaciones precisas para cada procedimiento, de tal manera que la cirugía queda como segunda alternativa de tratamiento (1).

La patología del tubo digestivo en la que, la endoscopia ha demostrado su utilidad diagnóstica y terapéutica, es innumerable, (1,3,4,11,13), como método diagnóstico y tratamiento de urgencias ha sido mas limitado (3). En estudios recientes sobre las indicaciones más frecuentes para procedimientos endoscópicos fueron: el antecedente de sangrado de tubo digestivo alto 42.2%, historia de enfermedad ácido péptica en 40.5 % por Rob P Andag. Jhon F J. (3).

El sangrado de tubo digestivo representa una urgencia gastroenterológica y quirúrgica de difícil manejo, y a menudo de consecuencias fatales (1), la utilidad de los procedimientos endoscópicos, y su eficacia ha sido discutida y generado controversias, sin embargo ha arrojado resultados importantes en la disminución en la utilización de procedimientos quirúrgicos de urgencias para su resolución, así como disminuido la mortalidad global de este grupo de pacientes (1,4).

La escleroterapia es uno de los muchos procedimientos que se han descrito para el tratamiento de pacientes que sangran de manera activa, quienes dejaron de sangrar , así como para fines profilácticos, de los cuales se han escrito innumerables trabajos (1), El uso de la escleroterapia en el tratamiento de sangrado tubo digestivo alto, es descrito por primera vez por Cradford y Freckner en 1930, informan los resultados de un solo procedimiento en un paciente, utilizando un endoscopio rígido. Posteriormente Moersch 1941, Patterson y Rouse 1947, confirman su utilidad usando de igual forma un endoscopio rígido empleando como agente esclerosante morruato sódico y la tasa de complicaciones fue de 1.8 y 1.3 %. En la década de los 1970, Johnston y Rodgers describen su experiencia de 15 años, utilizando oleato de etanolamina en 117 pacientes, logran un control de la hemorragia en 93%, Terblanche y col. En 1979, con endoscopio rígido y etanolamina describen una hemorragia aguda por inyección así como otras complicaciones como rotura esofágica por aplicación de sonda de Sengstaken Blakemore, posterior sangrados por aplicación de esclerosantes, desgarros ocasionados por los endoscopios, atribuyendo una mortalidad total por el estudio de 8.2%, y un control de la hemorragia en 90 %. (11). Es sin duda que el desarrollo de los endoscopios a jugado importante papel en los resultados de los procedimientos, principalmente en la disminución de complicaciones surgidas por los endoscopios y facilidad de las técnicas utilizada, en la actualidad se tienen una gran cantidad de reportes que confirman la utilidad y mejoramiento de las técnicas. En una revisión reciente, se han encontrado resultados semejantes a los descritos hace tres décadas: control desangrado 90% a 95%, y con una expectativa de resangrado de entre 10 % y 15 %, Both (4), así como reducción en la utilización de transfusiones, Vaterana's Affairs., La supervivencia reportada no difiere entre los grupos de estudio, de estos autores, (4), El uso de esclerosantes es muy diverso y aun no son claramente definidas sus ventajas, habiendo en la actualidad diversos agentes: efedrina 1.100,000, alcohol absoluto, cianocrilatos, oleato de etanolamina, polidocanol, tetracilato de sodio. etc.

Describiendo como un esclerosante ideal aquel que logre coagulación instantánea intravascular, actué como agente esclerosante, no repercuta a la circulación sistémica, y tenga el mínimo de complicaciones tardías, por esta razón que en la actualidad no conoce cual de los existentes ofrece tales ventajas, no obstante la investigación en este punto continua, las técnicas de aplicación descritas intravaricosa y paravaricosa así como ambas son las que hasta en la actualidad se han descrito sin ofrecer un ventaja clara entre ambas (1).

La utilidad de la escleroterapia sin duda es indiscutible como medida de tratamiento, su eficacia es medida por diferentes factores, desde el tipo de paciente, tipo de esclerosante técnica, complicaciones inmediatas, tardías y sus resultados generales, pero sin duda ha venido a brindar una herramienta de mucha utilidad para su manejo hoy en día (1).

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron las libretas de reportes de endoscopias, así como los reportes mismos de los archivos de endoscopia, para posteriormente ser confrontados con los de los expedientes mismos, revisada la historia clínica, evolución hospitalaria y de consulta externa en cada uno de los expedientes sometidos a estudio y vaciada en una hoja de recolección de datos diseñada con tal fin, Son eliminados 7 pacientes por no reunir los criterios diseñados.

Revisados los expedientes, son llevados a una hoja de concentración de datos y clasificación de variables, para posteriormente hacer un análisis porcentual de las variables en estudio, ser comparado con otras revisiones. Se incluye la utilización de equipo PC e impresora para formalización de presentación.

Se contó con la importante participación de personal de archivo clínico para proporcionar los expedientes en estudio, así como asesoría por parte del departamento de estadística, y asesores de tesis.

Describiendo como un esclerosante ideal aquel que logre coagulación instantánea intavascular, actué como agente esclerosante, no repercuta a la circulación sistémica, y tenga el mínimo de complicaciones tardías, por esta razón que en la actualidad no conoce cual de los existentes ofrece tales ventajas, no obstante la investigación en este punto continua, las técnicas de aplicación descritas intravaricosa y paravaricosa así como ambas son las que hasta en la actualidad se han descrito sin ofrecer un ventaja clara entre ambas (1).

La utilidad de la escleroterapia sin duda es indiscutible como medida de tratamiento, su eficacia es medida por diferentes factores, desde el tipo de paciente, tipo de esclerosante técnica, complicaciones inmediatas, tardías y sus resultados generales, pero sin duda ha venido a brindar una herramienta de mucha utilidad para su manejo hoy en día (1).

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron las libretas de reportes de endoscopias, así como los reportes mismos de los archivos de endoscopía, para posteriormente ser confrontados con los de los expedientes mismos, revisada la historia clínica, evolución hospitalaria y de consulta externa en cada uno de los expedientes sometidos a estudio y vaciada en una hoja de recolección de datos diseñada con tal fin, Son eliminados 7 pacientes por no reunir los criterios diseñados.

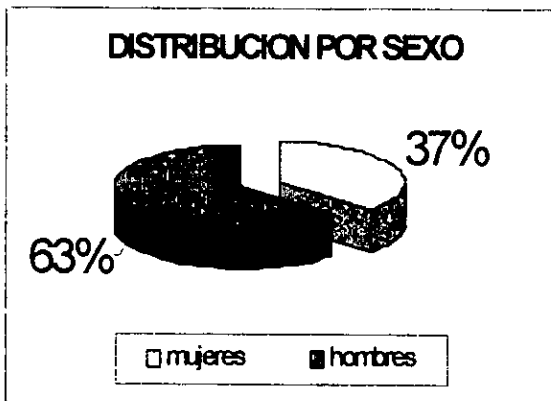
Revisados los expedientes, son llevados a una hoja de concentración de datos y clasificación de variables, para posteriormente hacer un análisis porcentual de las variables en estudio, ser comparado con otras revisiones. Se incluye la utilización de equipo PC e impresora para formalización de presentación.

Se contó con la importante participación de personal de archivo clínico para proporcionar los expedientes en estudio, así como asesoría por parte del departamento de estadística, y asesores de tesis.

RESULTADOS

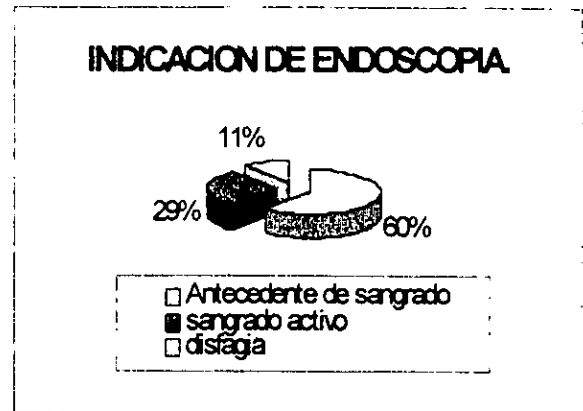
Se revisaron los reportes de endoscopias de enero 1994 a julio 1998, encontrando 109 pacientes con diagnóstico de varices esofágicas, de los cuales 35 recibieron tratamiento con: escleroterapia, ligaduras, o mixtos. Se eliminaron 7 por no cumplir con los criterios diseñados, haciendo en total de 28 pacientes que conforman el presente estudio. La media de edad fue 46.8 años, con un rango de 22 a 76 años. El 63 % 17 pacientes fue hombres, 37% 10 mujeres, (gráfica No 1).

Gráfica No. 1.



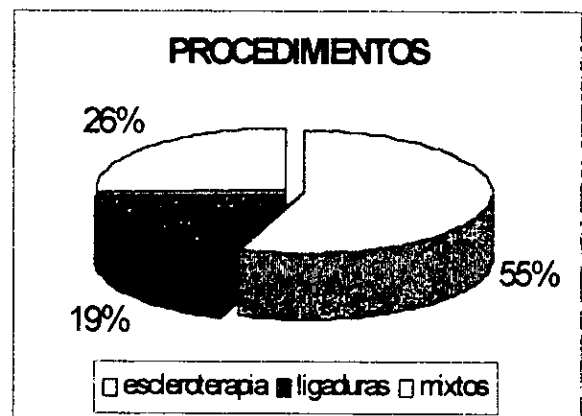
La forma de primer contacto con los pacientes al servicio de endoscopia fue: 88% urgencias, y 12 % hospitalización. La indicación para la endoscopia se encontró que el 60 % tuvieron el antecedente sangrado reciente, 29 % antecedente de sangrado mas sangrado activo, y 11 % de disfagia como síntoma asociado los anteriores, (gráfica No 2).

Gráfica No 2.

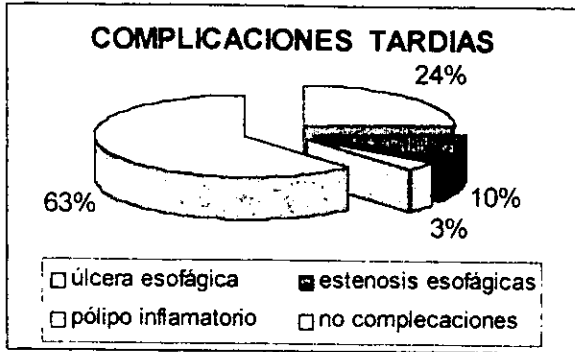


De los procedimientos realizados: 55% (15 pacientes) se les practica escleroterapia como único procedimiento, 19% (5 pacientes) ligaduras, y 26% (7 pacientes) ambos procedimientos (gráfica No 3). Las complicaciones tardías por los procedimientos fueron: ulceraciones esofágicas 25.9%, estenosis 11.1 %, pólipos inflamatorios 3.7% (7, 3, y 1 pacientes) respectivamente. Gráfica No 4. Las úlceras y pólipo inflamatorio fueron manejados conservadoramente con vigilancia, y las estenosis dos se dilataron sin complicaciones.

Gráfica No 3.

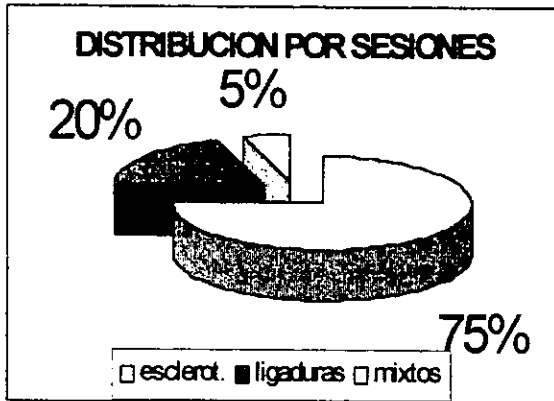


Gráfica No 4.



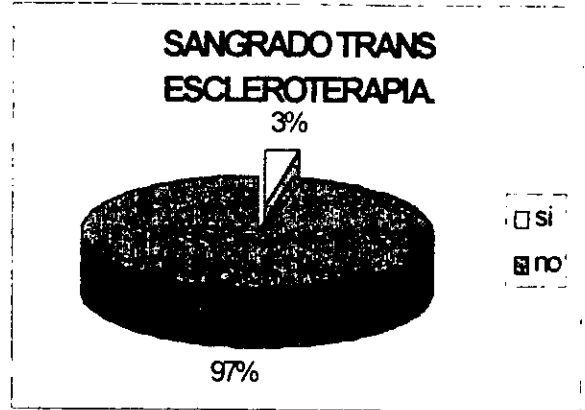
Se practicaron un total de 81 sesiones endoscópicas, y 89 procedimientos distribuidos de la siguiente manera: escleroterapias 75%, ligaduras 20%, y 5% mixtos, (61, 16, y 4 sesiones) respectivamente, (gráfica No 5), haciendo un total de escleroterapias de 74.1% y ligaduras de 21.9%, 64 y 20 procedimientos cada uno.

Gráfica No 5.



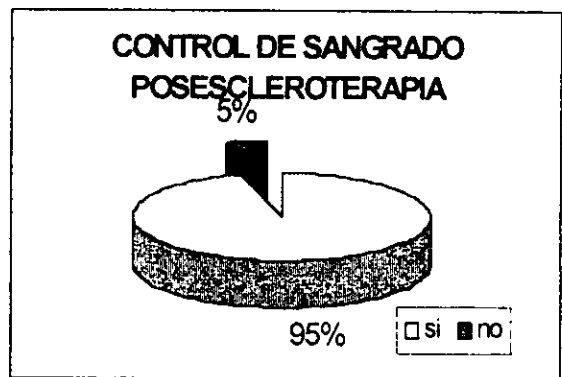
Se presentó sangrado durante el procedimiento de escleroterapia en un 3% y ligaduras en 22%, 2 y 4 respectivamente, (gráfica No 6).

Gráfica No 6.



El control del sangrado dentro de 24 hrs se logró 97% en escleroterapia y 77% en las ligaduras, (gráfica No 7).

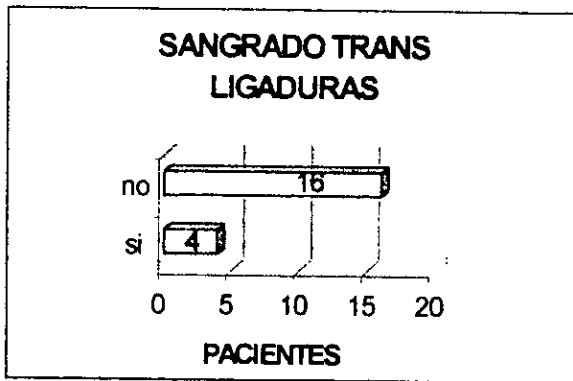
Gráfica No 7.



De los procedimientos mixtos: 2 de 4 pacientes inicialmente el plan había sido ligadura presentándose sangrado y siendo cohibido por escleroterapia, Los 2 restantes se realizaron los dos procedimientos sin complicaciones.

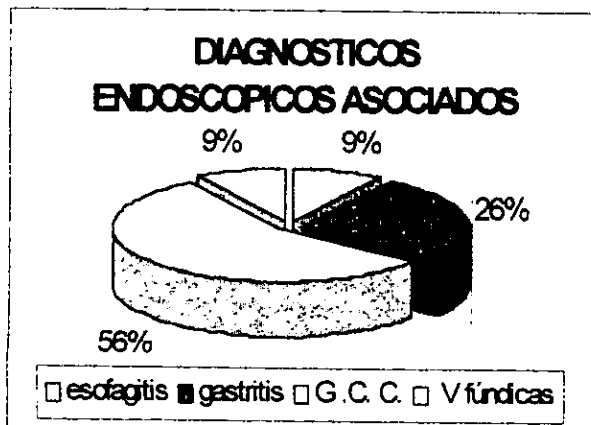
El sangrado se presentó con mas frecuencia en un 22 % en tanto no vimos complicaciones inmediatas del 78%, (gráfica No 8).

Gráfica No 8.



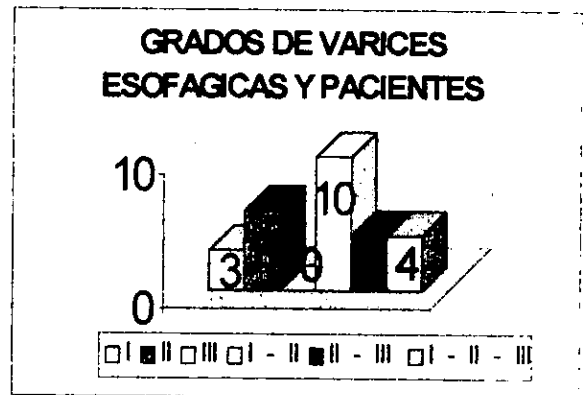
Otro aspecto importante fueron los diagnósticos endoscópicos asociados a varices esofágica: esofagitis 11.1 %, gastritis 33.3 %, gastropatía congestiva del cirrótico 70 %, varices fúndicas 11.1%, (gráfica No 9).

Gráfica No 9.



Aun que, el grado de varices esofágicas puede variar enormemente entre procedimientos en un mismo paciente, fueron evaluados los grados de varices esofágicas encontrados en el reporte de endoscopia el momento del primer contacto, enumerados en la gráfica numero,(gráfica No 10).

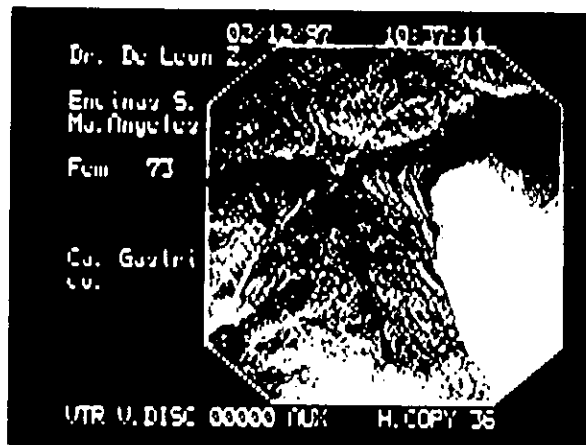
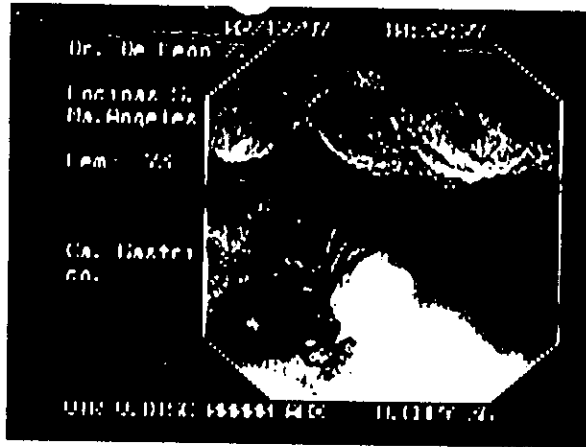
Gráfica No 10.



De las complicaciones tardías, se encontró que las ulceraciones se presentaron, en aquellos pacientes quienes habían recibido cantidades mayores a 25 ml, de esclerosante por sesión, así como las ulceraciones pequeñas se presentaron en ligaduras menores a 0.5 cm.

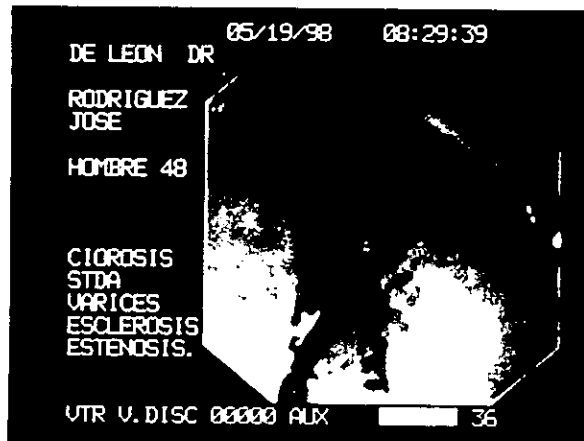
Fotografías

Varices Esofágica



Fotografías

Varices Esofágica



DISCUSION

En el presente estudio, con la finalidad de conocer la experiencia del HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO, en el manejo de pacientes con STDA secundario a varices esofágicas, encontramos que la media de edad no difirió importantemente con los de otros estudios, el sexo fue mas importantemente en el masculino, lo cual hay concordancia.

La forma de primer contacto con el de endoscopia, fue a través del servicio de urgencias, tras un episodio de sangrado reciente o encontrarse con sangrado activo, requiriendo de reanimación por tal servicio antes de ser valorados endoscópicamente, entre otros síntomas documentados la disfagia se encontró con relativa frecuencia, los diagnósticos de STDA secundario a varices esofágicas, y diagnostico de cirrosis hepática, se encontró documentado en mas del 80 % de los expedientes, pero sin embargo, el restante sigue siendo una cifra importante de falta de consignación de diagnostica en los expedientes.

A pesar de que los procedimientos endoscópicos fueron realizados por diferentes médicos endoscopistas, cirujanos e internistas, los criterios diagnósticos, y terapéuticos fueron los mismos, y resultados semejantes, el llenado del formato de reporte de endoscopias ha sufrido modificaciones con el paso de los años intentando mejorar su utilidad. Los principales problemas encontrados en este punto, fue la falta de documentación de los hallazgos y procedimientos, que causó exclusión de pacientes del estudio.

Lo relevante del estudio es la concordancia de los resultados con los obtenidos en otros estudios multicéntricos y del consenso general, quedando por arriba con 97% de control de sangrado en los que se encontraron con sangrado activo, y dentro de los estándares de complicaciones 3 % de riesgo de sangrado por procedimiento, con un riesgo de complicaciones por paciente de 0.10 %, de lo descrito en la literatura 0.8 a 0.06 % .

En la revisión de procedimiento con ligaduras, se encontró que presento mas incidencia de complicaciones inmediatas como sangrado posterior al procedimiento 22% los cuales fueron controlados seguidos de escleroterapia, controlando así el sangrado.

Las complicaciones tardías fueron más frecuentes las ulceraciones, y principalmente en el grupo de escleroterapias, y más aun, en pacientes que recibieron un numero mayor de escleroterapias, y volumen mayor a 25ml por sesión. La estenosis esofágica se encontró en solo 3 pacientes de los cuales 2 se le practicó dilataciones sin complicaciones.

La sobrevida no se ha visto modificada por estos procedimientos, pero la morbilidad con los procedimientos endoscópicos permitieron en nuestros pacientes permanecer en un programa ambulatorio de escleroterapia, logrando un bienestar del paciente al encontrarse en su hogar y al tener un espaciamento importante en los periodos de resangrado entre sesiones.

Es pues la escleroterapia un procedimiento, eficaz y seguro en el manejo de pacientes con varices esofágicas y STDA secundario. La experiencia llevada en el HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO, ha sido adecuada, con buenos resultados y dentro de los estándares internacionales,

CONCLUSIONES

Es la escleroterapia un procedimiento eficaz y seguro, con un mínimo de riesgo de complicaciones de sangrado durante el procedimiento, una eficacia en el control del STDA secundario a varices sangrantes así como aquellas que no sangran.

Logramos conocer que la experiencia en el HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO, ha sido suficiente y los resultados son concordantes con los obtenidos en diferentes estudios multicéntricos y revisiones actuales, Lo que nos permitirá continuar trabajando con esta patología e impulsara él animo para continuar con investigación de la nueva tecnología.

Es importante realizar revisiones, periódica de tal forma que nos permita evaluarnos retrospectivamente, así se conocerán los errores y se tratara por medio de sugerencias mejorar nuestro tabajo.

SUGERENCIAS

La participación multidisciplinaria en el manejo de pacientes con STDA secundario a varices esofágicas, es el estándar dorado para esta patología, por lo que convocamos a la participacion en el manejo y estudio de técnicas e investigaciones nuevas al respecto.

La documentación adecuada, la formulación de una hoja de datos incluida al expediente, la estandarización de criterios, así como el correcto llenado de los expedientes, facilitará el análisis del trabajo realizado, pues es la única forma de conocer y evaluar los procedimientos estudiados.

BIBLIOGRAFIA:

- 1 CESAR GUTIERREZ S. Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo. 2 da Ed: 79.... 469...
- 2 SAMIR S. PARIKH. Development of effusion after escleroterapy with absolute alcohol. GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY 1993; 39:404-405.
- 3 ROB P.ADANG, Appropriateness of indications for diagnostic upper gastrointestina endoscopy: asociation with relevant endoscopic disease. GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY 1995; 42: 390-397.
- 4 GARY C.VITALE. Advanced interventional endoscopy, THE AM. J. OF SURG. 1997; 173: 21-31.
- 5 AMERICAN CIENTIFIC OF SURGERY: Cirrosis hepática e ictericia VII, 5: 3-15.
- 6 HIDETOSHI OHTA. MD. The near-infrared electronic endoscope for diagnosis of esophageal varices: GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY 1992; 38: 330-335
- 7 GIN-HO LO, MD, A comparison of the incidence of transient bacteremia and infectious sequelae after escleroterapy and rubber band ligation of bleeding esophageal varices. GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY 1994; 40: 675-679.
- 8 CHIN-CHAUN TSENG MD. Bacteremia after endoscopic band ligation of esophageal varices. GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY 1992; 38: 336-337.
- 9 WARWICK S.SELBY MB. Bactermia and bacterascites after endoscopic escleroterapy for bleeding esophageal vareices and prevention by intravenous cefotaxime: a randomized trial. GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY 1994; 40:680-684.
- 10 GIN-HO LO, MD. Injection escleroterapy proceded by esophageal tamponade versus immediate escleroterapy in arresting active variceal bleeding: a prospective ranndomized trial. GASTROINTESTINALENDOSCOPY 1992; 38: 421-424.
- 11 CLINICAS QUIRURGICAS DE NORTEAMEERICA 1982; 5: 817-825.