

11209
20216

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



CIRUGIA EN HIPERTENSION PORTAL

EVALUACION EN UN COLECTIVO DE PACIENTES
OPERADOS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
EN PUEBLA, PUE.

TESIS RECEPCIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN:
LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A:

EL DOCTOR SALVADOR MIYAMOTO CHONG

MEXICO, D. F.

1983

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

TITULO DEL TRABAJO :

" CIRUGIA EN HIPERTENSION PORTAL "

Evaluación de un colectivo de pacientes operados en el -
Hospital de Especialidades del I.M.S.S. en la Ciudad de Pue -
bla .

AUTOR DEL TRABAJO :

DR. SALVADOR MIYAMOTO CHONG

OBJETIVO DEL TRABAJO :

El objetivo del presente trabajo es dar a conocer la -
experiencia habida en Cirugía de Hipertensión Portal , que a -
barca el periodo comprendido desde el año de 1968 hasta 1982.

En esta recopilación se presenta la casuística corres -
pondiente a los Diagnósticos Etiológicos del Síndrome de Hi -
pertensión Portal , la cirugía efectuada , los resultados ob -
tenidos , el tipo de complicaciones y las causas de falleci -
miento .

MATERIAL Y METODOS :

Se presenta el resultado de 72 pacientes operados por -
Síndrome de Hipertensión Portal en un colectivo que incluye -
tal como se observa en la Tabla No.1 , pacientes de ambos se -
xos con edades que oscilaron entre 7 y 62 años , con una me -
dia de 43.5 años de edad . Cabe hacer mención que el 70% de -
los casos que se operaron tuvieron una edad que osciló entre -
los 35 y 50 años .

(2)

T A B L A N o . 1

HIPERTENSION PORTAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES IMSS PUEBLA
1968 - 1982

NUMERO DE PACIENTES OPERADOS : 72

SEXO : MASCULINO 41
 FEMENINO 31

EDAD PROMEDIO : 43.5 años \pm 12.5

MENOR : 7 años (Sexo femenino)

MAYOR : 62 años (Sexo Femenino)

70 % entre los 35 y 50 años de edad .

Diagnósticos Etiológicos .- Como se observa en la Tabla ---- No. 2 , las dos terceras partes de los pacientes adolecieron de Cirrosis Hepática del tipo Portalcoholonutricional - ó Postnecrótica ; entre ambas causas se sumaron 45 pacientes .

Se identificaron seis grupos de diagnósticos representados por tres casos cada uno de ellos y que fueron los siguientes : Trombosis Porta Idiopática , Cirrosis Congénita, Síndrome de Bud Chiari , Hiperflujo Esplénico , Trombosis de Vena Esplénica y Síndrome de Cruveilhier Baumgarten .

Otras seis causas de Síndrome de Hipertensión Portal - estuvieron representadas por un paciente en cada caso , citándose : Esferocitosis , Trombosis Porta por anticonceptivos , Trombosis Porta Postonfalitis , Trombosis Porta Posttraumática , Fibrosis Portal y Anomalia Vascular Congénita Portal

Este último grupo representa solo una tercera parte de los enfermos con Síndrome de Hipertensión Portal , lo que - revela que en nuestro medio la causa más importante del mismo lo constituye la Cirrosis Hepática : considerada según reportes de la S.S.A. como la séptima causa de muerte a nivel nacional . Dadas las características de concentración - de enfermos del Hospital de Especialidades del I.M.S.S. en Puebla , la distribución porcentual que este trabajo ofrece no es totalmente extrapolable a la incidencia de este Síndrome , ni a la morbilidad que la Cirrosis Hepática representa a nivel estatal ó nacional . Fundamentalmente llegan a este hospital de especialidades enfermos canalizados desde otras unidades en forma selectiva , por lo que tampoco - es posible establecer desde el punto de vista estadístico - la frecuencia exacta de la Cirrosis hepática , ni el porcentaje de estos enfermos que cursan con Hipertensión Portal -

T A B L A No. 2

HIPERTENSION PORTAL
 HOSPITAL ESPECIALIDADES IMSS PUEBLA
 1968 - 1982

DIAGNOSTICOS ETIOLOGICOS	NUMERO DE PACIENTES
Cirrosis Hepática	45
Esferocitosis	1
Trombosis Porta Anticonceptivos	1
Trombosis Porta Post-Onfalitis	1
Trombosis Porta Idiopática	3
Cirrosis Congénita	3
Síndrome de Bud Chiari	3 +
Hiperaflujo Esplénico	3
Trombosis Vena Esplénica	3 ++
S. Cruveilhier Baumgarten	3
Trombosis Esplénica Postraumática	1 +++
Fibrosis Portal	1
Anomalia Vasculiar Congénita	1 ++++

+ Paciente con Cirrosis Hepática Agregada

++ Pacientes Infantiles con Tuberculosis Ganglionar
 Periportal

+++ Reoperado

++++ Reoperado

-- tributaria de manejo quirúrgico .

Desde el punto de vista de evaluación de los pacientes debe recordarse que la Cirrosis Hepática con Hipertensión -- Portal de mayor ó menor grado , y son considerados tributarios de intervención quirúrgica en forma electiva solamente-- aquellos enfermos con antecedente de sangrado de tubo digestivo definitivamente originado por ruptura de Várices Esofágicas .

De acuerdo al tipo de cirugía efectuada , los enfermos son divididos en dos grupos tal como se refleja en la Tabla No. 3 . Aquellos con tratamiento operativo no derivativo ,-- que sumaron un total de 20 pacientes y los correspondientes a tratamiento derivativo portosistémico en cualquiera de las variedades enunciadas en la mencionada tabla .

Dentro del grupo de pacientes con tratamiento operativo NO derivativo se encuentran tres con laparotomía y esplenectomía ; seis con laparotomía y biopsia hepática haciendo un total de nueve enfermos . Este grupo específico corresponde a los primeros años que abarca este trabajo y corresponde a etapas en que solo se realizaron estos procedimientos probablemente por razones técnicas ó de urgencia relativa .

En el grupo de diez pacientes con laparotomía y desconexión Acigo Portal Total ó Parcial corresponde a pacientes esencialmente menores de edad en los que por las dimensiones de las venas no es posible efectuar una derivación portosistémica sin el uso de un microscopio quirúrgico , no disponible en esas fechas .

El paciente remanente , correspondiente a laparotomía-- y resección intestinal comprende al caso de Esferocitosis -- que había sufrido anteriormente esplenectomía y colecistectomía . Durante la Portografía Translaparotomía , subsecuentemente

T A B L A No. 3

HIPERTENSION PORTAL
 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUEBIA IMSS
 1968 - 1982

TRATAMIENTO OPERATORIO NO DERIVATIVO :

TIPO DE CIRUGIA	No. PACIENTES
Laparotomía + Esplenectomía	3
Laparotomía + Biopsia Hepática	6
Laparotomía + Desconexión Acigo Portal Parcial	3
Laparotomía + Desconexión Acigo Portal Total	7
Laparotomía + Resección Intestinal	<u>1</u>
TOTAL	= 20

TRATAMIENTO OPERATORIO DERIVATIVO PORTOSISTEMICO :

TIPO DE CIRUGIA	No. PACIENTES
Derivación Porto Cava Término-Lateral	29
Derivación Porto Cava Latero-Lateral	2
Derivación Porto Cava L-L con Teflón "H"	1
Derivación Porto Cava con Prótesis Venosa	1
Derivación Mesentérico Cava	1
Derivación Mesocaval	1
Derivación Cavo Atrial y Portosistémica	1
Derivación Esplenorrenal Proximal	3
Derivación Esplenorrenal Distal	<u>12</u>
TOTAL	= 52

-- a la inyección del medio de contraste se desarrolló una Trombosis Venosa del segmento involucrado , por lo que hubo la necesidad de efectuar la resección intestinal .

En el grupo de enfermos con tratamiento Derivativo Portosistémico predominan los 29 casos con Derivación Portocava termino-lateral y 12 de Esplenorrenal tipo Warren , sumando entre ellos 41 pacientes . El resto de los enfermos ameritó una derivación diferente como resultado de la evaluación pan angiográfica y hemodinámica rutinaria que se lleva a efecto en todos los enfermos con Síndrome de Hipertensión Portal . Llama la atención los dos pacientes con derivación Mesentérico Cava que corresponde en ambos casos a niños .

RESULTADOS :

Como se observa en la Tabla No. 4 , tanto en el grupo sometido a Cirugía Derivativa como a la NO Derivativa , existió una mortalidad operatoria del 20% . Se consideró mortalidad operatoria a toda muerte que sucedió durante el periodo de internamiento por motivo de la cirugía . Si bien desde el punto de vista estadístico , en ambos grupos se presentaron 5 casos de persistencia de sangrado de tubo digestivo y de absceso en la HQ , se hace hincapié en que los colectivos -- fueron diferentes en números totales por un lado , y por otro , en el grupo de pacientes con operación portosistémica Derivativa , esta cirugía solucionó el problema esencial hemodinámico del Síndrome de Hipertensión Portal .

En un número similar para ambos grupos se presentaron -- pacientes operados con Absceso Subfrénico , Encefalopatía -- portosistémica , precoma ó coma ; la diferencia estriba en -- que en el grupo con Derivación Portosistémica el problema -- hemodinámico se encontraba resuelto , por lo que debería ---

T A B L A No. 4

HIPERTENSION PORTAL
 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUEBLA IMSS
 1968 - 1982

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS INMEDIATAS :

TIPO DE COMPLICACION	CIRUGIAS	
	NO DERIVATIVAS	DERIVATIVAS
Mortalidad Global	20 %	21 %
Persistencia Sangrado Tubo Digestivo	5 casos	5 casos
Absceso en Herida Quirúrgica	5 "	5 "
Absceso Subfrénico	1 "	1 "
Encefalopatía Portosistémica leve	3 "	2 "
Coma Hepático Reversible	2 "	1 "
Coma Hepático Irreversible	2 "	2 "
Eventración Postoperatoria	2 "	2 "
Peritonitis Generalizada	1 "	2 "
Sangrado por canalización abdominal	2 "	5 "
Pancreatitis	0 "	3 "
Síndrome Hiperdinámico Pulmonar	0 "	1 "
Retención de líquidos sin ascitis	3 "	0 "
Retención de líquidos con ascitis	2 "	4 "

-- tomarse en cuenta en forma diferente para cada uno de los grupos la extracción de sangre del sinusoides hepático .

En dos casos para ambos grupos se presentó eventración postoperatoria , cursando en tres de ellos con peritonitis generalizada .

Predomina en el grupo de pacientes con Derivación Por - tosistémica el sangrado por canalización abdominal , explicable en base a la preparación amplia de tejidos que para cada una de estas técnicas de derivación veno-venosa es indispensable hacer .

Tres enfermos presentaron Pancreatitis postoperatoria, correspondiendo dos de ellos a pacientes sometidos a derivación Esplenorrenal Proximal y uno más a la derivación Mesentérico Cava en un infante .

Se presentaron entre ambos grupos siete casos de retención de líquidos , cursando en los enfermos con derivación - Portosistémica con formación transitoria de ascitis que fue de fácil manejo y atribuible en gran proporción al estado -- funcional hepático .

Las causas de fallecimiento hospitalario se encuentran consignadas en la Tabla No. 5 ; considerándose los grupos -- con operaciones derivativas y no derivativas . Dentro de todas las causas enumeradas , solamente existió un paciente con Infarto del Miocardio independiente de la enfermedad básica y de la técnica quirúrgica en sí ; en el resto de los casos las causas de fallecimiento estuvieron ligadas definitivamente al estado funcional hepático ó a la persistencia de sangrado de tubo digestivo postoperatorio no controlable , atribuible bien a la oclusión de la anastomosis efectuada ó a la ruptura de las Várices esofagogástricas durante el tiempo de clampaje del sistema portal .

T A B L A No. 5

HIPERTENSION PORTAL
 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUEBLA IMSS
 1968 - 1982

CAUSAS DE FALLECIMIENTO HOSPITALARIO :

C A U S A	CIRUGIAS	
	NO DERIVATIVAS	DERIVATIVAS
Coma Hepático	2	2
S.T.D. Postoperatorio	1	1
Sangrado Abdominal	0	1
Infarto miocárdico	0	1
Peritonitis Posteventración	1	2
Pancreatitis Postoperatoria	0	2
Absceso Subdiafragmático	1	2
	<hr/>	<hr/>
TOTALES	5 (20%)	11 (21%)

De acuerdo al tipo de Cirugía Derivativa empleada, las causas de fallecimiento se encuentran consignadas en la Tabla No. 6 ,predomina la Porto Cava término-lateral , por ser precisamente la técnica quirúrgica que se efectuó más frecuentemente .

Todos los pacientes sobrevivientes operados fueron controlados hasta su alta en la consulta externa a 24 meses de la cirugía efectuada , tal como se observa en la Tabla No.7-

Llama la atención que los pacientes correspondientes al grupo de operados sin Derivación Portosistémica fue disminuyendo progresivamente hasta constituir un grupo del 10 % de los iniciales ; en tanto que en los pacientes con operación-derivativa Portosistémica , que sobrevivieron al acto quirúrgico , no se presentó ningún fallecimiento en el mismo lapso de 24 meses señalado , ni por sangrado de tubo digestivo , - ni por insuficiencia hepática causas que si se presentaron - en el grupo de enfermos NO derivados .

Debido al bajo consumo de proteínas de nuestros pacientes , en el control postoperatorio de enfermos derivados solo se observaron datos de Encefalopatía Portosistémica en -- tres casos , que ameritaron restricción dietética ; en base a la aparición de alteraciones en la escritura , dato que se utiliza como control en la aparición temprana de irritabilidad de vías extrapiramidales , premonitor habitual de Encefalopatía plenamente constituida .

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES :

La Cirrosis Hepática es una de las múltiples causas que pueden llegar a producir un Síndrome de Hiperensión Portal-que amerite tratamiento quirúrgico . En el trabajo que se -- presenta , la Cirrosis Hepática constituyó cerca de las dos-

T A B L A N o . 6

HIPERTENSION PORTAL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUEBLA IMSS

1968 - 1982

CAUSAS DE FALLECIMIENTO POR TIPO DE CIRUGIA DERIVATIVA :

TIPO DE CIRUGIA	No. CASOS
Porto Cava Latero- Lateral	1
Porto Cava Término- l ateral	4
Mesentérico Cava	2
Esplenorrenal Proximal	3
Esplenorrenal Distal	1
	<hr/>
TOTAL	= 11

(13)

T A B L A No. 7
HIPERTENSION PORTAL
HOSPITAL ESPECIALIDADES PUEBLA IMSS
1968 - 1982

CONTROL POSTOPERATORIO A 24 MESES :

PACIENTES NO DERIVADOS

Fallecidos en Postoperatorio : 20 % Restantes : 80 %

Fallecidos hasta 12 meses : 20 % por STD

25 % Insuf. Hepática

Restantes vivos hasta 12 meses : 35 %

Fallecidos en uno a 2 años : 10 % por STD

15 % Insuf. Hepática

Restantes vivos en uno a 2 años : 10%

PACIENTES DERIVADOS

Fallecidos en Postoperatorio : 21 % Restantes Vivos:79%

Fallecidos hasta 12 meses : 0

Restantes vivos hasta 12 meses : 79 %

Fallecidos en uno a 2 años : 0

Restantes vivos en uno a dos años : 79 %

-- terceras partes de los enfermos operados por éste síndrome . En la evolución natural de la enfermedad , la Cirrosis-Hepática , tiende a cursar con datos de Insuficiencia Hepática con datos de Hipertensión Portal ; pero solamente en aquellos enfermos con Hipertensión Portal que han sangrado por ruptura de Várices Esofagogástricas , son considerados actualmente como tributarios de cirugía . El resto de las causas que pueden llegar a producir un Síndrome de Hipertensión Portal-enorme y variada , pero independientemente de la etiología - todos los cuadros indican un manejo quirúrgico una vez establecido el diagnóstico y haya concurrencia de sangrado del tubo digestivo .

Si bien las intervenciones quirúrgicas de tipo derivativo tienden a solucionar el problema hemodinámico , al mismo tiempo sustraen sangre del sinusoides hepático y del hepatocito por lo que el balance entre el beneficio y el agravamiento de una lesión hepática en los casos de Hipertensión-Portal tributarios de Cirugía , deben ser exhaustivamente estudiados . La aparición postoperatoria de una Encefalopatía , puso sobre advertencia de esta complicación desde las primeras anastomosis Porto Cava que se llevaron a cabo .

Por esta razón la evaluación de estos pacientes en su preoperatorio inmediato debe ser sutil y deberá emplearse una gama de procedimientos de laboratorio y gabinete para poder definir si además de ser tributario de tratamiento quirúrgico , las probabilidades de éxito son fundamentadas y esperables .

Dentro de la valoración preoperatoria es de particular-relevancia el aspecto angiográfico y hemodinámico que deberá incluir todos los segmentos de territorio Portal y del segmento de la Vena Cava Inferior , sitio donde fluirá en el úl

-- timo de los casos la sangre derivada desde el primero .

Esencialmente deberá llevarse a efecto medición de presiones y del sistema de distribución y del calibre de las venas del territorio afectado y afectables en forma secundaria como consecuencia de la Derivación Portosistémica que va a aplicarse .

Se consideran limitantes para una cirugía derivativa -- Portosistémica la existencia de todos los componentes del - Grado III de Riesgo Quirúrgico según Child .

Actualmente la persistencia de actividad cirrótica no - contraindica cirugía derivativa . Es de esperarse que las limitantes subsecuentes al diámetro de las venas en infantes - con Hipertensión Portal desaparezcan como contraindicación - mediante el uso del microscopio quirúrgico .

Si bien la mortalidad inmediata en cirugía electiva derivativa Portosistémica sigue siendo elevada , es definitiva - mente menor en nuestros casos , si esta mortalidad se compara al cabo de 24 meses , sobretodo en aquellos pacientes portadores de Cirrosis Hepática como causa de Hipertensión Portal .

De acuerdo con la experiencia del Hospital de Especialidades de Puebla del I.M.S.S. una adecuada y minuciosa valoración angiográfica y hemodinámica permite seleccionar racionalmente el tipo de cirugía derivativa que debe aplicarse en cada paciente estudiado . Se considera que si bien existen normas generales de manejo , la indicación precisa del tipo de cirugía debe obedecer a criterios objetivos , demostrables y razonados, y no al uso de elementos subjetivos , de gustos ó de deseos del cirujano .

El uso de medidas urgentes pero transitorias en enfer -

-- mos con sangrado de tubo digestivo por ruptura de Várices Esofágicas , tales como escleroterapia , embolización transhepática de Várices ó el uso de Rayo Lasser sobre las mismas permite que el paciente sobreviva y sea estudiado en forma integral desde el punto de vista clínico , bioquímico , histopatológico , nutricional , neurológico , psicológico , angiográfico y hemodinámico esencialmente para inferir cirugía electiva , ofreciéndose así la oportunidad de mejores resultados a largo plazo . Se insiste finalmente en el criterio sustentado en la unidad hospitalaria donde se llevó a cabo este estudio , según el cual, los enfermos con sangrado agudo de tubo digestivo por Hipertensión Portal no deben ser operados con aplicación de una derivación Portosistémica .

RESUMEN :

Se presenta la experiencia obtenida en un grupo de 72 - pacientes operados en el Hospital de Especialidades del I.M. S.S. en la ciudad de Puebla , durante un lapso de 14 años -- (1968 - 1982) . De acuerdo a los datos obtenidos la Cirrosis Hepática constituyó cerca de las dos terceras partes de las causas de Hipertensión Portal en estos enfermos . La tercera parte restante tuvo como etiología de la Hipertensión Portal una gama muy amplia de enfermedades sin significancia estadística .

Los enfermos se dividieron en dos grupos : el primero - correspondiente a pacientes con cirugía no derivativa y el segundo con Derivación Portosistémica de diversos tipos entre las que predominó la anastomosis Porto Cava Término-Late ral (55.7 % de las cirugías derivativas realizadas) .

Las complicaciones postoperatorias que se presentaron en ambos grupos fueron similares , con un porcentaje de muer

-- te semejentes (20 %) . Sin embargo se considera que en los casos en los que se logró realizar una Derivación Portosistémica , se corrigió el factor hemodinámico causa del sangrado , lo que no sucedió en el grupo de pacientes sometidos a cirugía no derivativa .

El control a 24 meses ratifica la bondad de la Derivación Portosistémica de acuerdo a criterios objetivos hemodinámicos y angiográficos . El grupo de pacientes operados bajo estos criterios no tuvo ningún fallecimiento hasta los -- primeros 24 meses de haberse efectuado la operación , en tanto que en el grupo de pacientes con cirugía no derivativa , -- la reducción de sobrevivientes fue progresiva hasta quedar -- un remanente del grupo inicial después de los dos años de operados .

Se puntualiza en el trabajo el uso de criterios objetivos, además de que no se debe realizar cirugía derivativa -- Portosistémica de urgencia en pacientes con Hipertensión Portal no valorados integralmente .

+++++++

- 1.- Alwmark A. Evaluation of Splenic Embolization in Patients With Portal Hypertension and Hypersplenism , Annals of Surgery , 196 (5) : 518-524 , Nov 1982 .
- 2.- Bismuth H. Portal Diversion for Portal Hypertension in Children , The First Ninety Patients - Annals of Surgery 192 (1) : 18-24 , Jul 1980
- 3.- Coran A.G. The Central Splenorenal Shunt for Portal Hypertension in Children : Experience with eight consecutive patent anastomoses . Journal Pediatric of Surgery ; -- 15 (6) : 827-834 , Dec 1980 .
- 4.- Chandler J.G. Vasopressin and Splanchnic Shunting , A Quantitative Comparison ; Annals of Surgery , 195 (5) - 543-553 , May 1982 .
- 5.- Gertsch P. Endoscopic Noninvasive Manometry Of Esophageal Varices : Prognostic Significance . American Journal Of Surgery . 194: 528-530 , Nov 1982 .
- 6.- Glotzer D.J. Caudate Lobe Resection To Reduce Inferior Vena Caval Hypertension Prior To Portocaval Shunt . ---- Surgery , 86(5) : 593-595 , May 1980 .
- 7.- Hutson D.G. Early Hepatic Failure Or Upper Gastrointestinal Bleeding Following A Distal Splenorenal Shunt . Surg Gynecol Obstet . 155 (1) : 46-48 , Jul 1982 .
- 8.- Johnson W.C. Bleeding Esophageal Varices Treatment with Vasopressin Transhepatic Embolization And Selective Splenorenal Shunting . Annals of Surgery 195 (4) : 393-400 Apr 1982 .
- 9.- Marni A. Distal Splenorenal Shunt : Hemodynamic Advantage Over Total Shunt And Influence Of Clinical Status , Hepatic Function and Hypersplenism . American Journal -- of Surgery . 142 (3) : 372-376 . Sep 1981
- 10.-Maksoud J.G. Distal Splenorenal Shunt (DSS) In Children , Analysis Of The First 21 Consecutive Cases . Annals of Surgery . 195 (4) : 401-405 . Apr 1982 .
- 11.-McDermott W.V. Pseudocyst Of The Pancreas Complicating Splenorenal Shunt , A Report Of Three cases With Successful Percutaneous Drainage . Annals of Surgery .193 (2) - 176-179 , Feb 1981 .
- 12.-Nasbeth D.C. The Distal Splenorenal Shunt , An Enigma . American Journal of Surgery . 141: 579-580 May 1981 .
- 13.-Orozco H. Survival and Quality Of Life After Selective Portasystemic Shunts . American Journal Of Surgery ---- 141 : 183-193 , Feb 1981 .
- 14.-Otte J.B. Arterialization Of The Portal Vein In Conjunction With Therapeutic Portacaval Shunt . Hemodynamic Investigations And Results In 75 Patients . 196 (6) : 656 -663 , Dec 1982 .

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 15.- Ottinger L.W. The Linton Splenorenal Shunt In The Management Of The Bleeding Complications Of Portal Hypertension . Annals of Surgery 196(6) :664-668 Dec 1982.
- 16.- Rikkers L.F. Effect Of Portosystemic Shunt Operation On Hepatic Portal Perfusion . American Journal Of Surgery . 141 : 169-174 , Jan 1981 .
- 17.- Rypins E.B. Radionuclide Angiography Of The Liver And Spleen . The Ratio Of Portal Venous To Total Hepatic -- Blood Flow And Portosystemic Shunt Patency . American Journal of Surgery . 142 : 574-579 Nov 1981 .
- 18.- Sarfeh I.J. Comparative Study Of Portocaval And Mesocaval, Interposition Shunt . American Journal of Surgery- 142 : 511-513 , Oct 1981 .
- 19.- Warren W.D. Ten Year Portal Hypertensive Surgery At Emory . Results And New Perspectives . Annals of Surgery 195 (5) : 530-542 . May 1982 .
- 20.- Warren W.D. Loss Of Hepatic Portal Perfusion After Selective Shunts . American Journal of Surgery , 141:581 May 1981 .

+++++

I N D I C E

Páginas .

TITULO DEL TRABAJO

TUTOR DEL TRABAJO

AGRADECIMIENTO

DEDICATORIA

Objetivo	1
Material y Métodos	1-7
Resultados	7-11
Comentarios y Conclusiones	11-16
Resumen	16-17
Bibliografía	18-19
Indice	20

TABLAS :

No. 1	Pacientes	2
No. 2	Diagnósticos etiológicos	4
No. 3	Tratamiento Derivativo y No derivativo...	6
No. 4	Complicaciones	8
No. 5	Causas de fallecimiento hospitalario	10
No. 6	Causas de Fallecimiento por Cirugía (por cada tipo de cirugía)	12
No. 7	Control Postoperatorio	13