

Tratamiento quirúrgico de las varices esofágicas (*)

DIRCEU FALCÃO

Cirujano del INPS y de la Clínica Quirúrgica de Maceió. Titular de la Sociedad Brasileña de Angiología y del Colegio Brasileño de Cirujanos. Fellow of Scientific Council of International College of Angiology.
Maceió-Alagoas (Brasil)

INTRODUCCION

Aportamos a este Congreso nuestra experiencia referente a la cirugía de las varices esofágicas, en particular las que se acompañan de hemorragias digestivas. Restringimos nuestro trabajo al estudio de la técnica y la táctica utilizada por nosotros y a la presentación de nuestra casuística, dado que la fisiopatología de los procesos varicosos, sus causas y efectos, problemas de orden diagnóstico y nuestro concepto terapéutico ya fueron abordados en trabajo anterior (2).

De inicio, afirmamos que nuestra conducta es siempre operatoria con **relativa urgencia**, sin esperar la recurrencia de las hematemesis y sin contemporizar bajo un tratamiento clínico expectante.

Como sabemos, las hematemesis y las melenas producidas por la rotura de varices esofágicas son las más terribles complicaciones de la hipertensión del sistema portal; cuando no llevan a la muerte por exanguinación lo hacen, en general, por coma hepático.

Hemos adoptado esta conducta en nuestro Servicio desde julio de 1958 hasta la actualidad, con resultados animadores, como se desprende del análisis de nuestra casuística. De este período hasta junio de 1971 operamos 100 pacientes, 70 de los cuales con hemorragias digestivas vigentes.

TECNICA

Siempre practicamos la esplenectomía asociada a la ligadura de las varices esofágicas en un solo tiempo y por vía torácica. Con la esplenectomía conseguimos curar el hiperesplenismo, siempre presente, y el infantilismo, en los adolescentes; suprimir el tumor esplénico, doloroso e incómodo; y reducir la hipertensión portal por la retirada del lecho portal del 30 al 40 % de sangre procedente de la vena esplénica.

(*) Traducido del original en portugués por la Redacción
Trabajo presentado en los Congresos III Colombiano y XI Latinoamericano, Bogotá (Colombia), y XIX Brasileño y VIII Internacional, Río de Janeiro (Brasil).

La ligadura de las varices se practica aislada o asociada a la esplenectomía (**Kelner & Dantas**, 1959 [3] y **Falcão**, 1963 [1]). En el primer caso no extirparamos el bazo cuando en las urgencias el anestesista contraindica la esplenectomía concomitante y en los pacientes ya esplenectomizados.

La técnica empleada en el Servicio es una variante de la intervención original, en la que introducimos algunas modificaciones que le imprimen el sello de nuestra actividad quirúrgica.

Utilizamos sólo una toracotomía izquierda baja, a través del 8.^º/9.^º espacio intercostal, sin resección costal, incluso en los ancianos; practicando una esplenectomía transdiafragmática y suturando los plexos varicosos con puntos separados de hilo de algodón negro 4-0.

La interposición de puntos en las varices esofágicas condiciona la formación de diversos trombos pequeños; trombos que posteriormente se organizan y forman tejido de granulación y por último fibrosis. La íntima se presenta endurecida y adherida entre sí, desapareciendo la luz vascular. Cuando se forma tejido fibroso la obliteración venosa será permanente (fig. 1).

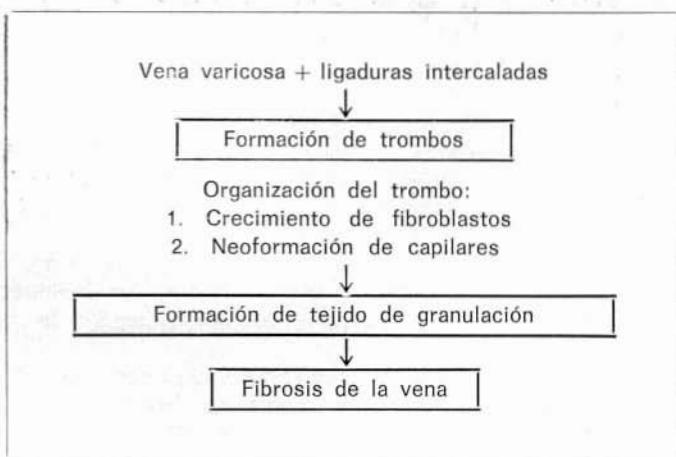


FIG. 1.— Fibrosis vascular tras las ligaduras venosas.

a) **Preoperatorio:** Valoración cuidadosa del riesgo quirúrgico y corrección de los diversos factores que puedan influir desfavorablemente sobre el acto quirúrgico y en el período postoperatorio.

En los pacientes internados con carácter de urgencia, con hemorragias digestivas, «shock» y coma hepático, efectuamos de modo sistemático grandes lavados intestinales con la finalidad de retirar del tubo digestivo la sangre que contiene y que, si es absorbida, agrava el coma hepático ya iniciado. Reposición sanguínea e hidroelectrolítica, empleando sangre total, adrenoplasma, detoxargin, soluciones glucosadas y fisiológicas. De este modo siempre hemos conseguido llevar el paciente al acto quirúrgico.



FIG. 2

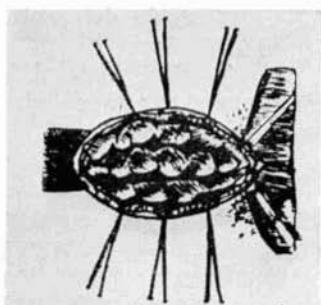


FIG. 4



FIG. 3

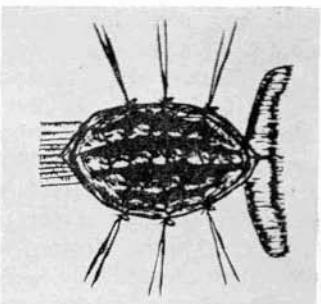


FIG. 5

FIG. 2.—Vía de acceso utilizada por el autor: toracotomía izquierda con resección costal, a través del noveno espacio intercostal.

FIG. 3.—Delimitación del campo operatorio tras la toracotomía.

FIG. 4.—Abertura, esquemática, del esófago mostrando los tres plexos varicosos.

FIG. 5.—Sutura de los plexos varicosos con puntos sueltos de hilo de algodón negro 4-0, esquemática.

b) **Anestesia:** General, por intubación orotraqueal. Inducción con barbitúricos de acción ultracorta (mexohexital) al 1% y un relajante (galamina) al 2% en dosis que varían en función del peso del paciente. Se mantiene la anestesia con metixifluorano en vaporizador de Takaota, del 0.3 al 0.5%, y respiración controlada con el respirador de Takaota. Eventualmente se administran pequeñas dosis de barbitúricos (20 a 40 mg) y de relajante (10 a 20 mg) durante el acto quirúrgico, manteniendo al paciente en analgesia. Con estos cuidados observamos el estado de conciencia completa en la recuperación de los mismos y una buena analgesia postoperatoria inmediata, dispensando el uso de analgésicos y sedantes que puedan deprimir al paciente determinando complicaciones cardiorespiratorias en función de la eliminación del anestésico empleado.

c) **Vías de acceso:** Empleando siempre la toracotomía izquierda a través del 8.^o/9.^o espacio intercostal, la incisión sirve no sólo para la ligadura de las varices sino también para la esplenectomía y ligaduras concomitantes.

d) **Posición del paciente:** Decúbito lateral derecho clásico.

e) **Técnica:**

1. Incisión sobre el 8.^º/9.^º espacio intercostal izquierdo, partiendo del reborde costal y extendiéndose en discreta concavidad superior hasta la línea axilar posterior (fig. 2).

2. Hemostasia por electrocoagulación de los vasos parietales.

3. Tras la colocación de los segundos campos y del separador de Finochietto, se colocan unos puntos de algodón negro 4-0 en el diafragma y se incide el músculo en la misma dirección que la piel.

4. Se practica un ligero masaje del bazo, produciendo en él una disminución de volumen a la vez que condicionamos una verdadera autotransfusión al lanzar a la circulación sistémica la sangre que contiene dicho órgano.

5. Esplenectomía cuidadosa y obtención de un fragmento del lóbulo izquierdo del hígado para examen histológico.

6. Sutura de la superficie cruenta de la pared abdominal posterior, practicando una verdadera peritonización con puntos sueltos de hilo de algodón negro 4-0.

7. Sutura del diafragma con puntos sueltos del mismo hilo.

8. Incisión de la pleura mediastínica a nivel del ligamento triangular del pulmón y aislamiento del esófago con pinza de Satinsky, separándolo con un drenaje de Penrose n.^º 60 (fig. 3).

9. Abertura del esófago en su tercio inferior hasta la unión esófago-gástrica, separando sus bordes con puntos de hilo de algodón negro 4-0.

10. Ligadura de los tres haces varicosos con puntos separados del mismo hilo, en una extensión de 8 a 10 cm. (figs. 4 y 5).

11. Cierre del esófago en dos planos, muscular y mucoso, con puntos sueltos del citado hilo.

12. Se retira el Penrose y se sutura la pleura mediastínica con puntos del repetido hilo.

13. Lavado de la cavidad con solución fisiológica tibia.

14. Extracción de fragmentos de la base del pulmón izquierdo para examen histológico.

15. Se retira el Finochietto y los segundos campos, colocando un drenaje torácico por contrabertura. Cierre de la pared torácica por planos según la norma del Servicio. Cura oclusiva.

Tanto en la cavidad abdominal como en la torácica se instala 1 g. de succinato de clorofenicol (Chemicetina) de modo sistemático.

f) **Postoperatorio:** El postoperatorio es simple y en general tranquilo. De manera sistemática se controla la diuresis en el peri y postoperatorio inmediato y se practican radiografías del tórax con objeto de descubrir complicaciones renales y toracopulmonares, respectivamente.

A las 48-72 horas del acto quirúrgico se retira el drenaje torácico y la sonda vesical. Durante este período el paciente se alimenta por vía parenteral. Tras la retirada de las sondas se coloca una faja al paciente e iniciamos su deambulación y alimentación «per os», líquida, pastosa y de gran valor calórico de inicio.

Mientras el paciente permanece en la cama se le invita a que ejecute ejer-

cicios respiratorios y a que tosa, a la vez que practique movimientos activos en el propio lecho.

A los 6-8 días de operado se le quitan los puntos y, según la recuperación clínica del paciente, se le da de alta del hospital.

Durante largos períodos se efectúa una revisión sistemática, practicando radiografías de control de tórax y esófago.

Para el control, prevención y tratamiento de los derrames pleurales postoperatorios utilizamos vitamina D₃ oral en dos dosis semanales de 600.000 U.I. cada una.

CASUISTICA

Nuestro material consta de 100 intervenciones sobre varices esofágicas recogidas desde julio 1958 a junio de 1971. De ellas, 70 se efectuaron bajo accidente hemorrágico vigente por rotura de las varices (Cuadro I).

De los 100 pacientes operados, a cada uno de los sexos correspondía el 50%; 48 eran blancos, 51 mulatos y sólo uno de color negro; el más joven tenía 8 años y el más viejo 76.

En el estudio de nuestros casos comprobamos que no existía selección de ellos para el tratamiento quirúrgico, sometiendo los enfermos, incluso en condiciones muy precarias, a la terapéutica operatoria descrita.

Las esofagitis y las hematemesis masivas observadas en otros Servicios tras la retirada de los balones de Sengstaken-Blakemore nos hicieron postergar su empleo en nuestra Clínica.

Nuestros resultados son animadores y serán analizados en función de la mortalidad, complicaciones, recidivas de las hematemesis y supervivencia, imitando a **Kelner** (4).

1. Mortalidad: La mortalidad cabe considerarla dentro del hospital y la tardía. Discutiremos ahora la hospitalaria, ya que la tardía será analizada en el estudio de supervivencia.

Entre los 100 casos operados tuvimos 9 muertes (9%). Tal mortalidad puede explicarse por el pésimo estado general de los pacientes llegados al Servicio, con espoliaciones de todo orden, complicados de hemorragias digestivas y en su gran mayoría en «shock» hemorrágico y en coma hepático (Cuadro II).

2. Complicaciones: Entre las 100 intervenciones sólo observamos 11 complicaciones postoperatorias, de las cuales 10 fueron controladas clínicamente.

En trabajo anterior (2) afirmábamos que «los hemotórax, supuraciones pleuropulmonares, disfagias, estenosis, esofagitis y fistulas esofágicas no fueron observadas en nuestra estadística». Sin embargo, en uno de nuestros últimos casos (Observación n.^o 90) se produjo un empiema pleural izquierdo que nos obligó a una reintervención de decorticación pulmonar de dicho lado con buenos resultados finales (Cuadro III).

3. Recurrencia de las hematemesis: En 14 años de observación postoperatoria logramos identificar 3 casos de recidiva hemorrágica, traducida por la presentación de hematemesis de nuevo. Como estos casos fueron operados en otros Servicios, no podemos estudiar las causas que las determinaron.

4. Supervivencia: De los 100 casos operados, 91 van siendo seguidos hace 14 años. En la revisión de nuestros pacientes hemos comprobado 8 muertes, ya discutidas en trabajo anterior (2), producidas entre 18 días y 5 años del acto quirúrgico.

Por último, la mayoría de estos pacientes se encuentra clínicamente bien y entregados a actividades laborales de las más diversas, compareciendo en nuestro Servicio eventualmente para revisiones clínicas, así como para someterse a otras intervenciones con el fin de corregir otras patologías quirúrgicas.

CUADRO I
Intervenciones

Operación de Boerema-Crile Jr., más esplenectomía	93
Operación de Boerema-Crile Jr.	7

CUADRO II
Mortalidad en el hospital

Entre 100 casos:	
Por «shock» quirúrgico	5
Por colapso tóxico-infeccioso	3
Por embolia pulmonar	1

CUADRO III
Complicaciones

Derrame pleural	4
Oliguria per y postoperatorio	4
Neumotórax	1
Tromboflebitis pierna izquierda	1
Neumonitis base izquierda	1
Empieza pleural izquierdo (*)	1

(*) Reoperado por decorticación pulmonar izquierda: curado.

RESUMEN

El autor presenta sus resultados en el tratamiento quirúrgico de las varices esofágicas, en especial las que se acompañan de hemorragias digestivas. Fueron operados 100 enfermos, 70 de los cuales lo fueron durante el accidente hemorrágico por rotura de las varices. Se empleo el procedimiento de ligadura transesofágica tipo Boerema-Crile Jr., asociada a menudo a la esplenectomía

concomitante, por simple incisión torácica a través del noveno espacio intercostal izquierdo.

De los 100 enfermos operados, el 11 % sufrieron complicaciones, 9 % fallecieron, 3 % presentaron de nuevo hemorragias y en la mayoría (88 %) se obtuvieron buenos resultados.

Los sexos se repartían en el 50 % cada uno. Eran de raza blanca 48, mulatos 51 y sólo uno era negro. El paciente más joven tenía 8 años y el más anciano 76.

Todos los casos fueron operados entre julio 1958 y junio 1971.

SUMMARY

One hundred patients were surgically treated for esophageal varicose veins from 1958-1971. Seventy of them had surgery during the hemorrhagic accident. Boerema-Crile Jr. transesophageal ligature with or without splenectomy through the 9th intercostal space was performed. Results were good in 88 %; 11 % had complications, 10 % were well controlled; and 9 % died. Recurrent hemorrhage occurred in 3 %. No sex predominance was found. The ages of the patients varied from 8 to 76 years.

BIBLIOGRAFIA

1. Falcão, D.: Varizes do esôfago. «J. Bras. Cir.», 2:18.085, 1963.
2. Falcão, D.; Leal, A.T.; Paes, C.; Oliveira, A. A.; Ferreira, A. & Pereira, T. M.: Varizes do esôfago. «Folha Méd. Bras.», 55:913, 1967.
3. Kelner, S. & Dantas, A.: Esplenectomia associada à ligadura transesofageana de varizes do esôfago em um único tempo operatório. «An. Fac. Med. Univ. Recife», 19:375, 1959.
4. Kelner, S.: Ligadura transesofageana das varizes sanguíneas do esôfago (à Boerema-Crile Jr.). Tese para Concurso de Docência Livre da 2.ª Cadeira de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina do Recife. Imprensa Universitária, 1960.