

11209

2 ej 88



# Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "BENITO JUAREZ"  
CURSO DE ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL

MANEJO DE LAS VARICES ESOFAGICAS SANGRANTES  
SECUNDARIAS A HIPERTENSION PORTAL, PRESENTA-  
CION DE NUEVE CASOS MANEJADOS CON TRANSEC-  
CION ESOFAGICA, DESVASCULARIZACION ESOFAGO-  
GASTRICA Y ESPLENECTOMIA POR VIA TRANSABDOMINAL.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION ESTATAL EN YUCATAN  
CALLE 62A, REGIONAL, SECTOR: JUAREZ

DR. JOAQUIN CUEVAS VELAZQUEZ  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

## TESIS DE POSTGRADO

Presenta:

**Dr. Ruperto Solís Aguilar**

Para obtener el grado de:

**CIRUJANO GENERAL**



MERIDA, YUC., 1987

FALLA DE ORIGEN



## **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.

# I N D I C E.

	Pág.
INTRODUCCION . . . . .	1
CLASIFICACION DE HIPERTENSION PORTAL . . . . .	2
CLASIFICACION DE LA INSUFICIENCIA HEPATICA SEGUN CHILD . . . . .	3
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS . . . . .	5
DERIVATIVAS. . . . .	8
NO DERIVATIVAS . . . . .	15
ESCLEROTERAPIA . . . . .	16
PROCEDIMIENTO DE SUGIURA . . . . .	17
TECNICA UTILIZADA, ANTECEDENTES. . . . .	18
TECNICA . . . . .	20
¿PORQUE? POR EL PROCEDIMIENTO NO DERIVATIVO. . . . .	22
CASOS CLINICOS . . . . .	29
RESULTADOS . . . . .	52
CONCLUSIONES . . . . .	56
BIELIOGRAFIA . . . . .	58

## MANEJO DE LAS VARICES ESOFAGICAS SANGRANTES SECUNDARIAS A HIPERTENSION PORTAL.

INTRODUCCION:-- De todos es bien conocido el dramatismo y la gravedad que encierra un cuadro hemorrágico del tubo digestivo alto secundarias A várices esofágicas, que acompaña a una hipertensión portal, no se nos escapa la dificultad que encierra aunar una terapéutica que sea al mismo tiempo eficaz contra la hemorragia y por otro lado carente de efectos secundarios (6)(23).

El sangrado por várices esofágicas es una complicación común y severa en pacientes con hipertensión portal, ninguno de los tratamientos hasta hoy descritos ha sido efectivo, la selección de las diferentes medidas terapéuticas es tomada de acuerdo a un criterio subjetivo; las indicaciones de tratamiento quirúrgico, el procedimiento escogido y la selección de los candidatos a cirugía, son puntos aún controvertidos (10)(23). A principios de siglo Gilbert y Villaret, destacan la presencia de venas esofágicas dilatadas que producían hematemesis profusa; 1928 Wolin y Brdiczka y Tschakert describen su imagen radiológica y Abeatici y Campi en 1951, por medio de la esplenoportografía demostraron la ex-

tensa circulación colateral secundaria A hipertensión portal (18).

La mortalidad debida a sangraao ha sido reportada del 22-84 % dependiendo de la severidad del daño hepático y de la efectividad de las medidas usadas para el control de la misma (23), siendo esta una de las complicaciones finales - en pacientes con enfermedad hepática avanzada (24).

#### CLASIFICACION DE HIPERTENSION PORTAL

a).- PREHEPATICA: Trombosis de la vena porta.

Obstrucción congénita.

Traumatismo.

Discrasias sanguíneas.

b).- HEPATICA: Cirrosis de Laenec.

Cirrosis postnecrótica.

Cirrosis biliar.

Hemocromatosis.

Fibrosis hepática congénita.

Trastornos mieloproliferativos, etc.

c).- POSTHEPATICA: Síndrome de Budd-Chiari.

Pericarditis constictiva.

Insuficiencia cardiaca derecha grave, etc.

Además de estas patologías que causan várices esofágicas existe otra, la que se produce en forma descendente del drenaje venoso esofágico supradiafragnático dado por obstrucción de los vasos venosos gruesos torácicos por tumores cervicales bajos o mediastínicos dando un Síndrome de Hipertensión venosa torácica (8)(9)(18).

CLASIFICACION DE LA INSUFICIENCIA HEPATICA SEGUN  
CHILD.

	A(leve)	B(moderada)	C(grave)
Bilirrubina (mg%)	2,0	2.0-3.0	3.0
Albúmina (g%)	3.5	3.0-3.5	3.0
Ascitis	No hay	Control fácil	Mal control.
Encefalopatía	No hay	Mínimos	Coma
Nutrición	Excelente	Buena	Mala

(8)(9)

Entre las teorías de por que se rompen las várices se han mencionado; a un aumento de presión en forma brusca (maniobra de valsalva, nausas, ascitis) también se menciona el tamaño de las mismas y a reflujo gastroesofágico que conduce a esofagitis erosiva (9).

Although y Galmiche encontraron en su estudio incremento del reflujo esofagogástrico en pacientes cirróticos y en otro trabajo comparado con un grupo control no hubo diferencia de este hallazgo (12).

## PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS:

1.- DERIVATIVOS.

2.- NO DERIVATIVOS.

No cabe duda de que en un importante número de pacientes la hemorragia cederá mediante la puesta en marcha de una serie de medidas conservadoras: aportación de factores de la coagulación, transfusión de sangre reciente, lavado gástrico con suero helado, taponamiento esofágico con la sonda de Sengs Taken Blakemore, tratamiento de la ascitis, etc. (2), pero antes de adoptar cualquier medida, lo primero que se debe de efectuar es estabilizar hemodinámicamente al paciente, determinar el origen del sangrado, ya sea por endoscopia o angiografía (8)(9).

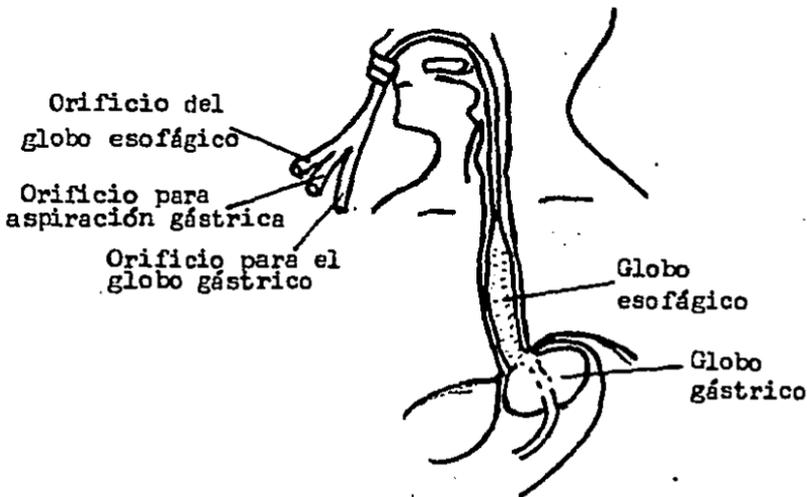
La vasopresina por sí sola detiene la hemorragia en un 80 % de los enfermos (8)(9)(23).

Cuando el paciente continua inestable y se determina que es buen candidato para operarse, debe de efectuársele algún procedimiento quirúrgico, con el fin de parar el sangrado y de prevenir futuros episodios (8)(11).

Aproximadamente la tercera parte de las muertes de cirróticos, son secundarias a sangrado de várices esofágicas

siendo la posibilidad de recurrencia del 90 %.

Es importante mencionarse el uso de la sonda de Sengs Takem Elakemore, ya que a la misma vez que es correctivo, es también diagnóstico, consiste en una sonda que tiene una vía y va al estómago la que sirve para realizar los lavados gástricos, dos más por donde se le aplica aire para inflar los balones que tienen en sus extremos, uno que da a nivel del esófago el que se debe insuflar a 40 mm de Hg, el otro a nivel del estómago insuflándose con 250 cc de aire. Con esto se trata de hacer compresión sobre los paquetes varicosos esofágicos y gástricos (8)



El tratamiento a base de vasopresina y escleroterapia - da buenos resultados a corto plazo para el control del sangrado, aunque la recurrencia del mismo es común (21)(23).

## 1.- DERIVATIVAS:

Los procedimientos derivativos para el tratamiento de la hipertensión portal dan buena descompresión de las várices, pero son acompañadas por varios grados de encefalopatía; por lo que estos procedimientos en Jabón han sido prácticamente abandonados (1).

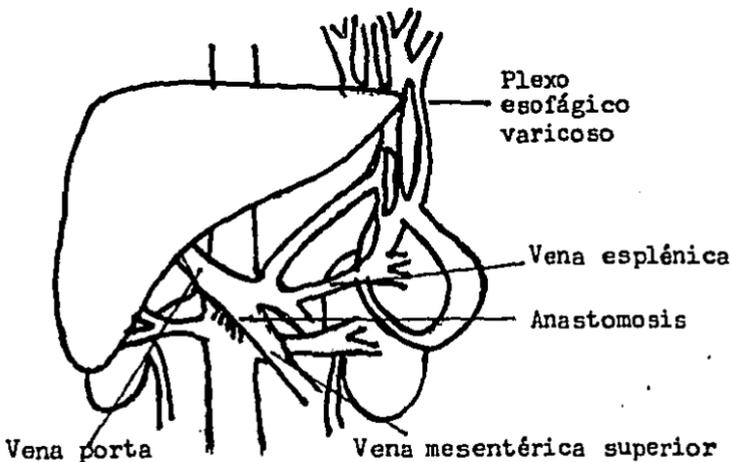
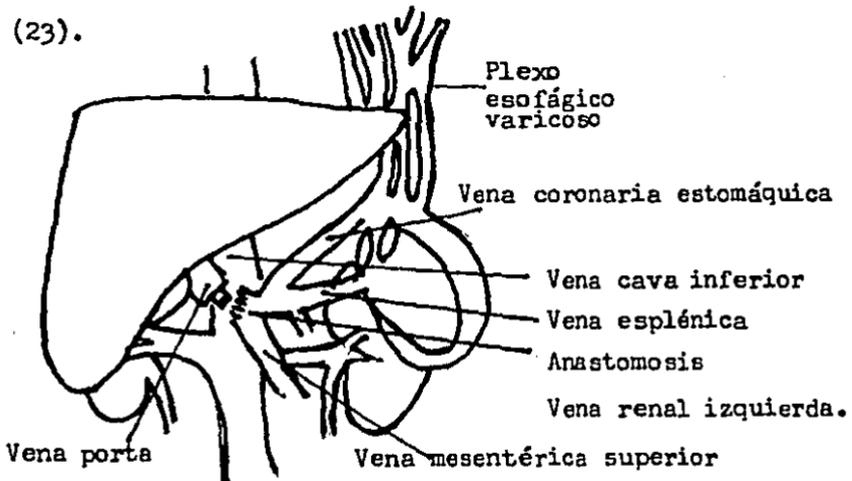
Warren en 1967 describe su técnica derivativa Espleno--rrenal distal con la que se logró una disminución en el grado de encefalopatía, además de conservar la función hepática (1), pero existe la mayor posibilidad de trombosis en el área de anastomosis, por la que ha sido criticada por muchos cirujanos (1)(2).

### TIPOS:

a.- Anastomosis Portocavas: **TERMINO-LATERAL:** Consiste en disección de la vena porta y de vena cava, se secciona a la porta, el extremo distal al Hígado se anastomosa en forma término-lateral a la vena cava, el otro extremo (proximal) se liga o también se puede realizar otra anastomosis en la misma forma anteriormente descrita (ver dibujo); **Latero-Lateral:** esta consiste en exponer a la vena porta y vena cava, - realización de un corte longitudinal a las mismas y anastomo

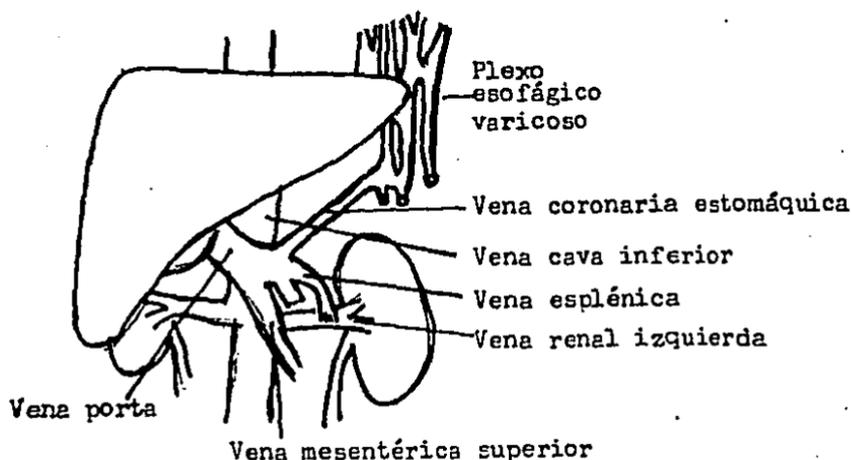
sarlas en un plano en forma paralela (ver dibujo) (9)(23).

Este procedimiento permite la descompresión rápida portal, es la cirugía de elección para los casos de urgencia, - tiene baja proporción de trombosis del area de anastomosis, - pero es la que tiene el mas alto indice de encefalopatía.(8) (23).



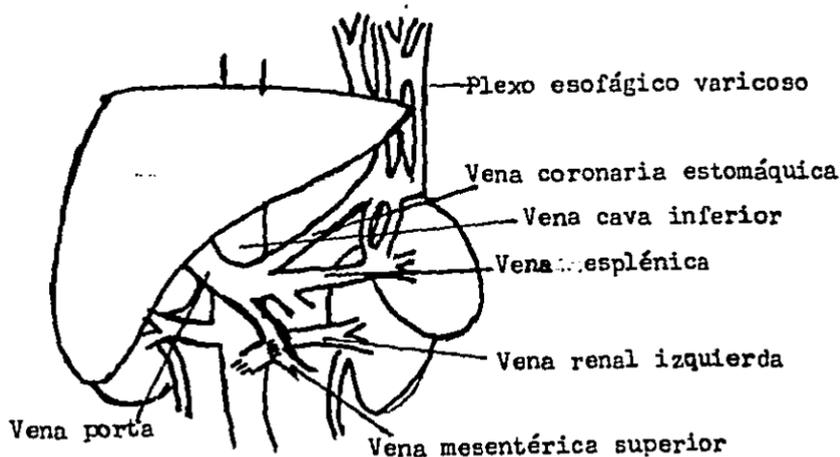
b.- Esplenorrenal Proximal (llamada también como anastomosis de Linton): Consiste en diseccionar a la vena esplénica - desde su inicio junto al bazo hasta 10 cm. aproximadamente, - también se disecciona a la vena renal izquierda, se efectúa es- tirpación del bazo, cortando sus ligamentos, bazo cortos y ligadura de su arteria, se baja el extremo distal de la vena esplénica y se anastomosa en forma Término-lateral a la vena renal izquierda (8)(23). ( Ver dibujo )

Es técnicamente más difícil que la anterior, por lo que no se puede realizar como procedimiento de urgencia, la des- compresión portal es rápida pero menos completa que la porto caval, la sangre sigue llegando al Hígado por lo que presen- ta menos encefalopatía postquirúrgica que la portocaval.



d.- Anastomosis Mesocava: Consiste en diseccionar una porcion de la vena mesentérica superior y de la vena cava, colocándose un segmento de safena o yugular entre ambas para formar un puente pudiendo ser el mismo sintético, esta forma es la más frecuentemente utilizada, otra forma de realizarla es ligando a la vena mesentérica superior en su extremo distal y anastomosándole el proximal a la vena cava inferior en forma término-lateral (ver dibujo).

Se utiliza esta técnica, cuando las anteriores no pueden efectuarse, no debe realizarse de urgencia (8)(9)(23).



En la selección de pacientes para efectuar procedimiento derivativo, se debe tomar en cuenta, la severidad del daño hepático, según la clasificación de Child, siendo de peor pronóstico los "C", también se observa más encefalopatía en pacientes mayores de 60 años; estos procedimientos han sido enfocados desde tres puntos de vista: 1.- Profilácticos; se efectúa en pacientes con hipertensión portal, pero que nunca han presentado un período de sangrado, no ha habido diferencias con respecto a sobrevida, pero si hay mayor movilidad.- 2.- De urgencia; se efectúa en las primeras 24 hrs. para detener la hemorragia, su mortalidad es la mas alta, secundaria a insuficiencia hepática, se recomienda efectuarla cuando no halla respuesta al tratamiento médico conservador. 3.- Electiva; se utiliza o llama cuando el paciente ha presentado ya episodios de sangrado y es operado en forma programada, en buenas condiciones generales, obteniéndose en ésta forma - los mejores resultados (8)(23).

Los circuitos portosistémicos han llamado la atención - desde que Whipple y Blakenore en 1947 lo idearon (11).

Varios estudios prospectivos han demostrado no tener - utilidad, si estos procedimientos derivativos son utilizados

en forma profiláctica o sea que no halla habido sangrado (11) (13)(14).

Aún en Hospitales altamente estructurados, con un equipo altamente entrenado la mortalidad quirúrgica de urgencia es del 53 %, y de estas, el 55 % la causa de muerte es la encefalopatía hepática (11).

Un estudio realizado en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Subiran, analizando los procedimientos derivativos portosistémicos (Warren), encontraron una mortalidad operatoria del 44 % en los casos de urgencia, del 13 % en ~~las~~ las formas electivas, siendo la causa más frecuente de muerte, la insuficiencia hepática, trombosis de la anastomosis - en el 6.1 %, con sobrevida a 5 años del 57.3 %, con un resan grado de 6.7 % (19).

## 2.- NO DERIVATIVAS:

Ligadura directa de las várices, resección gastroesofágica, transección gástrica superior, transección esofágica simple, ligadura de vena coronaria estomáquica con esplenectomía. Todos estos procedimientos no causan más daño al hígado pero sí hay recurrencia del sangrado, por lo que han sido desechadas (7)(9)(11)(23).

Millnes Walker en 1964 empezó realizando toracotomía izquierda para ligar las venas periesofágicas, esofagotomía longitudinal y resección de un segmento de mucosa, encontrando una mortalidad del 50 % (11)(20).

Hassabis utilizaba la desvascularización por vía abdominal para tratamiento o control de las várices esofágicas — (11)(20).

Van Kemmel en 1974 utilizó por primera vez una pistola que cortaba y engrapaba al mismo tiempo reportando buenos resultados (11).

Más reciente se ha comunicado experiencia en la transección esofágica transabdominal utilizando la engrapadora, ligadura de la vena gástrica izquierda con lo que se ha observado buen control de la hemorragia además de ser sencilla, —

con pérdida mínima de sangre. Utilizándose esta en seis pa--  
cientes que se encontraban moribundos obteniéndose buenos re--  
sultados (15)(16).

En trabajos posteriores donde se realizaron transección  
esofágica transabdominal utilizando la pistola engrapadora -  
se encontró una sobrevida del 100 % en todos los casos, con  
interrupción completa del sangrado (11). No se conoce toda--  
vía resultados a largo plazo pero sugieren buen pronóstico -  
por lo que habrá que seguirse realizando (11).

#### **ESCLEROTERAPIA:**

Es otro procedimiento no derivativo y es anterior a los  
antes mencionados pero fué abandonada en la década de 1940,-  
por el entusiasmo de las nuevas técnicas, pero que actualmen--  
te está resurgiendo como tratamiento electivo y de urgencia;  
reportando Johnston en 1973 control hemorrágico en el 91 % -  
de los casos realizados (11).

## PROCEDIMIENTO DE SUGIURA:

En 1973 Sugiura y Futagawa publicaron un artículo donde realizaron desvascularización esofágica transtorácica, transección esofágica con reanastomosis y la desvascularización paraesofágogástrica transabdominal con esplenectomía, vagotomía y piloroplastía practicados en uno o dos tiempos quirúrgicos. Los autores recalcan la importancia de cortar más vasos muy pegados al esófago, porque ellos han observado que con esta condición hay menos recidivas, En los pacientes estudiados reportan una mortalidad postoperatoria (en los 30 días siguientes ) del 4.6 %. De los pacientes (87) estudiados en 12 se les realizó el procedimiento en forma profiláctica siendo la mortalidad de cero. En 60 el tratamiento fué en forma electiva o con una mortalidad del 1.7 % y en los 15 pacientes restantes el procedimiento se hizo de urgencia encontrando una mortalidad del 20 %, la recurrencia del sangrado se encontró en solamente dos casos, siendo las principales complicaciones el de sutura insuficiente y el de estenosis. Con lo que concluyeron que es un buen procedimiento en comparación a otros. (11)(20)

## TECNICA UTILIZADA:

## ANTECEDENTE.-

Umeyama y Yamashita en la revisión que hacen de 101 pacientes a los cuales se les realizó transección esofágica -- transabdominal, desvascularización gastroesofágica, esplenectomía previa medición de la presión portal, ligadura de la e arteria gástrica izquierda y piloroplastía, encontraron que con esta técnica, 12 pacientes murieron postoperatoriamente, siendo la mayoría de esas muertes en pacientes operados de urgencia la mayoría fué de falla hepática; 25 murieron tardíamente, teniendo una sobrevida a cinco años del 72 % incluyendo a las defunciones (1).

En Japón el procedimiento no derivativo es de mayor preferencia ya que los derivativos presentan un alto riesgo de encefalopatía hepática y falla hepática tardía (1)(10).

El procedimiento de desvascularización gastroesofágica y transección esofágica transabdominal con Stappler es una técnica rápida y relativamente simple para control de las -- várices esofágicas lográndose una desaparición de las mismas en el 84-98 % (1).

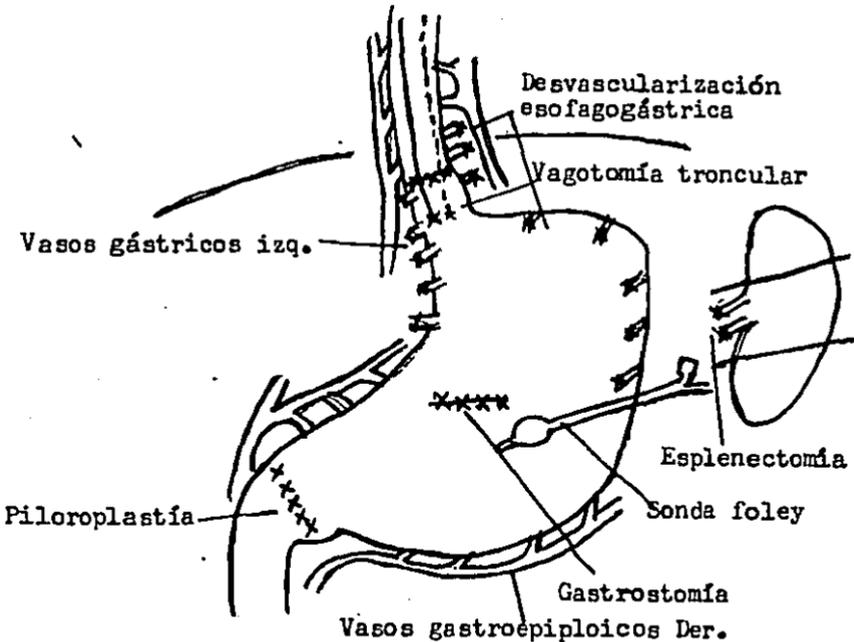
Los pacientes que tienen una enfermedad hepática, no --

tan fácilmente toleran sangrados repetidos, con lo que se --  
debe decidir por un procedimiento quirúrgico (8)

## TECNICA:

La técnica que se utilizó en los pacientes, que son motivo del presente estudio fué: incisión media supraumbilical disección por planos hasta llegar a cavidad abdominal, revisión de órganos intrabdominales, exposición del hiato esofágico, disección digital del esófago hasta 7 cm de la porción torácica, vagotomía troncular, ligadura y corte de vasos cortos y de arteria y vena coronaria estomáquica, desvascularización gástrica hasta una línea que va de la incisura angularis de la curvatura menor, a la curvatura mayor, esplenectomía con doble ligadura de arteria y vena esplénica, incisión de 6 cm. sobre la cara anterior del estómago (gastrostomía), introducción de la engrapadora hasta 3 cm del esófago torácico, donde se realiza sección y engrapamiento del esófago, corroborando su cometido con la existencia de la "dona" de esófago, se cierra la gastrostomía en dos planos, se pasa el fundus gástrico por detrás del esófago a 180°, haciendo una línea de sutura del fundus a la cara anterior del esófago — otra línea de sutura de fundus a fundus (funduplicatura tipo Nissen), se realiza piloroplastia a un plano con incisión longitudinal y cierre transversal (tipo Miculitz), se reali-

za gastrostomía tipo Stamp. se toma biopsia hepática en cuña con tura del mismo, se comprueba hemostasia y se cierra pared abdominal sin dejar drenajes, peritoneo con crónico del OO, aponeurosis condexon del OO, piel con seda del OOO. Tiempo quirúrgico de 2.5 a 3 hrs. (ver dibujo)



¿POR QUE? POR EL PROCEDIMIENTO NO DERIVATIVO.

La mortalidad postoperatoria para el procedimiento derivativo portocaval electivo es del 10 al 21 %, en comparación a la reportada por Sugiura del 3 % en los procedimientos no derivativos (1)(20).

En Japón refieren una mortalidad del 7.5 al 11 % en los procedimientos no derivativos (1).

La frecuencia de resangrado, en los procedimientos derivativos reportados por varios autores varían del 15-21 %, en contraste a lo reportado por Sugiura del 1.5 % (1)(20).

El resangrado encontrado por Umeyama en su estudio fué de 4.5 % y que puede ser debido a revascularización de vasos preexistentes alrededor del esófago que se comunican al sistema de ázygos y de venas intercostales (1).

En los procedimientos derivativos existen una disminución — del flujo sanguíneo portal, al parecer es compensado por un aumento en el flujo sanguíneo de la arteria hepática pero sabemos que la sangre procedente del área portoesplénica tiene cierta acción hepatotrófica, además del gucagón originado en el pancreas interviene en el proceso de regeneración (3)(19) además la deprivación de sangre portal disminuye el consumo

de oxígeno por el hígado y dificulta el aclaramiento de amonio (4)(19), y no solamente de esta substancia sino de todos los productos que son absorbidos por el tubo digestivo que son modificados o eliminados en el hígado (2).

En el estudio realizado por Morales Méndez y Cols. en perros concluyó que cuando se realiza procedimiento derivativo, principalmente cuando es del tipo portocaval, además de privar al hígado de sangre portal, también lo priva de sangre arterial, por que en el hígado existe también Shunts arterioportales; y que mientras más lejos del tronco portal se realice el procedimiento, menos es la pérdida del flujo sanguíneo hepático que da lugar (5).

En otra valoración de la transección esofágica y desvascularización gastroesofágica por Sugiura y Futagawa encontraron, que la sobrevida dependía también del grado de lesión hepática, siendo esta según la clasificación de Child, del 95 % en el A; 87 % en el B y del 59 % en el C, con una recurrencia de sangrado del 2.3 %, estando todos los pacientes libres de encefalopatía, reafirmando con esto que esta técnica no compromete la función hepática (7).

De 19 pacientes estudiados con Child A y B, a los cua-

les se les realizó transección esofágica, en un seguimiento de 85 meses no hubo resangrado, pero estos se han abstenido de ingerir alcohol, estudiándose el reflujo esofagogástrico postoperatorio, se observó, que no hay un reflujo importante - comparado con un grupo control, y que no amerita realizarles un procedimiento antireflujo (12).

J. Spence en la revisión de 100 pacientes a quienes se les realizó transección esofágica con engrapadora por várices esofágicas, con Child A y C se encontró disfagia en 30, cediendo la mayoría espontáneamente, en la manometría postoperatoria hubo disminución de la presión del esfínter esofágico inferior, no se encontró fístulas postoperatorias, tres pacientes tuvieron encefalopatía, tres operados de urgencia resangraron; el 95 % están libres de sangrado, un año después; entre el 60 y el 90 % se encuentran libres de sangrado 7 años después; habiendo mayor mortalidad operatoria - cuando la cirugía se realizó de urgencia y cuando tenían un Child C; la cirugía electiva tuvo el 10 % de mortalidad; - recomendando el autor este procedimiento para cuando los pacientes sean de edad avanzada, con Child C o diabéticos (21)

El procedimiento derivativo esplenorrenal distal, de-

mostró su tuidad conservando la perfusión portal y disminución de la ingurgitación varicosa, pero en seguimientos posteriores, se ha visto que al paso del tiempo la función hepática va disminuyendo.

John Cello en un estudio comparativo de escleroterapia, transección esofágica y derivación portocava en pacientes con clasificación Child C, con várices esofágicas sangrantes, encontró que en los pacientes a quienes se les realizó transección esofágica, no volvieron a sangrar, en cambio en los de escleroterapia el 33 % resangraron y el 10 % en los de Shunt, aunque el 83 % murieron en el grupo de transección, 67 % en el de escleroterapia y 40 % en el de derivación. Con lo que concluyó, que la transección esofágica controla mejor el sangrado, pero tiene la mas alta mortalidad cuando el paciente esta en malas condiciones (17).

El Instituto Nacional de la Nutrición reporta a 45 pacientes a quienes se les realizó desvascularización esofagogastrica y transección esofágica, ellos reportan una mortalidad operatoria global de urgencia del 62 %, la hemorragia recurrente y la encefalopatía fué del 0 %, en los que fueron sometidos en forma electiva la mortalidad fué del 16.6 %, no

habiendo hemorragia recurrente, presentándose la encefalopatía en un paciente; ellos indicaron este procedimiento solamente cuando los pacientes no se les pudo realizar procedimiento derivativo (22).

J. Mir y J. Ponce en la revisión de 30 pacientes a quienes se les realizó, transección esofágica y desvascularización esofagogástrica de urgencia, con Child C en 20, encontró una mortalidad del 62 %, murieron estos en el lapso de un mes por falla hepática, habiendo en todos control de la hemorragia, viviendo los 13 restantes, de los cuales tres han resangrado, pero si se compara con otro estudio realizado por Yart y Roelf con procedimiento derivativo tipo Shunt portocava, vemos que tienen una mortalidad operatoria del 100 % en pacientes con Child C, por lo que consideran que el procedimiento no derivativo en pacientes con Child C es el mejor (10)(20). Kayama y Cols. reportaron una mortalidad operatoria del 26 %, Sugiura y Futagawa del 11.5 % con procedimiento no derivativo, en pacientes con las características antes mencionadas (10)(20).

William Et Al en el estudio comparativo que efectúa, con la técnica de transección esofágica con Stappler y desvascularización esofágica contra escleroterapia, encontró, que -

los requerimientos de transfusión sanguínea, es menor, para el primer grupo, que la mortalidad perioperatoria fué de -- 33.3 % para el primero y de 24.3 % para el segundo, aunque la mortalidad del grupo de transección fué ampliamente influenciada, por el tipo de pacientes que murieron ( Child — C); la recurrencia temprana en el primer grupo fué del 2.5 % en tanto que en el del segundo 48.6 %, la estancia hospitalaria fué mas corta para el grupo de transección, por lo que -- esos autores recomiendan realizar transección esofágica y desvascularización esofagogástrica y que la escleroterapia, se debe recomendar, como una medida temporal de manejo.

En conclusión por todo lo antes mencionado, de daño hepático, encefalopatía, de resangrado, complicaciones postoperatorias inmediatas y mediatas, y reflujo esofagogástrico, - además de encontrarnos en un medio donde no es posible realizar adecuadamente todos los estudios complementarios para un procedimiento derivativo cuando se encuentra indicado, nosotros preferimos realizar la transección esofagogástrica, esplenectomía, piloroplastia, ligadura de las vasos gástricos izquierdos, funduplicatura tipo Nissen y Biopsia hepática a los pacientes que a continuación presentamos.

## CASO # 1.- A. E.

Se trata de paciente masc. de 64 años de edad, casado, zapatero, con AHF de tener madre diabética, hermano diabético; y un primo epiléptico; refiere alcoholismo de 17 años, ingiriendo un litro diario de aguardiente, refiere haber padecido de amibiasis, varicela, parotiditis y paludismo. Niega otros antecedentes.

Refiere que en 1975 presentó diareas con moco y sangre además en esa ocasión se le detectó hepatomegalia de 2x3x5 cms., no doloroso, edema de miembros inferiores, ascitis y disnea de medianos esfuerzos, siendo manejado con digoxina y furosemide con la impresión diagnóstica de Insuficiencia cardiaca, peso de 92 kgs. talla: 1.72 mts.

El 8 de enero de 1983 fué valorado por Medicina Interna encontrando, aumento del perímetro abdominal, hiperplasia de glándulas parótidas, telangiectasias diseminadas, ictericia discreta, ascitis y edema de miembros inferiores haciendo el diagnóstico de Insuficiencia hepática grado I e hipertensión portal grado I, manejado con espirolactona.

El 9 de febrero de 1984, es ingresado al servicio de gastroenterología por presentar sangrado del tubo digestivo

alto a la exploración física se encontró, con sus signos vitales estables, pálido, con escaso vello axilar y pubiano, ginecomastia, telangiectasias en cara anterior del tórax, soplo sistólico G:III, en abdomen grueso panículo adiposo, probable hepatomegalia, al tacto rectal se encuentra melena, le solicita biometría hemática: Hb: 7.8, HTO: 27, leucocitos: - 12,900, colesterol: 84, Urea: 14, EGO: normal, tipo sanguíneo: 0 positivo, VDRL: negativo, Glicemia: 68, transfundiéndole en esta ocasión varias unidades de sangre.

Se le solicita el 21 de febrero del 84, SEGD reportando várices esofágicas, Gama Grama Hepático reporta disminución de la concentración del radionúclido, disminución del tamaño del hígado y esplenomegalia.

Se le solicita estudios preoperatorios encontrando: Hb: 12.4, HTO: 40, Leucocitos: 6,800, TP: 15"/72.5 %, Glucosa: - 153, Urea: 34, Creatinina: 1.35, Colesterol: 133, Proteínas Totales: 7.20, Albúmina: 3.20, Globulina: 4, Relación A/G: - .80, BD: 1.25, IND: .15, TGO: 35, TGP: 28, Fosfatasa alcalina: 280, Bromosulfaleína: 24.8 %.

Con los datos clínicos y de laboratorio se clasifica — como Child B, la valoración cardiológica preoperatoria, se —

reporta con riesgo quirúrgico II.

Fué operado el día 19 de junio del 84, encontrando transoperatoriamente gran circulación colateral, adherencias hepato-gástricas y parietales, hígado aumentado de volumen con superficie granulosa, la técnica utilizada es la antes descrita, tiempo quirúrgico de 2.45 hrs, Anestesia utilizada: - Fentanyl N<sub>2</sub>O y Pancuronio.

En los estudios de laboratorio de control en el postoperatorio inmediato, se reporta Hb: 8.9, HTO: 28, leucocitos: - 17,900, Glicemia: 110, Urea: 31, Creatinina: 1.35, BD: 1.5, - BI: .3, TGO: 40, TGP: 28, Proteínas totales: 4.87, Alb: 78, Glob: 3.09.

Evoluciona postoperatoriamente durante un mes, con vómitos y regurgitación ácida posterior a la ingesta de alimentos, se continuó su manejo con espironolactona; cuatro meses después se solicita SEGD encontrándose sin complicaciones.

El 2 de Diciembre del 86, es visto por última ocasión - encontrándolo con buen estado general, asintomático, sin ascitis, disfagia, encefalopatía, sangrado y con aumento de peso.

## CASO # 2.- K.R.L.

Se trata de paciente masculino de 50 años de edad, casado, ejidatario, con malos hábitos higiénicos, alimentación mala en calidad y cantidad, con alcoholismo de 8 años de evolución, con ingesta de un litro diariamente de alcohol.

Niega otros antecedentes de importancia.

PAD. ACTUAL:- Inicia su padecimiento actual en Diciembre de 1983, por presentar sangrado del tubo digestivo alto, ameritando en esa ocasión transfusión sanguínea, es nuevamente ingresado el día 11 de febrero del 84 con nuevo STDA, ameritando nuevas transfusiones sanguíneas, ante la sospecha de várices esofágicas sangrantes secundarias a hipertensión portal por cirrosis hepática, se le efectúa estudios correspondientes; a la exploración física se le encontró con sus signos vitales normales, palidez de tegumentos, discreto tinte icterico, hipertrofiaparotidea, en cara anterior de tórax telangiectasias, disminución del vello axilar, hepatomegalia 2X4X2 cm., dudosa esplenomegalia, hipotrofia testicular e hipotrofia ténar. Su manejo en esta ocasión fué médico con sonda Sengs Taken Blakemore siguiendo el sangrado 3 días después.

En sus estudios de laboratorio de ingreso se encontró:-  
 Hb: 8.20, HTO: 27, Leucocitos: 10,000, Glicemia: 130, Urea:  
 22, Creatihina: .7, BD: .8, BI: .8, TGO: 220, TGP: 265, —  
 transfundiéndole 1,800 cc. de sangre total, con un TP: 55",  
 Plaquetas de 92,000, se le pide un Gama Grama Hepático donde  
 reporta Bazo aumentado e Hipercaptante, imagen compatible —  
 con cirrosis; prueba de depuración de Bromosulfaleína: 12.8 %

Se solicitan estudios preoperatorios: (6-VI-84) Hb: —  
 11.70, HTO: 35, Leucós: 3,500, Plaq: 114,000, TP: 14"/83 %, —  
 Colesterol: 107, Proteínas totales: 7.40, Alb: 3.30, Glob: —  
 4.10, Relación A/G: .80, BD: .95, BI: .30, TGO: 53, TGP: 43.

Con los hallazgos clínicos (no ascitis, no encefalopa-  
 tía, buen estado general) y resultado del laboratorio es cla-  
 sificado como CHILD B.

El 17 de Julio del 84, es intervenido quirúrgicamente —  
 encontrándose Hígado nodular, extensas colaterales, Bazo au-  
 mentado de volumen.

Seis días después es dado de alta sin complicaciones.

Se tuvo un tiempo quirúrgico de 2.5 hrs.; Anestesia uti-  
 lizada: Fentanyl, N<sub>2</sub>O, Pancuronio, sangrado aproximado: 1000  
 cc.

Se le efectúa SEGD 42 días después, reportando ausencia de várices esofágicas con vaciamiento normal del estómago.

El 19-IX-84, refiere disfagia a sólidos.

El 31-X-84, la disfagia desapareció, se encontraba en buenas condiciones generales con 6 kilos de peso ganado, sin encefalopatía, ni recurrencia de sangrado y sin ascitis por lo que se dió de alta de cirugía con paso al servicio de gastroenterología.

El 17-XII-86 es visto por última vez por gastro, donde lo reporta en buen estado general, sin edema, sin ascitis, ni encefalopatía y sin recurrencia del sangrado, con buena tolerancia a la dieta.

## CASO # 3.- M.R.M.D.

Se trata de paciente femenino de 50 años de edad, ama de casa, casada, con antecedentes de tener madre diabética, ser - analfabeta, con malos hábitos higiénico-dietéticos, sin tabaquismo, ni alcoholismo; padeció de sarampión, varicela, tosferina, parotiditis y probable ascitis a los 43 años, refiere no haber padecido de hepatitis.

PAD. ACTUAL:- Lo refiere haber iniciado en agosto del - 82, con hematemesis y melena diagnosticándosele probable úlcera duodenal, probable gastritis y anemia aguda; 2-VIII-85, continuaba con melena y hematemesis se solicitó pruebas de - laboratorio encontrando: Hb: 9.30, HTO: 31, Leucos: 4,8000,- Grupo y RH: O positiva, Glicemia: 61, Urea: 41, Creatinina:- .80, BD: .5, BI: .06, TGO: 43, TGP: 19, Fosfatasa alcalina:- 145, Colesterol: 155, Prot. Tot: 6.70, Alb: 3.48, Glob: 3.22 Relación A/G: 1.08, además se le solicita depuración de Bromosulfaleína reportando 2.8 %, es enviada al servicio de gastro médica, donde se le solicita SEG, donde reportan várices esofágicas, Gama Grama Hepático reportando estudio compatible con cirrosis hepática; el 5 y 10 de noviembre del 85, --- fué reingresada por nuevos STDA, a la exploración física en esta ocasión, se encontró con signos vitales normales, con as-

tenia y adinamia, no aumentó de parótidas, no telangiectasias no visceromegalias, no ascitis y sin datos de encefalopatía, siendo transfundida en varias ocasiones.

Con los datos clínicos y de laboratorio se le clasifica como CHILD B.

El 21-XI-85 es llevada a cirugía encontrándose transoperatoriamente, esplenomegalia, hígado de aspecto cirrótico, hipertensión portal (red venosa colateral extensa), fibrosis periesofágica, diez días después, es dada de alta en buenas condiciones.

Tiempo quirúrgico: 2.5 hrs., Anestesia utilizada: Fenta<sup>n</sup>yl, N<sub>2</sub>O y Pancuronio; sangrado aproximado 1,500 cc.

El 21-I-86 acude a consulta refiriendo moderada disfagia, SEGD reporta cambios inherentes a la cirugía.

El 9-XII-86 fué vista por última vez, encontrándola en buen estado general, sin encefalopatía, ni ascitis, sin recurrencia de sangrado, ha ganado peso, la disfagia ha desaparecido, es dada de alta de cirugía, sus últimos resultados de laboratorio fueron: Hb: 13.40, HTO: 44, Leucós: 6,300, Glicemia: 79, Urea: 14, Creatinina: .86, Prot. Tot: 8.13, Alb: --- 3.58, Glob: 4.55, Relación A/G: .79, BD: .39, BI: .57, --- TGO: 44, TGP: 30, Fosfatasa Alcalina : 153.

## CASO # 4.- A.G.

Se trata de paciente masculino de 57 años de edad, ocupación comerciante, que proviene del medio socioeconómico medio alto, con antecedente de importancia, de alcoholismo de 30 años de evolución, con hábitos higiénico-dietéticos buenos.

PAD. ACTUAL.- Su padecimiento actual, lo refiere haber iniciado con dos episodios importantes de sangrado del tubo digestivo alto, no presentando ningún dato de encefalopatía, en su exploración presentó hipertrofia parotidia, telangiectasias en cara anterior del tórax, ausencia de vello axilar y púbico, no teniendo ascitis ni visceromegalias.

No se le efectuó Gama Grama Hepático, ni serie esofago-gastroduodenal, las pruebas funcionales hepáticas se reportaron como buenas, únicamente se efectuó endoscopia donde se encontraron várices GIII.

Se clasifica como CHILD A.

Es intervenido quirúrgicamente el día 25-X-84, durante la cirugía se encontró hígado micronodular, con red venosa colateral importante y várices esofágicas. Tiempo Quirúrgico 2.45 hrs., sangrado: 1,000 cc.

Es dado de alta, en buenas condiciones generales, sin sangrado, ni encefalopatía; el 18-XII-84 acude a consulta refiriendo aumento de peso, rectorragia, sin sangrado, no encefalopatía, ni ascitis; el 23-I-85 vuelve a acudir a consulta, refiriendo aumento de peso, sin ninguna complicación.

El 27-III-86 vuelve a acudir a consulta sin ninguna manifestación de encefalopatía o de sangrado, ha aumentado 3.5 kgr. de peso; actualmente se encuentra en buenas condiciones sin haber resangrado, sin encefalopatía, sin ascitis, ni problema alguno.

CASO # 5.- C.H.M. (sacado de expediente mal depurado)

Se trata de paciente femenino de 72 años de edad, que -- tiene como antecedentes de importancia, ser diabética, alcohólica de 20 años de evolución, con malos hábitos higiénico-dietéticos.

PAD. ACTUAL:- Lo inicia en 1981, con aparición de sangrado del tubo digestivo alto manifestado como Hematemesis y melena, presentando 6 cuadros de STDA de esa fecha al momento actual.

No contamos con hallazgos clínicos, de laboratorio ni de gabinete preoperatoriamente. Pero se integró el diagnóstico de várices esofágicas sangrantes, secundaria a Hipertensión portal por cirrosis hepática.

Fue clasificada como CHILD B.

El 18-III-85 fué intervenida quirúrgicamente, encontrándose esplenomegalia, cirrosis hepática macronodular, várices esofágicas con sangrado transoperatoriamente de 1,500 cc. - tiempo operatorio 2.5 hrs. siendo anestesiada con Fentanyl, N<sub>2</sub>O y Pancuronio.

Postoperatoriamente evolucionó con acidosis metabólica

e hipoxemia lo que se controló, en forma adecuada.

El 26-III-85 fué dada de alta, en buenas condiciones generales, tolerando adecuadamente su dieta y sin datos de encefalopatía hepática.

El 31-III-85 acude al servicio de urgencias, por presentar dolor tipo cólico, difuso en todo el abdomen con hipotensión de 85/45 mm. de Hg., frec. cardiaca 116X', además en la exploración física, se encontró hipertrofia de glándulas parotídeas, ausencia de vello axilar y púbico, con abdomen doloroso a la palpación en epigastrio y ambos hipocondrios, aumento de perímetro abdominal (ascitis), ausencia de peristalsis, edema++ en ambos miembros inferiores, no teniendo datos de encefalopatía, el laboratorio reportó en esta ocasión Hb: 8.9, HTO: 29, Leucocitosis : 16,000.

El 2-IV-85 en su estancia hospitalaria presentó pico febril de 38.5, normalizándosele después sus signos vitales, - con detección de estertores basales bilaterales y anuria; falleciendo por la tarde con los diagnósticos finales de sepsis, desequilibrio hidroelectrolítico, cirrosis hepática, hipertensión portal grado III, úlcera de decúbito e insuficiencia renal aguda.

## CASO # 6.- P.R.R.

Se trata de paciente masculino de 53 años de edad, casado, de ocupación taxidermista, con antecedentes de importancia, haber tenido padre hipertenso muerto por cardiopatía — desconocida, con regulares hábitos higiénico-dietéticos, alimentación hipoproteica e hipercalórica, refiere alcoholismo desde los 20 años de edad, siendo al principio ocasional y sin llegar a la embriaguez, posteriormente refiere ingerir un litro de alcohol en forma diaria, con escolaridad de cuarto de primaria; tiene antecedentes de hepatitis de dos meses de evolución.

PAD. ACTUAL.- Inicia su padecimiento actual, en julio del 80, con aumento de volumen abdominal y edema de miembros inferiores, hematemesis, melena, ictericia generalizada, por lo que se sospecha de várices esofágicas, hipertensión portal y cirrosis hepática; ingresando al servicio de gastro aproximadamente en 15 ocasiones por presentar STDA; siendo manejado médicamente, en su estudio integral se solicitó Gama Grama Hepático encontrándose imagen compatible a cirrosis hepática; en la SEGD reportaron no encontrarse várices ni anomalía alguna, se solicitó estudio endoscópico reportándolo con

várices GIII; antes de ser operado no presentó datos de encefalopatía, pero sí, de ataque al estado general, ascitis y edema de miembros inferiores; preoperatoriamente presentó — los siguientes exámenes de laboratorio: (22-V-84) Hb; 7.90, HTO: 27, siendo estas cifras mejoradas con transfusiones, — Tp: 13"/100 %, Plaquetas: 112,000, Grupo y RH: O<sub>+</sub>, Glicemia: 86; Urea: 26, Creatinina: 1.2, Colesterol: 114, Bd: 1.25, — BI: .75, Prot. Tot: 5.78, Albúmina: 3.24, Glob: 2.54, Rel.— A/G: 1.27, TGO: 28, TGP: 22, Bromosulfaleína: 1.0 %

Por todo lo antes mencionado el paciente es clasificado como CHILD C.

El día 26-VI-84, es llevado a cirugía, transoperatoriamente se encontró un hígado macronodular aumentado de volumen, bazo pequeño y una gran red venosa colateral; sangrado-transoperatorio de 1,000cc, tiempo quirúrgico: 2.25 hrs., — la anestesia utilizada fué: Fentanyl y Droperidol.

Siete días después fué dado de alta, tolerando su vía oral, sin ninguna complicación.

El 22-VIII-84 acude a su cita, refiriendo disfagia a sólidos, sin sangrado, sin ascitis ni ictericia; refiere seguir presentando disfagia, por lo que se le efectuó estudio endog

cópico, reportando estenosis a nivel de la unión esofagógástrica postquirúrgica, la cual fué interpretada como area de cicatriz; posteriormente el paciente continuó ingiriendo alcohol en forma importante, siendo en dos ocasiones recogido en la calle por la ambulancia, en sus posteriores ingresos - presentó, manifestaciones de encefalopatía hepática y síndrome de deprivación alcohólica, recuperándose adecuadamente e con manejo médico, en Diciembre del 86 fué visto por última vez encontrándose sin disfagia, pero con ascitis, refiriendo que en varias ocasiones tuvo datos de encefalopatía, pero sin haber vuelto a resangrar.

## CASO # 7.- C.E.E.

Se trata de paciente femenina de 60 años de edad, casada, con oficios propios del hogar, que refiere los siguientes antecedentes de importancia, provenir de medio socioeconómico bajo, analfabeta, con fecalismo al aire libre, hacinamiento y promiscuidad, con malos hábitos higiénico-dietéticos, ser diabética manejada con tolbutamida, niega otros antecedentes.

PAD. ACTUAL.- Lo refiere haber iniciado hace cuatro años, con hematemesis y melena, siendo manejada con transfusiones sanguíneas y aplicación de sonda de Sengs Taken Blakemore, presentando más de tres episodios de STDA decidiéndose estudiar en forma integral: se solicita Gama Grama Hepático, el cual reporta hígado con imagen compatible a cirrosis hepática, la serie esofagogástrico reporta várices esofágicas, no se cuenta con estudios preoperatorios, pero se refiere en las notas como "buenas", a la exploración física, en el ingreso se reporta ausencia de vello axilar y púbico, telangiectasias en cara anterior de tórax; sin ascitis, ni datos de encefalopatía, por lo anterior, se clasificó como CHILD B siendo intervenida quirúrgicamente el día 28-I-86.

Hallándose transoperatoriamente, a un hígado micronodular un bazo pequeño y gran red venosa colateral; el tiempo quirúrgico fué de 2.15 hrs., la anestesia utilizada fué: Fentanyl, N<sub>2</sub>O, Pancuronio; con sangrado de 1,000 cc. Inició su dieta al tercer día, siete días después, fué dada de alta en buenas condiciones generales, siendo reingresada cuatro días después, presentando infección importante de la herida quirúrgica y distención abdominal; fué manejada con curaciones diarias y antibióticos; siete días después de estar ingresada reinicia la vía oral, observándose salida de contenido intestinal a través de la herida quirúrgica, con lo que se sospecha de una fístula en area de la anastomosis esofagogástrica, corroborándose con la ingestión de azul de metileno, la cual fué manejada con una sonda de nélaton y a succión intermitente, el 28-II-86 se le encuentra en muy malas condiciones, con fascie séptica, hipotensa y taquicárdica; un día antes se le había efectuado una SEGD donde se corroboró la fístula esofágica, falleciendo el 28-II-86 con los diagnósticos de: postoperatorio inmediato de desvascularización esofagogástrica, transección esofágica y esplenectomía, falla orgánica múltiple y choque séptico.

CASO # 8.- C.J.

Se trata de paciente masculino de 54 años de edad, que tiene como antecedente de importancia, tener madre hipertensa controlada, provenir de medio socio-económico bajo, con regulares hábitos higiénico-dietéticos, alimentación tipo -- hipoproteica e hipercalórica, alcoholismo positivo desde los 10 años, llegando hasta la embriaguez, no volviendo a ingerir alcohol hasta la edad de 50 años, niega otros antecedentes de importancia.

PAD. ACTUAL. Es de larga evolución y de comienzo incidiendo, refiriéndolo con dolor abdominal en hipogastrio, hiporexia, astenia y adinamia; con aumento de volumen abdominal en forma progresiva, observándose posteriormente edema en genitales externos y miembros inferiores; ictericia, además de coluria ocasional; a la exploración física, se le encontró conjuntivas ictericas, en cara anterior del tórax telangiectasias, el vello axilar y púbico estaban disminuídos, la red venosa colateral en forma de cabeza de medusa presente, había líquido de ascitis, edema de pared abdominal, los genitales externos edematizados, las extremidades superiores hipotróficas y extremidades inferiores completamente edemati

zadas. Todos estos datos son referidos en la nota de ingreso del 7-XII-83; sospechándose los siguientes diagnósticos: insuficiencia hepática, hipertensión portal, cirrosis hepática y desnutrición GIII, por lo que se solicita el día 8-XII-83, Gama Grama Hepático informando imagen compatible con cirrosis hepática; en la serie esofagogástrico duodenal se encontraron várices esofágicas además de várices en fundus gástrico, se le solicitó estudio de laboratorio el día 14-XII-83 el que reportó: Hb: 12, HTO: 37, Leucos: 6,100, Plaquetas: 172,000, Tp: 17"/65 %, QS: normales, Colesterol: 110, BD: 1.15, BI: .40, Prot. Tot: 6.45, Alb: 2.17, Glob: 4.23, Rel A/G: .50, TGO: 45, TGP: 22, En esta ocasión fué dado de alta, con manejo médico a base de Espironolactona y Furocemide, reingresando en varias ocasiones (más de cuatro) por presentar sangrado del tubo digestivo alto, se clasifica como CHILD C. Es intervenido quirúrgicamente el día 29-X-84 sin complicaciones.

Transoperatoriamente se encontró hígado macronodular, red venosa colateral extensa, bazo crecido, várices esofágicas, con un tiempo quirúrgico de 2.30 hrs., la Anestesia utilizada fué Fentanyl, N<sub>2</sub>O y Pancuronio, sangrado: 1,500 cc., siete días después, fué dado de alta en buenas condiciones.

En el control postoperatorio su evolución fué buena,--- consultando por última vez el 3-XII-86, donde se le encontró en buen estado general, refiriendo no haber presentado síntomas de encefalopatía, ni ascitis y ni de sangrado, ha aumentado de peso y refiere no haber vuelto a ingerir alcohol.

## CASO # 9.- C.E.R.

Se trata de paciente masculino de 46 años de edad, soltero, que tiene como antecedentes de importancia, tener padre muerto por AVC, con regulares hábitos higiénicos, alimentación normoproteica e hipercalórica, alcoholismo positivo - desde los 14 años de edad llegando hasta la embriaguez, siendo al inicio con cervezas y al final con alcohol de 46°, es alérgico a la penicilina; padeció sarampión, parotiditis y fiebre tifoidea en la infancia y juventud.

PAD. ACTUAL:- Refiere que le fué diagnosticado cirrosis hepática desde 1973, la cual fué manejada médicamente, hasta que en 1984 presentó sangrado del tubo digestivo alto, manifestado como hematemesis y melena en cinco ocasiones durante ese año, ameritando transfusiones sanguíneas y colocación de sonda de Sengs Taken Blakemore; no presentando en ninguna ocasión datos de encefalopatía, proponiéndosle cirugía y aceptándola, a la exploración física preoperatoria se encontró petequias en cara anterior del tórax, ginecomastia bilateral, disminución del vello axilar y púbico, en el abdomen; el signo de la ola fué dudosa, no se reporta visceromegalias ni red venosa colateral.

Tiene un Gama Grama Hepático, (7-VIII-84) el que fué informado con datos sugestivos de daño hepatocelular, una serie esofagogastroduodenal del 9-VIII-84, donde reportan várices esofágicas, proceso inflamatorio gástrico antral sin evidencia de úlcera.

Preoperatoriamente el laboratorio reporta una Hb:14.60, HTO: 48, Leucos: 5,000, TP: 15"/86 %, Colesterol: 135, Bd: .50, BI: .30, Prot. Tot: 6.95, Albúmina: 3.79, Glob: 3.16, Rel. A°G: 1.19, TGO: 34, TGP: 26, Fosfatasa alcalina: 2.15, Glicemia: 100, Brea: 26, Creatinina: 1.35.

Fué clasificado con CHILD A.

Se operó el 5-III-85, encontrándose transoperatoriamente, hígado aumentado de volumen con micrónodulaciones, esplenomegalia, várices esofágicas y red venosa colateral extensa; con un tiempo quirúrgico de 2.45 hrs. con sangrado transoperatorio de: 600 cc., y la anestesia utilizada fué: Fentanyl, N<sub>2</sub>O y pavulón, no hubo complicaciones transoperatorias, fué dado de alta 7 días después con buena tolerancia a la vía oral y en buen estado general.

Durante 9 meses, el paciente estuvo refiriendo disfagia moderada, a sólidos principalmente, cuando no había buena tri

turación de los alimentos, no habiendo durante este tiempo - datos clínicos de encefalopatía, de ascitis ni de sangrado;- el 26-II-86, el paciente refiere que su disfagia había desapa- recido completamente.

Siendo visto por última vez el 8-I-87, donde refiere -- sentirse bien sin resangrado, pero sí, había aumentado de peso y no había vuelto a ingerir alcohol.

El último resultado de laboratorio fué Hb: 10.80, HTO: 35, Leucocitos: 10,000, TP: 16"/65 %, Pla: 144,000, Glicemia: 98, Urea: 37.8, Creatinina: 1.03, BD: .60, BI: .20, TGO: 53, TGP: 38, Prot. Tot: 5.86, Alb: 3.22, Glob: 2.64, Rel.A/G: 1.22.

## RESULTADOS:

Fueron 9 casos en total, siendo 6 del sexo masculino y 3 del femenino; la edad promedio fué de 56 años con un rango de 46 a 72 años; la mayoría era de un estrato socioeconómico medio bajo, con dieta hipoproteica e hipercalórica, en un paciente solo existió el antecedente patológico de ser diabético; 7 pacientes fueron alcohólicos crónicos, con un promedio de ser tomador de 24 años, con rango de 8 a 40 años, no se pudo determinar con precisión la cantidad de alcohol ingerida diariamente; el número de veces que sangraron preoperatoriamente fué con promedio de 4 variando de 2 a 15 ocasiones; ninguno presentó encefalopatía preoperatoriamente; a todos se les efectuó Gama Grama Hepatoesplénico donde se encontró imagen compatible a cirrosis hepática; a 8 se les efectuó — SEGD, en 7 se detectó várices esofágica por este medio, en los otros dos se llegó a corroborar estas, por estudio endoscópico.

Los resultados de laboratorio preoperatoriamente se encontró: a la fórmula roja en límites normales, el Colesterol con promedio de 125, con rango de 107 a 155, la Prot. Tot. — con promedio de 6.7 g/dl, con límite de 7.78 y 7.40, la Albú

mina con promedio de 3.19 con una mínima de 2.17 g., la Globulina con una media de 3.55 variando entre 2.59 y 4.28, la Relación A/G estuvo invertida con promedio de .95, la BD de .95, BI: .32, la TGO y la TGP normales, la Fosfatasa Alcalina se encontró elevada con promedio de 212, hubo ligera Plaquetopenia y en algunos se encontró TP alterado.

Según la clasificación de CHILD dos fueron "A", cinco "B" y dos "C", todos los pacientes fueron operados en forma electiva.

Los hallazgos transoperatorios fueron en todos hígado - macroscópicamente cirrótico, ya siendo micro-macronodular, el bazo en cinco se encontró crecido en forma importante y en cuatro estaban normales, todos tuvieron red venosa colateral en forma importante; el tiempo quirúrgico promedio fué de 2.39 hrs. (2.15-2.50 hrs.); con sangrado transoperatorio promedio 1,177 cc. oscilando entre 600 y 1,500; la anestesia utilizada fué Fentanyl, N<sub>2</sub>O y Pancuronio, los días de estancia en el hospital fué en promedio de 7.22 días variando de 6 a 10 días.

Siete pacientes (77.7 %) sobrevivieron a un período de seguimiento de 5 a 18 meses de los cuales cuatro presentaron

disfagia a sólidos que es el 57 % del grupo estudiado, durante un lapso de 5 meses en promedio con un rango de dos a nueve meses, ninguno presentó resangrado; solamente en un caso\_ hubo encefalopatía y ascitis, siendo este el que continuó ingiriendo alcohol; en seis pacientes (85 %) hubo aumento ponderal, y se encuentran al final con buen estado general, solamente uno presentó regurgitación ácida cediendo con manejo médico, a tres se les realizó SEGD donde se encontró únicamente cambios inherentes a la cirugía, a uno se le efectuó endoscopia por disfagia, presentando dificultad para el paso del instrumento a nivel de la transección, pero este síntoma — desapareció solo progresivamente.

Los dos casos que fallecieron fueron del sexo femenino, una fué diabética, siendo ésta la que presentó fístula de la anastomosis y detectada 18 días después de la cirugía, llegando al hospital 11 días después de ser dada de alta, en malas condiciones con infección de la herida quirúrgica y sepsis intrabdominal, ingresando a terapia intensiva, colocándosele una sonda de Nelaton a succión a nivel de la fístula para — tatar de ser controlada, falleciendo 12 días después por falla orgánica múltiple e insuficiencia renal aguda; la otra — paciente, fué dada de alta 7 días después de la cirugía y —

volvió 4 días después, presentando gran desequilibrio hidroelectrolítico, ascitis importante, edema de miembros inferiores, mal estado general y sin datos de encefalopatía, muriendo 3 días después de ingresar al hospital por neumonía basal, insuficiencia renal aguda y desequilibrio hidroelectrolítico.

Ninguna de las dos presentó sangrado del tubo digestivo alto, ni datos de encefalopatía.

## C O N C L U S I O N E S.

Es pequeño el número de pacientes estudiados, donde reportamos una sobrevida del 77.7%, con seguimiento de 12 meses en promedio, en los cuales no hubo recurrencia del sangrado, teniendo como complicación a la disfagia que cedió sola, sin encefalopatía ni ascitis postoperatoria, conservando la función hepática y con recuperación de peso en los pacientes.

La transección esofágica con Stappler, desvascularización esofagogástrica y esplenectomía por vía transabdominal, consideremos que es otra alternativa quirúrgica para controlar las várices esofágicas que han presentado sangrado repetido.

Es un procedimiento rápido, pero con el principal inconveniente del alto costo de la pistola engrapadora.

El porcentaje de mortalidad (22.3 %) es más alto que la reportada por Spence (21); el Instituto Nacional de la Nutrición, Salvador Subirán reporta una mortalidad del 16.6 % con el mismo procedimiento (22) y William Et Al reporta una mortalidad del 33.3 % (24); se reporta también en otros estudios la presencia de disfagia en número importante de pacientes.

tes (21); no habiendo resangrado al igual a otros (12)(22) y en comparación a otros donde si existió, (1)(7)(17)(20)(21)(22)(24); no se reporta en este estudio encefalopatía como - la reportada por otros autores (7)(22).

## B I B L I O G R A F I A.

- 1.- K. Umevama Et Al; Transabdominal Oesophageal Transección for oesophageal varices: Experience in 101 pacientes; Br. J. Surg. 70; 419-422; 1983.
- 2.- J. Hebreo San Martín; Modificación de la Técnica de Derivación Esplenorenal; Rev. Esp. Enf. Ap. Digest. LI, -- 739-749; 1977
- 3.- Price J. B. Et Al; Glucagon As The Portal Factor Modifying Hepatic Regeneración, Surgery; 72:74, 1972.
- 4.- Smith, G. W. Mouzas; The Metabolic Reponse Of The Liver To Porta-Caval Shunt: Surgery 68:341, 1970.
- 5.- S. Morales Mendez y Cols; Aprovechamiento sanguíneo Hepático y su Aplicación en la Cirugía de la Hipertensión -- Portal; Rev. Esp. Enf. Ap. Digest. XLVIII; 657; 1976.
- 6.- Morales Mendez y Cols; Nuevos Avances en el Estudio de la Cirugía de la Hipertensión Portal; Rev. Esp. Enf. Ap. -- Digest: XLV;483; 1975.
- 7.- Mitsuo Sugiura And Futagawa; Further Evaluation Of The - Sugiura Procedure In The Treatment Of Esophageal Varices; Arch. Surg; 112; 1317-1320; 1977.

- 8.- G. Bongiovanni; Hemorragia Digestiva, Hemorragia por Ruptura Of Varices Esofágicas y Anastomosis Porto Sistémicas; Man.Clin. Gastroent; Unico; 22-96; 1984.
- 9.- R. Linton; El tratamiento de las Várices Esofágicas Sangrantes Secundarias a una Cirrosis Portal del Hígado; La Hipertensión Portal; Unico; 209-245; 1976.
- 10.- J. Mir, J. Ponce Et Al; Esophageal Transection And Para Esophagogastric Devascularization Performed As An Emergency Measure For Uncontrolled Variceal Bleeding; Surg. Gyn. Obst; 155; 868-872; 1982.
- 11.- D. Marvin J; Procedimientos Esofágicos para Controlar -- la Hemorragia por Várices; Clin. Qca. De Norte América;- 4; 909-918; 1983.
- 12.- J. Spence; Prolonged Ambulatory Ph Monitoring In Patients Following Oesophageal Transection And Control Subjects;- Br. J. Surg; 72; 99-101; 1985.
- 13.- Callow H. P., Desnick Et Al; Conclusion From A controlled Trial Of The Prophylactic Portocaval Shunt; Surgery; 67; 97; 1970.
- 14.- Conn H. O; Therapeutic Portacaval Anastomosis To Shunt - Or Not To Shunt; Gastroenterology; 67; 1065; 1974.

- 15.- Cooperman M. Fabri, Et Al; E.E.A. Esophageal Stapling - For Control Of Bleeding Esophageal Varices; Am. J. Surg; 140; 821; 1980.
- 16.- Wexler; M. J. Treatment Of Bleeding Esophageal Varices - By Transabdominal Esophageal Transection With The E.E.A. Stapling Instrument; Surgery; 88; 406; 1980.
- 17.- J. P. Cello Et Al; Endoscopic Sclerotherapy Versus Esophageal Transection In Child's Class "C" Patients With - Variceal Hemorrhage, Comparison With Results Of Portacaval Shunt Preliminary Report; Surgery; March; 333-338; - 1982.
- 18.- Dr, Muro A. y Cols; Hemorragia Digestiva por Várices Esofágicas Descendentes; Rev;Esp. Enf. Ap. Digest; 227-239; 1976.
- 19.- Héctor Orozco, Luis Guevara, Misael Uribe; Tratamiento - Quirúrgico de la Hipertensión Portal Hemorrágica con Derivaciones Portosistémicas Selectivas; La Rev. Invest. - Clin; 37; 183-188; 1985.
- 20.- Sugiura And Futagawa; a New Technique For Treating Esophageal Varices; The J. Thoracic And Cardiovascular Surg. 66; 677-685; 1973.

- 21.- J. Spence, And Johnston; Results In 100 Consecutive Patients; Surg. Gyn. Obst; 160; 323-329; 1985.
- 22.- H. Orozco, P. Juárez y Cols; La Operación de Sugiura Experiencia en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubiran; La Rev. Invest. Clin (Mex.); 37; 297-301; - 1985.
- 23.- Layton F.; Operations For Management Of Esophageal Variceal Hemorrhage; The Western Journal Of Medicine; 136; 2; 167-171; 1982.
- 24.- W. J. Huizinga; I. B. Angorn; Esophageal Transection Versus Injection Sclerotherapy In The Management Of Bleeding Esophageal Varices In Patients At High Risk; Surg. Gyn. Obst.; 160; 6; 539-545; 1985.