

11209
2 ej 13

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

CURSO DE ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION CLINICA

PRESENTADO POR:

DR. FERNANDO AZCOITIA MORAILA

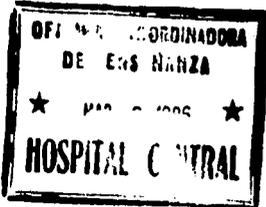
PROFESOR ENCARGADO DEL CURSO

DR. OSCAR DIAZ GIMENEZ

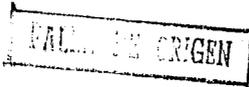
HOSPITAL CENTRAL NORTE DE CONCENTRACION NACIONAL

PETROLEOS MEXICANOS

V. b. c.



1986





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 está 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.

T E M A :

**TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL SANGRADO POR VARICES
ESOFAGICAS, UN METODO NO DERIVATIVO
OPERACION DE BLANCO-BENAVIDES**

RESUMEN.

El sangrado por v arices esofágicas es un problema frecuente y de graves consecuencias para el paciente. Su mortalidad llega a ser del 50% en el primer episodio de hemorragia. En éste estudio se presenta el manejo de 28 pacientes con sangrado por v arices e sof gicas, utilizando una funduplicación de Nissen y una gastro--gastroanastomosis. Con ello, se logra el control inmediato del sangrado en el 96.4% de los casos. La mortalidad operatoria es del 25% y la recurrencia del sangrado, del 3.5%. La complicación más frecuente es la Insuficiencia Hepática, en 7 pacientes, siendo mortal en 5 de ellos. Se trata de un método No derivativo, definitivo, que no modifica el flujo sanguíneo hepático, que después de más de 4 años de seguimiento está dando buenos resultados.

SUMMARY.

The bleeding from esophageal varices is a frequent problem and with severe consequences for the patient. Its mortality comes about 50% in the first episode of hemorrhage. In this study, the management of 28 patients with bleeding of esophageal varices utilizing a Nissen funduplication and a gastro-gastroanastomosis, is presented. With this proceeding, it gets an immediate control of bleeding in 96.4% of cases. The operatory mortality is 25% and the incidence of rebleeding was 3.5%. The most frequent complication was Hepatic failure which occurred in 7 cases, being of death in 5 of each. This is a Non derivative method, definitive, that not modifies the hepatic volume of blood, which after more of 4 years of follow-up, gives satisfactory results.

INTRODUCCION.

El sangrado de tubo digestivo por ruptura de várices esofágicas es una urgencia médico-quirúrgica que ocupa el tercer lugar entre las causas de sangrado de tubo digestivo alto, detrás de la Enfermedad Acido-péptica y de la gastritis.

Ocasionado por Hipertensión Porta, bajo las mejores circunstancias origina una mortalidad de alrededor del 50%, por esto es que ha dado lugar a que se hayan ideado múltiples formas de tratamiento, motivo de estudio por parte de Gastroenterólogos, Endoscopistas, Radiólogos, y desde luego, Cirujanos. (17)

El presente trabajo analiza el tratamiento quirúrgico No derivativo mediante una funduplicación de Nissen con gastrogastroanastomosis en un grupo de pacientes con sangrado de tubo digestivo alto por ruptura de várices esofágicas, y los resultados que se han tenido después de más de 4 años de seguimiento.

MATERIAL.

En el Servicio de Cirujía General del Hospital Central Norte de Concentración Nacional de Petróleos Mexicanos, en la Ciudad de México, se utilizó la Operación de Blanco-Benavides para tratar a 28 pacientes consecutivos con sangrado de tubo digestivo alto por ruptura de várices esofágicas, entre el 6 de junio de 1981 y el 31 de diciembre de 1985.

Se manejaron 15 pacientes de sexo femenino y 13 de sexo masculino en un periodo de 54 meses. Sus edades fluctuaban en

tre los 5 y 64 años, con una edad promedio de 44.3 años. Como factor causal existía el antecedente de alcoholismo crónico en el 53.5% y hepatitis viral en el 32.1% de los casos. Otros menos frecuentes fueron la presencia de onfalitis o la aplicación de onfaloclasia en la infancia, en el 7% de los pacientes.

El 60.7% de los pacientes tenía enfermedades asociadas, tales como diabetes mellitus, enfermedad ácido-péptica, litiasis vesicular, hipertensión arterial, etc.

METODO.

Los pacientes fueron vistos por primera ocasión en la Sala de Urgencias, siendo clasificados dentro de los grupos de Child según el grado de Insuficiencia Hepática, correspondiendo 5 pacientes al grupo A; 17 pacientes al grupo B y 6 al grupo C. Esto quiere decir que el 82% correspondió a los grupos B y C de Child.

De los 28 pacientes, 13 habían tenido sólo un episodio de sangrado, mientras que el 53.5% de los casos tenían más de un episodio de hemorragia. Más aún, el 14.2% del total de los pacientes tuvieron 5 episodios de hemorragia, antes de ser intervenidos quirúrgicamente.

El diagnóstico de várices esofágicas sangrantes fue hecho mediante endoscopia en 27 pacientes (96.4%). Otros estudios realizados fueron serie Esofagogastroduodenal en 15 pacientes y arteriografía con fase venosa en 2 casos.

Los pacientes fueron manejados médicamente en las primeras horas, en tanto mejoraban sus condiciones hemodinámicas, utilizando reposición de volúmen y de elementos formes de la sangre; igualmente se trató de mantener una adecuada función renal y controlar o prevenir la Encefalopatía Hepática.

Posteriormente fueron llevados a quirófano en forma electiva, semi-electiva, o de urgencia según lo requirieran las circunstancias y fueron sometidos al procedimiento, que consiste en la construcción de un anillo neumático alrededor del esófago, que comprime las venas aplicando una presión extrínseca uniforme. Además, se previene el reflujo gastroesofágico, uno de los mecanismos mencionados como responsables del sangrado de las várices esofágicas.

El método requiere la elaboración de una Funduplicación de Nissen y posteriormente se realiza una anastomosis de los 2 extremos de estómago que quedan a los lados de la línea de sutura de la funduplicación, de tal forma que se realiza una gastro-gastroanastomosis y las presiones intraabdominal e intragástrica son transmitidas directamente al esófago, actuando como un torniquete permanente y creando un mecanismo antireflujo.

La Operación de Blanco se inicia con una incisión media supraumbilical, y una vez en la cavidad abdominal se identifica y corta la membrana freno-esofágica para disecar en forma digital la unión esófago-gástrica. Posteriormente se desvasculariza la curvatura menor tanto como sea necesario para permitir una funduplicación de 360° tipo Nissen, de aproximadamente 6 cms de longitud, con material no absorbible y ferulizando el esófago con una sonda de grueso calibre.

Se procede a aplicar una capa de puntos serosa-serosa con seda 000 en los bordes de unión de la funduplicación y se realizan 2 gastrotomías, a ambos lados de ésta, paralelas, de aproximadamente 5 cms de longitud y se aplica una capa interna posterior y anterior de sutura con surgete continuo, anclado, con Catgut crómico 000. Finalmente se completa la anastomosis gástrica con una capa anterior de puntos separados de Lembert serosa-serosa con seda 000. En muchas ocasiones el procedimiento se ha acompañado de biopsia hepática y/o esplenectomía, ésta última debido a la necesidad de una mayor desvascularización de la curvatura mayor o bien por lesiones iatrógenas.

En todos los pacientes se realizó la Operación de Blanco-Benavides en la forma descrita (figuras 1 a 4). En 15 pacientes se realizó biopsia hepática, en 11 pacientes se hizo esplenectomía; en 2, colecistectomía y en otros 2, vagotomía troncular y pílora. Finalmente uno de los pacientes tuvo que ser reintervenido por persistencia del sangrado, efectuándose una derivación porto-cava termino-lateral. De los 28 pacientes, 17 fueron operados en forma electiva, habiendo transcurrido 7 días o más a partir del inicio del sangrado; 3 pacientes se operaron en forma semi-electiva, en un período de 3 a 7 días a partir del inicio de la hemorragia; y 8 pacientes (28.5%) se operaron de urgencia, dentro de las primeras 36 hrs a partir de haberse presentado la hemorragia.

Los pacientes fueron manejados en el postoperatorio en la Unidad de Cuidados Intensivos o en Hospitalización según sus condiciones lo ameritaran. Se utilizó succión gástrica intermi-

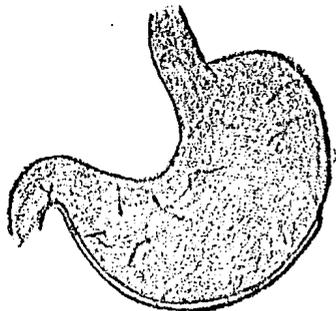


Figura No.1. Operación de Blanco-Benavides. Se observa el estómago en su posición normal.

Figura No.1 .



Figura No.2. Operación de Blanco-Benavides. Se ha completado la Fun duplicación de Nissen.

Abajo. Figura No.3. Las líneas oscuras señalan el lugar donde se realizan las 2 gastrotomías, paralelas.

Figura No.2 .

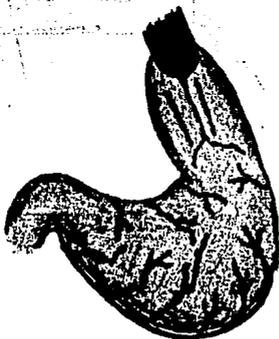


Figura No.3 .

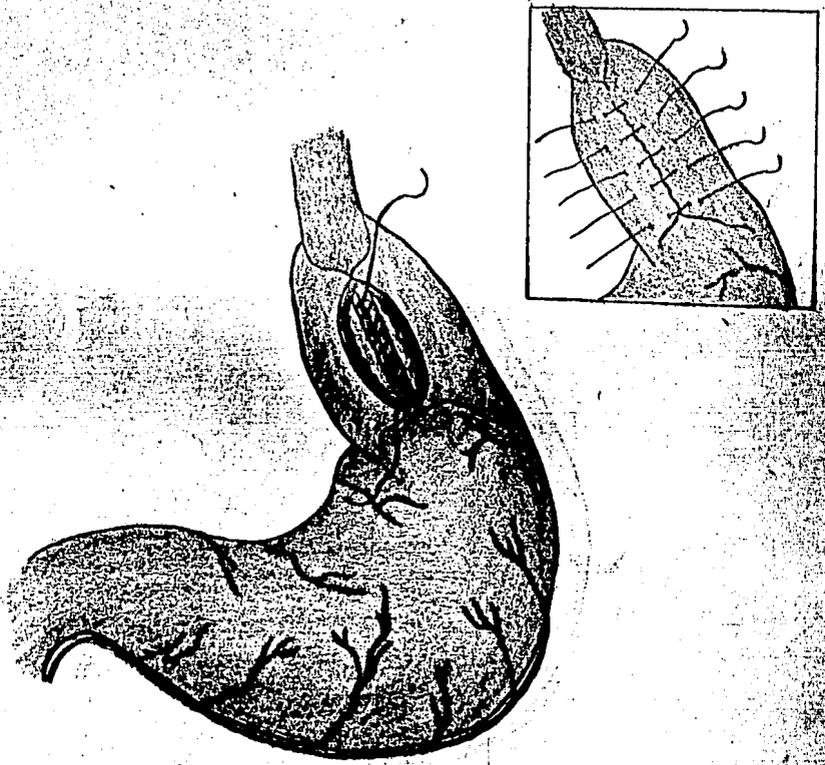


Figura No.4.Operación de Blanco-Benavides.
Se ha completado la capa interna posterior de la gastro-gastroanastomosis.En el recuadro se observa la capa externa anterior de puntos serosa-serosa que completa la Operación.

tente con sonda de Levin 16 Fr o 18 Fr, por tiempo variable, hasta poder reanudar la vía oral. En la Consulta Externa, una vez egresados, se han vigilado estrechamente cada uno de los pacientes, realizándose en forma periódica controles radiológicos y de endoscopia para verificar las modificaciones que han sufrido las vrices esofágicas, así como visitas periódicas para su control.

RESULTADOS.

Los 28 pacientes eran portadores de Síndrome de Hipertensión Portal y vrices esofágicas sangrantes. El 46.5% sufrieron cirrosis hepática alcoholo-nutricional y el 39.2% cirrosis hepática postnecrótica. En 10 pacientes (35.7%) hubo congestión esplénica y en 3 casos (10.7%) degeneración cavernomatosa de la Vena Porta; todos estos citados como diagnósticos clínico-patológicos definitivos.

A pesar de los varios procedimientos efectuados en cada intervención quirúrgica, el tiempo promedio de cada una fué de 2 horas y 29 minutos. Los pacientes tuvieron la sonda nasogástrica por espacio promedio de 6 días, reanudando la vía oral a los 6.8 días. Su estancia hospitalaria promedio fué de 11.4 días.

Con éste procedimiento se logró el control inmediato del sangrado en 27 de los 28 pacientes, es decir, en el 96.4%. Sólo en un paciente recurrió el sangrado por vrices esofágicas. La complicación más frecuente fué la Insuficiencia Hepática, en 7 pacientes. Otras complicaciones fueron una fístula gástrica que cerró espontáneamente a los 10 días; una dehiscencia de la anag

tomosis gastro-gástrica con sepsis abdominal; una tromboembolia pulmonar y finalmente, neumonía en un paciente.

La mortalidad operatoria fué del 25% (7 pacientes); siendo 4 pacientes del grupo B y 3 del grupo C de Child. No hubo muertes en los pacientes del grupo A. De los 7 pacientes, 5 fallecieron por Insuficiencia Hepática severa; uno por tromboembolia pulmonar y el último, por dehiscencia de la anastomosis. La mortalidad tardía, no atribuible a la Cirugía directamente, fué del 7.1% (2 pacientes); uno de ellos falleció por persistencia del sangrado al 23o día de haberse iniciado el mismo; y el otro paciente falleció por sangrado de tubo digestivo alto secundario a gastritis y várices gástricas a los 17 meses de haber sido operado.

El seguimiento de los pacientes se ha llevado a cabo por 54 meses en el más antiguo de ellos. A la fecha, de 28 pacientes operados, sobreviven 19; 18 de ellos ya cumplieron 6 meses de supervivencia; de estos, 15 pacientes (53.5%) ya cumplieron 1 año. Con supervivencia de 2 años tenemos 10 pacientes (35.7%); con 3 años de supervivencia existen 6 pacientes (21.4%) y con 4 años o más, 2 pacientes (7.14%).

DISCUSION.

Las formas de manejo del sangrado de tubo digestivo alto por ruptura de várices esofágicas, son diversas y con diferentes resultados y virtudes. Desde luego, que estos son mejores cuando están realizados por gente experimentada y conocedora de su campo. Tales es el caso de la escleroterapia endoscópica, de la Operación de Sugiura o del cortocircuito selectivo esplenorenal distal.

La Operación del Dr. Blanco consta de 2 procedimientos con los que el Cirujano General se encuentra familiarizado, lo mismo que su equipo auxiliar médico y paramédico. Se trata de una Funduplicación de Nissen y una anastomosis gastro-gástrica, sin diferencia con algún otro tipo de anastomosis intestinal.

Este procedimiento, publicado por vez primera en 1983, fué utilizado por el Dr. Blanco-Benavides en 17 pacientes de los grupos B y C de la clasificación de Child con resultados satisfactorios. Se trata de un método No derivativo que puede llevarse a cabo en mucho menor tiempo que otros, y que no altera el flujo sanguíneo hepático, por lo que no condiciona, directamente y por ese mecanismo, la presencia de Insuficiencia Hepática.

Warren y sus colaboradores(7) han defendido la Clasificación basada en criterios hemodinámicos para seleccionar los pacientes para Cirugía, tomando en cuenta parámetros como el flujo sanguíneo hepático, la presión portal libre y la proporción entre el flujo de la Arteria Hepática y de la Vena Porta. Cuando se compara éste método de clasificación hemodinámica con los criterios clínicos de Child, resulta evidente que aunque ambos predicen la mortalidad quirúrgica, las categorías son más precisas con el método clínico. De ésta forma es que no ha sido necesario realizar ningún estudio hemodinámico para considerar la elección de nuestros pacientes. Una vez corroborado el diagnóstico por esofagoscopia, no precisa mayor preparación el paciente que llevarlo al quirófano.

En los inicios de éste procedimiento en nuestra Institución, realizamos esplenectomía para lograr una desvascularización de la curvatura mayor. Sin embargo, en la actualidad se ha abandonado és

ta tendencia a fin de no agregar la morbilidad que ocasiona la esplenectomía por ella misma.

Los resultados que se tienen actualmente son satisfactorios. La mortalidad operatoria es menor que la de cualquiera de los métodos No derivativos, inclusive para algunas series de escleroterapia (mortalidad hasta de 40%), con la ventaja de menor recurrencia temprana y tardía del sangrado, e incluso menor estancia hospitalaria. El control inmediato del sangrado ha sido bueno y la morbilidad es la misma que la de cualquier laparotomía en la que se tenga que realizar alguna anastomosis de tubo digestivo. Los períodos de seguimiento de cada uno de los pacientes, con sobrevivida hasta de 54 meses hasta la fecha, nos parecen alentadores.

Han sido las características del paciente de nuestra Institución las que han marcado el hecho de contar con pacientes del grupo B de Child como la mayoría del total de los pacientes de la Serie. Y es que se trata de pacientes de medio socioeconómico mediano, donde incluso el alcoholismo va a la par de la hepatitis viral y no se observa ese gran predominio de la cirrosis hepática alcoholonutricional de los medios socioeconómicos bajos. Sin embargo, el hecho de que en conjunto, el 82% de nuestros pacientes sean de los grupos B y C de Child habla del moderado a alto riesgo de los pacientes de nuestra Serie; lo mismo que el hecho de que más de la mitad de nuestros pacientes tenían más de un episodio de sangrado previo y de que el 20% del total cursaba con enfermedades asociadas, tales como diabetes mellitus o hipertensión arterial.

En conclusión, consideramos que la Operación de Blanco-Bena-

vides es un procedimiento quirúrgico, No derivativo, definitivo, al alcance del Cirujano General, que debe popularizarse en Centros de segundo y aún de tercer nivel dados sus buenos resultados a corto y mediano plazos. Se continuará con el seguimiento de los pacientes de la serie, pues creemos que a largo plazo -- también demostrará ser un método útil que brinda buena calidad de vida al paciente cirrótico al no modificar su flujo sanguíneo hepático.

BIBLIOGRAFIA.

- 01.-Alwark A; Bengmark S; Borjesson B; Gullstrand P and Jollsson B. Emergency and Long term Trans Esophageal Sclerotherapy of Bleeding Esophageal Varices. A prospective study of 50 cases. Scand. J. Gastroenterol. 17 (3) :409-12; 1982.
- 02.-Belloli G.P; Campesato A; Campobasso P; Frigiola A; Musi L and Biscuola G. Portal Hypertension and Bleeding esophageal varices in children. Esophageal transection with paraesophagogastric de vascularization versus shunting procedures. Pediatr. Med. Chir. 3 (4) :263-8; Jul-Aug, 1981.
- 03.-Blanco-Benavides R. Treatment of bleeding esophageal varices. American Journal of Surgery. 145:810-11; June, 1983.
- 04.-Bothe A, Jr; Stone M.D; Mc Dermott W.V. Jr. Portoazygous disconnection for bleeding esophageal varices. American Journal of Surgery. 149 (4) :546-50; 1985.
- 05.-Brayko C.M; Kozarek R.A; Sanowski R.A and Testa A.W. Bacteremia during esophageal variceal sclerotherapy: its cause and preven -

- tion. *Gastrointestinal Endoscopy*. 31 (1) : 125-127; 1984.
- 06.-Correia J.P.;Alves M.M.;Alexandrino P. and Silver R. Controlled trial of Vasopressin and ball6on tamponade in bleeding esophageal varices. *Hepatology*. 4 (5) :885-88;1984.
- 07.-Child C.G.III. *The Liver And Portal Hypertension*. W.B.Saunders Company. Philadelphia, 1964.
- 08.-Estes N.C;Pierce G.E. Late results of an extended devascularization procedure for patients with bleeding esophageal varices. *Am. Surg.* 50 (7) :381-5;1984.
- 09.-Greenwald R.A;Rheingold O.J;Chiprut R.O and Rogers A.I. Local gangrene: a complicating of peripheral Pitressin therapy for bleeding esophageal varices. *Gastroenterology*. 74 (4) :744-46;1978.
- 10.-Gogel H.K;Sherman R.W;Becker L.E. Scrotal and abdominal skin necrosis complicating intravenous vasopressin therapy for bleeding esophageal varices. *Dig. Dis. Sci.* 30 (5) :460-64;1985.
- 11.-Goodale R.L;Silvis S.E;O'Leary J.F;Gebhrad R;Mjollness L;Johnson M and Fryd D. Early survival after sclerotherapy for bleeding esophageal varices. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. 155:523-28 ; Oct. 1982.
- 12.-Huizinga W.K;Angorn I.B;Baker L.W. Esophageal Transection versus injection sclerotherapy in the management of bleeding esophageal varices in patients at high risk. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. 160 (6) :539-46; jun, 1985.
- 13.-Instituto Nacional de la Nutrici6n. *Higado y Vias Biliares*. Universidad Nacional Aut6noma de M6xico. 187-91; 1968.
- 14.-Linschoten H;Tytgat G.N;The G.T;Bakker D.J. Transthoracic Esophagus Transection for Bleeding Esophageal Varices. *Acta. Chir. Belg.* 82 (4) :423-7; jul, 1982.

15.-Mac.Dermott,Jr.W.V.Cirugía del Hígado y circulación Portal.
Salvat Editores.1978.

16.-Palmer F.J;De Carle D.J;Arterial Vasoconstrictor Therapy for
Bleeding Esophageal Varices.Med.J.Aust.1 : 143-46;Feb,1976.

17.-Rossi R.L;Jenkins R.L;Nielsen-Whitcomb F.F.Management of com
plications of Portal Hypertension.Surgical Clinics Of North Ame
rica. 65 (2) :231-62;april,1985.

18.-Sanerbruch T.Weinzlerl M;Kopcke W;Paumgartner G.Long term scler
otherapy of bleeding esophageal varices in patients with liver
cirrhosis.An evaluation of mortality and rebleeding risk factors.
Scand.J.Gastroenterol. 20 (1) :51-58;1985.

19.-Talman E.A;Johns T.N;Regan W.W.A 25 year experience with total
portosystemic shunts and reappraisal of colon exclusion.Ann.Surg.
197 (5) :566-73;May,1983.

20.-Sugiura M.Futagawa A.A new technique for teating esophageal va
rices.J.Thorac.Cardiovasc.Surg.66 : 677;1973.

21.-Tyden G;Samnegard H;Thulin L;Efendic S.Somatostatin and bleeding
esophageal varices.N.Engl.J.Med. 301 : 46;jul,5,1979.