

ENDOSCOPIA

Dr. JULIO C. BARANI

Todas las enfermedades del esófago dan disfagia menos una: las várices de esófago que pueden dar esofagorragia.

Extractamos de *R. H. Franklin* ("Patología y Cirugía del Esófago") la historia de la hemorragia esofágica: "la existencia de hemorragia esofágica fue observada por *Galeno*, pero no se hicieron otros aportes sobre el tema hasta la observación de *Portal* (1803); en 1820 *Peter Frank* señaló la relación entre la obstrucción portal y lo que él consideraba hemorragia gástrica y en 1840 *Rokitansky* publicó un caso de hemorragia fatal de las venas esofágicas dilatadas; en 1853 *Gubler* describió la disposición de las venas en el esófago. En los últimos años han aparecido conocimientos más precisos de los factores que intervienen en la producción de las várices esofágicas; también ha quedado aclarado que estas várices constituyen una de las complicaciones más importantes de la hipertensión portal y que se producen hemorragias esofágicas fatales en más del 50% de los enfermos que padecen esta enfermedad".

Desde el punto de vista endoscópico diré:

1) Que no hay contraindicaciones, salvo un mal estado general, para hacer esofagoscopia o gastroscopias en estos enfermos sangrando o no sangrando.

2) El aspecto endoscópico es variable: desde las simples várices manifestadas por el levantamiento de la mucosa mostrando debajo de ella las dilataciones venosas de color violáceo siendo visible, a veces, el punto de donde sangra o mostrando un coágulo que cierra el punto donde se rompió la vena varicosa hasta las grandes várices que constituyen un verdadero colchón venoso que levanta la mucosa y que en algunos sitios aparece con aspecto polipodeo. Son imágenes inconfundibles.

3) Sobre el valor de este examen me remito al trabajo de los Dres. *C. Muñoz Monteavaro* y *M. Pawlotzky* (Valor de la esplenopografía en el diagnóstico de las várices esofago-

gástricas. Estudio comparativo por endoscopia, esofagograma y esplenopografía. "Medicina en el Uruguay", Warner, Chilcott):

En 43 casos de cirrosis se buscan las várices empleando las tres técnicas en 34 casos y se observan várices con uno o más procedimientos en 29 casos.

Cuadro N° 1

	Número de casos	Porcentaje en 29 casos con várices
Las várices fueron encontradas por las tres técnicas	12	41,3%
Las várices fueron mostradas por la esofagografía	14	48,3%
Las várices fueron mostradas por la esofagoscopia	23	79,3%
Las várices fueron mostradas por la esplenopografía	23	79,3%
No fueron visibles con la esplenopografía, pero sí por esofagografía y/o esofagoscopia	6	20,0%
Las várices fueron mostradas sólo por la esplenopografía en	7	24,0%
Las várices fueron sólo mostradas por la esofagoscopia	4	13,0%
Las várices fueron sólo mostradas por esofagograma en	0	0,0%

Y agregan los autores citados: en casi todos los casos en que se observaron várices esofágicas por esofagograma y/o esofagoscopia habían también várices gástricas en la esplenopografía, lo que demuestra la constancia de estas formaciones y la superioridad de este método para descubrirlas. Es evidente que cuando se emplean los tres métodos de exploración las posibilidades del diagnóstico de las formaciones varicosas aumentan notablemente.

Consideramos la esplenopografía como el procedimiento más seguro para el diagnóstico de las várices esofagogástricas.

4) ¿Qué se ha indicado hacer o se hace actualmente, por vía endoscópica, en los enfermos con várices en el esófago?:

a) Inyectar líquidos esclerosantes, que como parte de una operación mayor, fue sugerido por *Walter*; realizada a través del esofagoscopio por *Pemberton* y *Moersch* (1933), pero no fue aplicado con éxito hasta 1936 por *Crafoord* y *Frenkner*; en 1939, estos autores pudieron comunicar que un enfermo se mantuvo libre de síntomas durante tres años. Actualmente no se hace.

b) Cuando las várices sangran se puede poner en el esófago, para comprimir las, la sonda esófago-nasogástrica de *Sengstaken-Blakemore* o similares.