

ESCLEROSI DE VARICES ESOFÀGIQUES

J. M. BORDAS, J. TERÉS, R. BARONI, D. HEREDIA, F. MONDELO, J. RODÉS*

L'hemorràgia digestiva per varices esofàgiques constitueix una de les complicacions més greus dels pacients amb hipertensió portal, l'etiologia més freqüent dels quals és la cirrosi hepàtica. S'avalua que la mortalitat dels pacients que sagnen per varices esofàgiques és de l'ordre del 20 % i que el 50 % dels pacients amb antecedents d'hemorràgia per varices sagnaran novament en el curs de l'any següent al darrer episodi. En els pacients que persisteixen amb hemorràgia activa la cirurgia d'urgència té una elevada morbi-mortalitat i la possibilitat d'obtenir l'hemostàsia mitjançant la injecció directa de substàncies esclerosants ha demostrat la seva eficàcia. En aquells pacients que aconseguen l'hemostàsia espontàniament o amb tractament mèdic i en els que la cirurgia, en la qual es va dipositar grans esperances fa uns anys, no ha demostrat millorar la qualitat ni l'esperança de vida, s'ha reintroduït l'escleroteràpia, ja esmentada a la literatura per CRAAFORD el 1939 amb la finalitat d'aconseguir obliterar les varices esofàgiques i prevenir recidives hemorràgiques⁽¹⁾.

L'esclerosi de les varices esofàgiques generalment es realitza a través de fibroendoscòpis, injectant diferents productes en la llum de la variça o en el teixit perivariçós (fig. 1). En ambdós casos es pretén ocloure la llum de les venes submucoses dilatades. La injecció perivenosa, amb substàncies com el morruat sòdic, té l'avantatge d'induir una escassa hemorràgia local, però produeix estenosi esofàgica amb una certa freqüència. La injecció intravariçosa d'etanolamina produeix irritació de l'endoteli, coagulació i, posteriorment, fibrosi en la llum del vas injectat i, tot i que té més risc immediat d'hemorràgia, aquesta acostuma a ser autolimitada. En contraposició al morruat, etoxisclerol i altres substàncies d'injecció perivenosa, la utilització intravariçosa d'etanolamina rarament induïx estenosi. L'eficàcia d'ambdós mètodes, intra i perivariçós de substàncies per a prevenir nous episodis d'hemorràgia per varices, avaluada en estudis múltiples, sembla molt elevada⁽¹⁻²⁻³⁾.

L'esclerosi de varices no exigeix anestèsia general, i n'hi ha prou amb premedicació sedant. El pacient ha d'estar ingressat en un Centre especialment qualificat per al tractament d'hemorràgies digestives i únicament és necessari que els factors de coagulació superin els mínims exigits per a l'obtenció de biòpsia hepàtica. (Taxa de protrombina 50 % i més de 50.000 plaquetes per mil·límetre cúbic).

La indicació electiva d'esclerosi de varices esofàgiques en pacients amb hipertensió portal correspon, en el moment actual, a aquells pacients que han superat episodis

previs d'hemorràgia digestiva alta, en la qual s'hagi demostrat inequívocament que les varices esofàgiques eren l'origen de l'hemorràgia.

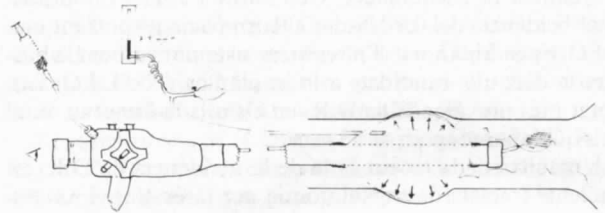


Fig. 1. — Esclerosi de Varices.

Fibroendoscopi preparat per a la tècnica d'esclerosi de varices esofàgiques utilitzant baló en l'extrem distal de l'endoscopi.

A la part inferior de la imatge és possible observar, en esquema, la forma d'actuació del baló, que s'infla des de l'exterior i la pressió del qual es controla mitjançant la columna de mercuri de l'esfignomanòmetre. Els avantatges que reporta aquesta metodologia els podem resumir en: a) Fixar l'endoscopi en l'esòfag; b) ingurgitar les varices i facilitar la injecció; c) impedir o reduir el pas de la substància injectada cap a la V. Azigos; d) permetre obtenir l'hemostàsia per compressió si es produeix hemorràgia a raig per alguns dels punts d'injecció; i, e) impedir la regurgitació en el curs de la sessió d'escleroteràpia, reduint el risc de pneumònia per aspiració.

Els resultats publicats fins ara suggereixen que l'eficàcia per a prevenir recidives d'hemorràgia per varices i la supervivència són similars a les que ofereixen les intervencions quirúrgiques sobre la hipertensió portal⁽²⁾. Els resultats preliminars obtinguts a la Unitat d'Hepatologia de l'Hospital Clínic i Provincial de Barcelona es poden apreciar a les figures 2 i 3 on es comparen de forma gràfica, mitjançant corbes d'incidència i a títol merament indicatiu, tres grups de pacients no coetanis, en un seguiment que en alguns casos es perllonga tres anys. Una de les sèries correspon a un grup de pacients, d'una sèrie històrica, d'un moment en el qual els pacients que superaven una hemorràgia digestiva alta per varices no eren tractats específicament per prevenir noves hemorràgies. La segona sèrie correspon a un grup de sagnants per varices que, havent superat un episodi d'hemorràgia van ser sotmesos a derivació espleno-renal electiva per via extraperitoneal i el tercer grup de pacients van ser aquells que després de l'hemorràgia van ser tractats amb escleroteràpia. Podem observar que la recidiva hemorràgica fou similar en els grups tractats amb cirurgia i esclerosi i que, contràriament, ambdós van ser molt més eficaços que l'abstenció. A la figura 3 es pot observar que la supervivència dels pacients és una mica superior en

* Unitat d'Hepatologia. Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

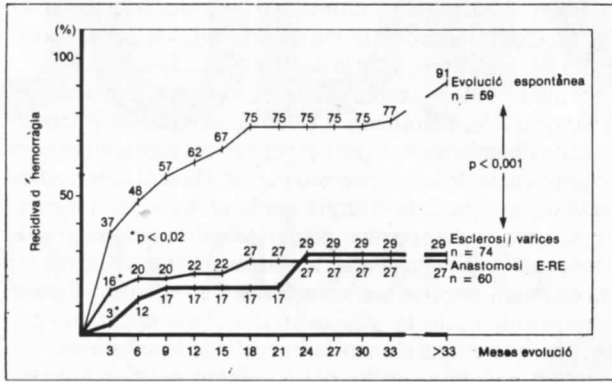


Fig. 2. - Recidiva d'hemorràgia.

Corbes d'incidència de recidiva hemorràgica per varices esòfago-gàstriques en pacients cirròtics que havien superat una hemorràgia digestiva alta per varices esofàgiques.

La línia fina correspon a la incidència de recidiva hemorràgica per varices esòfago-gàstriques en un grup de cinquanta nou pacients d'una època en la qual els pacients que havien superat un primer episodi hemorràgic per varices no eren tractats. La línia gràfica de gruix mitjà correspon al percentatge de pacients que van tornar a presentar hemorràgia per varices esofàgiques i/o gàstriques en un grup de 60 pacients que, havent superat una hemorràgia per varices esofàgiques, van ser sotmesos a una derivació portosistèmica distal (Anastomosi esplenorenal per via posterior segons PERA i VISA) i la línia més gruixuda correspon al percentatge de recidiva hemorràgica per varices esofàgiques en els pacients sotmesos a quatre sessions consecutives d'esclerosi de varices. En les abscisses s'assenyala el percentatge de recidives hemorràgiques i en les ordenades el temps de seguiment dels pacients.

(Anastomosi E.R.E. = Anastomosi esplenorenal electiva).

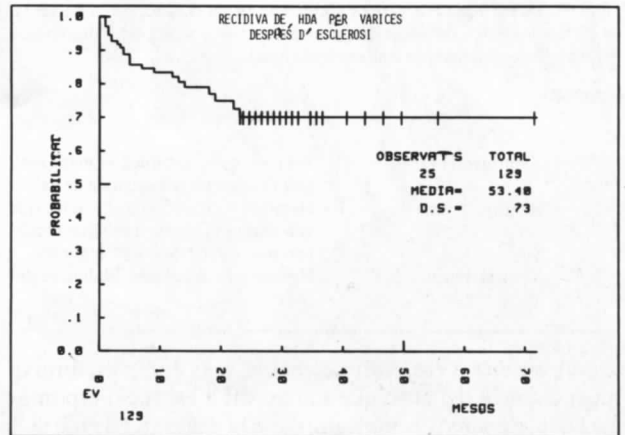


Fig. 4. - Recidiva d'HDA per varices després d'esclerosi.

Recidiva d'hemorràgia digestiva alta per varices esofago-gàstriques en 129 pacients sotmesos a sessions d'esclerosi de varices com a terapèutica electiva.

Podem apreciar que les recidives hemorràgiques es van produir principalment en els primers mesos i que a partir dels 22 mesos la corba s'estabilitza. El percentatge de recidives hemorràgiques se situa en el 27 %.

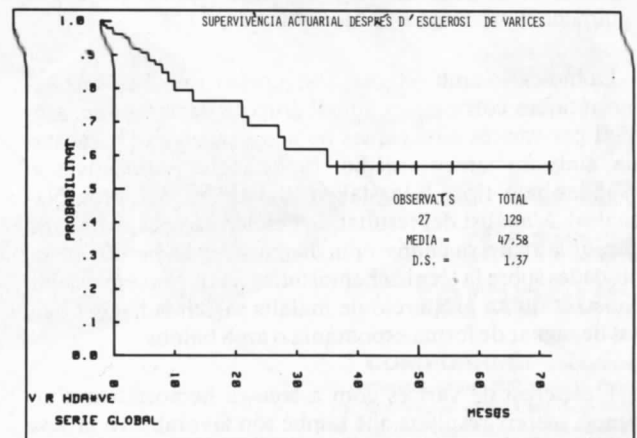


Fig. 5. - Supervivència actuarial després d'esclerosi de varices.

Càlcul de la supervivència actuarial després de l'escleroteràpia aplicada de manera electiva en pacients amb HDA prèvia per varices esofàgiques.

La mortalitat, que depèn fonamentalment de la funció hepatocel·lular, es produeix, en la mostra analitzada en els 34 mesos que segueixen l'escleroteràpia i la corba s'estabilitza en una supervivència del 58 % fins els 70 mesos, tot i que el temps mitjà de seguiment és de 47,5 ± 1,3 mesos.

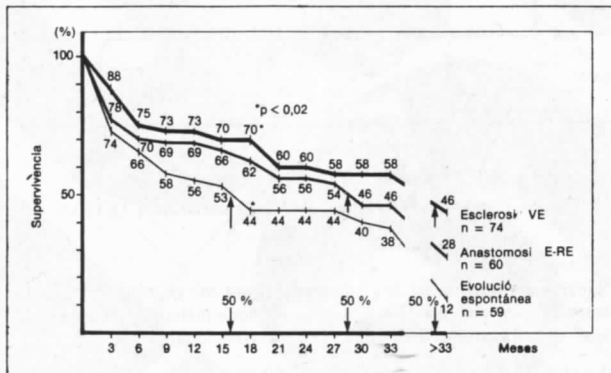


Fig. 3. - Supervivència.

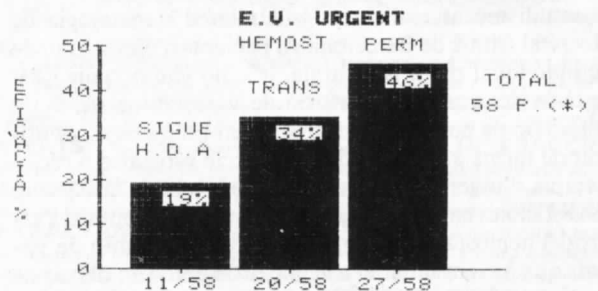
Supervivència de tres grups de pacients que van superar un episodi d'hemorràgia digestiva alta per ruptura de varices esofàgiques amb demostració fibroendoscòpica.

La distribució de la gràfica és semblant a la de la figura 2, però les abscisses corresponen al percentatge de supervivents. En la gràfica s'assenyala amb una fletxa el moment en què en cada corba es produeix el cinquanta per cent de mortalitat.

(Esclerosi VE = esclerosi de varices esofàgiques).

(Anastomosi E.R.E. = Anastomosi esplenorenal electiva).

(Evol. Esp. = Evolució espontània).



* PACIENTES EN QUIENES HABIA FRACASADO EL TRATAMIENTO MEDICO CONVENCIONAL (DROGAS VASOACTIVAS Y BALON)

Fig. 6. - Eficàcia.

Resultats d'esclerosi de varices d'urgència en un conjunt de 58 pacients en els quals havien fracassat drogues vasoactives i sonda-baló de sengstakemore utilitzats de manera seqüencial.

Llegenda:

Continua H.D.A.	- Pacients que continuen sagnant malgrat l'escleroteràpia seguida de baló.
Hemost. Trans.	- Hemostàsia transitòria. Pacients que van cessar de sagnar però que recidivaren en el curs dels 30 d. següents.
Hemost. Perm.	- Hemostàsia de més de 30 dies de durada.

el grup sotmès a esclerosi de varices si es compara amb la supervivència del grup que fou deixat a evolució espontània i que, en canvi, és molt similar a la del grup que fou sotmès a una derivació quirúrgica porto-sistèmica amb caràcter electiu. Aquests resultats són semblants als obtinguts per altres centres i es veu avalada per l'anàlisi dels resultats en una sèrie de seguiment més prolongat i en el qual s'inclou un total de 129 pacients sotmesos a escleroteràpia electiva amb la mateixa metodologia (Premedicació anti-biòtica, quatre sessions d'esclerosi amb etanolamina, separades amb un interval d'una setmana) i en els quals el seguiment es prolonga a 70 mesos (figures 4 i 5).

La indicació amb caràcter d'urgència i amb finalitats hemostàtiques correspon a aquell grup de pacients que, sagnant per varices esofàgiques no aconseguen l'hemostàsia amb tractament mèdic. (Substàncies vasoactives o «sondes-baló tipus Sengstaken-Blakemore o Linton-Nachals»). L'anàlisi del resultat de l'escleroteràpia realitzada durant la mateixa endoscòpia diagnòstica no permet obtenir dades sobre la tècnica hemostàtica, ja que no és possible conèixer quina proporció de malalts sagnants hagués deixat de sagnar de forma espontània o amb balons.

L'esclerosi de varices com a tècnica hemostàtica d'urgència ofereix resultats que també són favorables a la seva aplicació, ja que l'hemostàsia immediata s'obté en més del 80 % de casos i la definitiva en prop de la meitat (figura 6). Els estudis diferents sobre l'escleroteràpia d'urgència pateixen de no oferir un grup control que permeti extreure conclusions en la demostrada eficàcia de les «sondes-baló» i en un relativament elevat percentatge d'hemorràgies per varices que evolucionen espontàniament a l'hemostàsia.

Un estudi recent realitzat a la Unitat d'Hepatologia de l'Hospital Clínic de Barcelona en pacients d'elevat grau de risc individual per a la cirurgia, que no van obtenir l'hemostàsia després de la perfusió de vasopresina i/o de la col·locació de balons hemostàtics, i en els quals es va utilitzar de forma aleatoritzada transecció esofàgica o escleroteràpia d'urgència va demostrar l'eficàcia de la injecció de substàncies en les varices. En els pacients sotmesos a esclerosi l'hemostàsia primària, és a dir el nombre de pacients que havent fallat el tractament mèdic van deixar de sagnar en desinflat el baló col·locat immediatament després de l'escleroteràpia, fou del 91,6 % i l'hemostàsia permanent s'obtingué en 6 d'11 casos (54,5 %). La supervivència actuarial, calculada per les corbes de Kaplan Meyer, condicionada per l'estat de la funció hepatocel·lular, fou

semblant en els pacients sotmesos a transecció i a esclerosi (fig. 7). Contràriament, la morbiditat induïda per la transecció fou molt superior a la de l'escleroteràpia.

En qualsevol cas l'esclerosi de varices, com a mètode hemostàtic o com a terapèutica electiva, és eficaç en el tractament de l'hemorràgia digestiva per varices esofàgiques com a complicació de la hipertensió portal. Davant dels nostres resultats, avantatja la cirurgia per la seva escassa morbiditat, sempre que respectem un cert nombre de normatives tècniques, com evitar la bacterièmia i la sèpsia i prevenir una eventual pneumònia per aspiració en el curs de les esclerosis mitjançant la utilització d'un baló distal en l'endoscopi, que el fixa durant la injecció de la substància esclerosant i evita el reflux del contingut gàstric. Aquesta prevenció de les complicacions s'ha de perllongar al període que han de romandre amb un baló de Sengstaken en aquells pacients que en requereixin l'ús després de l'escleroteràpia⁽⁴⁾. Els resultats quant a recidiva hemorràgica i supervivència fan d'aquesta tècnica una alternativa a la cirurgia.

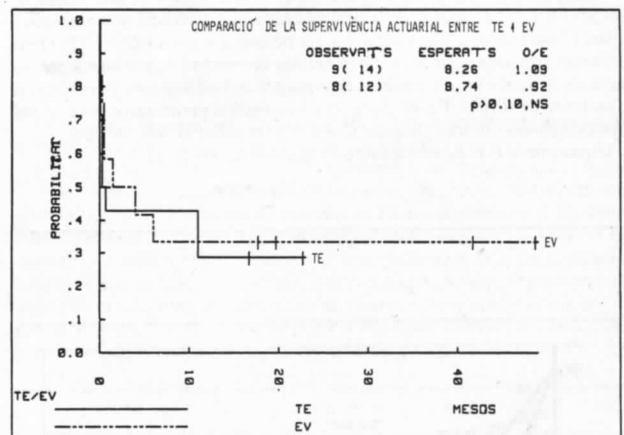


Fig. 7. - Comparació de la supervivència actuarial entre TE i EV.

Supervivència actuarial dels pacients d'elevat risc quirúrgic sotmesos a transecció esofàgica o esclerosi de varices com a mètode hemostàtic, després d'haver fracassat el tractament mèdic convencional.

La mortalitat d'ambdós mètodes no és diferent i se situa, per a aquests pacients amb important insuficiència hepatocel·lular, entre 71 % per als sotmesos a transecció esofàgica i 67 % en el grup sotmès a escleroteràpia. La supervivència s'avalua, per tant, en xifres del voltant del 30 % i possiblement es troben en relació més al grau d'insuficiència hepatocel·lular que a la bondat del tractament hemostàtic emprat.

Es pot apreciar que l'hemorràgia digestiva i l'acte quirúrgic de la transecció comporta una mortalitat similar a la que es produeix amb l'esclerosi. De totes maneres la morbiditat induïda per la transecció és superior a la de l'escleroteràpia.

Llegenda:

TE: Transecció de varices esofàgiques com a tractament hemostàtic.

EV: Esclerosi de varices esofàgiques com a terapèutica de l'hemorràgia digestiva per varices esofàgiques en pacients amb elevat grau de risc individual.

BIBLIOGRAFIA

1. BENNET JR.: Therapeutic endoscopy and radiology of the gut. Ed. Chapman and Hall. Londres 1981.
2. TOR J.: Escleroterapia endoscópica. ¿Un avance en el tratamiento de las varices esofágicas sangrantes? *Med. Clin. (Barc)* 1983; 80:208, 210.
3. TERBLANCHE J., NORTHOVER J.M.A., BORNMAN P. et al.: A prospective evaluation of injection sclerotherapy in the treatment of acute bleeding from esophageal varices. *Br. J. Surg.* 6 1982; 69:79-81.
4. BORDAS J.M., ROMAN F.J., TERES J., MONDELO F., TITLO L., RODES J.: Manifestacions clíniques locals y generales inducidas por la esclerosis de varices esofágicas, aplicada como tratamiento electivo. *Gastroenterol Hepatol.* Pendent publ.

Ann Med (Barc), 1985, 71:140-143