11209

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO E INVESTIGACION

I.S.S.S.T.E

HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

" LA OPERACION DE SUGIURA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION PORTAL"

DEL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA EL:

DR. JOSE GUADALUPE SEVILLA FLORES.

PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD DE:

CIRUGIA GENERAL

MEXICO D.F. OCTUBRE 1991.

I.S.S.S.T.E
HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"
NOV. 11 1991
COORDINACION DE CAPACITACION Y DESARROLLO

DR. JAVIER DAVILA TORRES
COORDINADOR DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION

DR. ALFREDO DELGADO CHAVEZ
PROF. TITULAR DEL CURSO

DR. AMADO GOMEZ ANGELES
COORDINADOR DE CIRUGIA

6 NOV. 1991
Subdirección General Médica
Servicios de Enseñanza e Investigación

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

HOSPITAL REGIONAL

LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS

I. S. S. S. T. E.

AUTOR: LA OPERACION DE SUGIURA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION PORTAL

AUTOR: SEVILLA FLORES JOSE GPE.

DOMICILIO:TEPANOAYA # 24

COL. STO. DOMINGO DELEG. COYOACAN

04360 MEXICO, D.F.

ASESOR: CERON RODRIGUEZ FERNANDO,DR.

MEDICO ADSCRITO DEL

SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

DR. ALFREDO DELGADO CHAVEZ
VOCAL TITULAR DE INVESTIGACION
DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

DR. ENRIQUE ELGUERO PINEDA
JEFE DE INVESTIGACION DEL H.R.L.A.L.M.

I N D I C E

1.- RESUMEN

2.-SUMARY

3.-INTRODUCCION

4.-MATERIAL Y METODOS

5.-RESULTADOS

6.-DISCUSION

7.-CONCLUSIONES

8,-META-ANALISIS

9.-GRAFICAS Y CUADROS

10.-BIBLIOGRAFIA

RESUMEN.

Durante mayo de 1986 a junio de 1991, 20 pacienes con diágnostico de hipertensión portal hemorrágica fuerón manejados con la operación de Sugiura, en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, realizándose un total de 28 procedimientos quirúrgicos, 16 tiempos abdominales, 8 torácicos, y 4 torácicoabdominales, realizándose todos ellos en forma électiva.

El total de los pacientes fuerón cirroticos, 12 de tipo alcoholico y 8 de tipo no alcoholico, el promedio de edad fué de 49.7 años, con un rango de 18 a 70 años (12 masculinos y 8 femeninos).

A todos se les realizó perfil hematológico y bioquímico, por endoscopia y biopsía hepática. Fuerón clasificados de acuerdo a los criterios de Child en grupos A (15 pacientes), B (4 pacientes) y C (1 paciente).

La mortalidad operatoria fué de 30%, con una recurrencia de sangrado de 15.7% y el desarrollo de encefalopatia tardía de 15.7% controlando medicamente el 10.5%.

La mortalidad tardía en un seguimiento de 36 meses fué de 15%, una sobrevida para aquellos pacientes en los que se desarrollo el procedimiento completo de 73.3%, y una sobrevida global de 65% con desaparición de várices de 84.2%.

De está manera concluimos que la operación de Sugiura es una alternativa en el manejo de la hipertensión portal hemorrágica, anate la ausencia o indisponibilidad de estudios hemodinámicos y panangiográficos.

PALABRAS CLAVE- Hipertensión portal- várices esofagicas-Sugiura.

Sumary.

During may 1986 to june 1991, 20 patients han been diagnosed with hemorragic hypertention portal those patients had been trated in the Lic. Adolfo López Mateos, Regional Hospital of ISSSTE. We performace 28 sugery procedures with 16 abdominal procedures, 8 thoracic and 4 thoracic-abdominal all of them in elecative form.

In all of the patients cirrhosis hepatic was reported (12 alcoholic type, 8 no alcoholic type), with a age range of 18 a 70 year old and the cases with performace CBC, SMA7, profile hepatic penendoscopic and hepatic biopsy. And clasifed accordidg the Child criteria. (15A, 4B, 1C).

The operative mortality (1 a 30 days afler surgery) was 30% an 16.6% in those with completed procedure. The recurrency of bleding was of 15.7%, reported late encephalopaty of 15.7% with and easy controlled with medical treatment (10.5%).

The late mortality in 36 months following up was of the 15% and global survived of 65% (73.3 with completed procedure) with disaparence of varicses of 84.2% (under endoscopic control).

We concluded the Sugiura technique is a good alterhative in the treatment of the hemorragic hypertention portal, when we can not count with hemodynamic and panangiographic studies.

KEY WORDS: Hypertention portal- esophagic varices-Sugiura.

INTRODUCCION.

Se define como Hipertensión Portal, al aumento progresivo y sostenido de la presión venosa en el territorio esplenoportal secundario al impedimento del flujo venoso en cualquier nivel, desde los capilares esplánicos al corazón derecho. La obstrucción del flujo venoso implica grandes repercusiones sistemicas y una amplia redistribución del mismo con la consiguiente formación de diversas rutas venosas colaterales.

Aunque la hipertensión portal es iniciada y sostenida, por un incremento en la resistencia del flujo venoso portal a niveles presinusoidal, sinusoidal o post-sinusoidal. A colaterales pueden no ser suficientes para disminuir significátivamente la resistencia y la persistencia de una alta presión venosa portal.

Entonces una elevada resistencia portal es considerada como un simple y fundamental mecanismo de hipertensión portal

Desde un punto de vista clínico la ruta colateral significativa es la forma entre las venas esofágicas inferiores (Circulación portal) y el sistema azigo (Circulación sistemica), permitiendo el desarrollo de várices esofagogástricas, cuya ruptura representa la complicación más importante y devastadora de la hipertensión portal.

Existen multiples causas de hipertensión portal. En nuestro medio la cirrocis hepática de tipo alcoholica, es con mucho la causa principal del síndrome de hipertensión

portal. De los pacientes cirroticos con várices esofagicas demóstradas, el 34% mueren por hemorragia, 32% de falla hepática, 11% por falla renal, 9% por infección y 14% de causas diversas (1). Dentro del primer grupo; el 90% de los pacientes representa la ruptura de várices esofagogástricas en los dos años siguientes al diagnóstico. La muerte es el primer episodio va de 30% al 80%, y el riesgo de recurrencia en el primer año alcanza el 70% (2).

El tratámiento de la hipertensión portal, se dirige básicamente al control de sus complicaciones, siendo el sangrado de várices esofagicas la más importante, por sus implicaciones hemódinamicas. Es necesario tener en cuenta la severidad del sangrado por gastritís y ulcera péptica es mayor en pacientes con hipertensión portal (3).

El tratámiento médico no ha demostrado su efectividad en el sangrado.

El mejor conocimiento de la fisiopatología de la hipertensión portal a anunciado una nueva era de la manipulación farmacológica a largo plazo, para el control de las varices hemorragicas. Los mecanismos fundaméntales para la altera--- ción farmacológica de la presión venosa portal íncluye reducción del flujo venoso portal, dilatación de colaterales portosistemicas y vasodilatación de la vasculatura intrahepá tica, incluyendo una variedad de agentes farmacológicos, incluyendo betabloqueadores, nitratos de liberación prolonga da, bloqueadores de los canales de calcio, antiserotónicos.

La desventaja son la necesidad de un estrícto acatamien to, el cual es un problema en pacientes alcoholicos, y la

carencia de una medida fácil para identificar las variables en aquellos pacientes que no responden a la medicación.

En los últimos 40 años el tratámiento quirúrgico ha alcananzado progresos espectaculares, sin embargo, aún es controversia cual de los multiples procedimientos es el óptimo, entre los cuales contamos con: 1.- PROCEDIMIENTOS DERIVATIVOS, 2.- PROCEDIMIENTOS NO DERIVATIVOS, 3.- TRASPLANTE HEPATICO. (Tabla 1) (2,3).

TABLA 1 PROCEDIMIENTOS EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION PORTAL

I. PROCEDIMIENTOS DERIVATIVOS

1. Centrales o totales
   a) Portacava terminolateral o laterolateral
   b) Mesocava directa o con injerto
   c) Esplenorrenal proximal (Lintos)
2. Selectivos
   a) Esplenorrenal Distal (Warren)
   b) Coronarios-cava (Inokukchi)

II. PROCEDIMIENTOS NO DERIVATIVOS

1. Obliteración de várices
   a) Ligadura de transesofagica (Crille)
   b) Escleroterapia Transendóscopica
   c) Escleroterapia trans-hepática
2. Desconección Portoazigos
   a) Transección esofágica (Walker)
   b) Transección gástrica (Tanner)
3. Desconección portoazigos y desvascularización
   a) Transección gástrica mas desvascularización (Tanner)
   b) Transección esofágica mas desvascularización para-esofagogástrica (SUGIUIRA)
   c) Transficción gástrica y desvascularización gástrica (Romero-Torres)
   d) Modificaciones de Sugiura

III. Trasplante Hepático.

Considerando que el procedimiento profilactico no aumenta la sobrevida del paciente, se consideran candidatos a tratámiento quirúrgico a aquellos que han cursado con por lo menos un episodio de sangrado a partir de varices esofágicas.

Debiendo tenerse en cuanta la alta mórbilidad y mortalidad que ímplica un procedimiento quirúrgico a corto y largo plazo, la cirugía de urgencia se reserva para aquellos pacientes que no responden al manejo médico inicial y reunen algunos de los siguientes critérios: a) pérdida de 30% o más de volumen circulante en las primeras 24hrs., b)requerimiento de 1500 de sangre transfundida en 24hrs., para mantener la estabilidad hemodinámica, c) estado de choque franco, y d) resangrado durante el tratámiento médico.

Se ha manejado infinidad de índices de valoración,tratando de encontrar al mejor candidato, así como los valores pronósticos, para llevar a un paciente con diagnóstico de hipertensión portal a cirugía. La clasificación de Child, con sus limitántes es aún útil al considerarse, como una medida de la reserva hepática, de acuerdo con la clasificación de la Universidad de Emory (11), para una valoración preoperatoria más completa, como a continuación se enlistan:

1.- Historia clínica completa.
2.- Pérfil hematológico y bioquímico.
3.- Clasificación de Child.
4.- Pérfil Hepático de base.
5.- Endoscopia gastrointestinal alta.
6.- Panangiografía viceral con fase venosa.
7.- Hemodinamía portal.
8.- Biopsía Hepática
9.- Indíce de Perfusión Hepática.

10.- Capacidad de eliminación de galactosa.

11.- Valoración de la masa esplénica y hepática.

12.- Amonio y aminoácidos en ayuno.

Los primeros 8 parámetros son obligatorios en la valoración preoperatoria, sobre todo cuando se planea algún procedimienato de stipo derivátivo.

La selección del procedimiento más adecuado para el paciente es multifactorial y controvertido, tomando en cuenta la capacidad del cirujano y la disponibilidad de los recursos para el estudio y valoración de cada paciente.

Los procedimientos derivátivos son preferidos en pacientes con sistema esplenoportal permeable, ya sean centrales o sélectivos producen resultados similares cuando se comparan las tasas de mortalidad y encefalopatía tardía, siendo asociados a una menor incidencia de encefalopatía, sin embargo al paso del tiempo pierden su selectividad y se convierten en totales.

Debiendose evitarse las derivaciones centrales en pacientes candidatos a trasplante hepáticos, siendo los mejores candidatos para cirugía aquellos que se encuentran en la clasificación A y B de Child. (Figura 1)

La escleroterapía es cada vez más usada en el control del sangrado por várices esofágicas, sin embargo representa una incidencia de resangrado de 50%. Considerándose de elección en pacientes con riesgo quirúrgico elevado o pacientes con clasificación C de Child.

Para los procedimientos no derivativos contamos en nuestro MEDIO CON LA EXPERIENCIA DEL Dr. Hector Orozco del

INNSZ, el cual reporta resultados similares al comparar de--rivaciones selectivas con el procedimiento no derivativo de tipo Sugiura.

Pudiendose utilizarse este último para el control del sangrado en situaciones de urgencia o bien cuando el territorio esplenoportal no es útil para un procedimiento selectivo (13,19).

El trasplante hepático aún no es un tratamiento al alcance de nuestro medio. (12).

Los procedimientos derivátivos exigen valoración hemodi--námica y panangiografía del territorio esplenoportal, las cuales no siempre se encuentran al alcance de toda la población (13), en contraparte, los procedimientos no derivativos no necesariamente requieren de tales valoraciones, ofreciendo una alternativa a candidatos a procedimientos quirúrgicos por hipertensión portal.

La operación de Sugiura, reune en una sola técnica la transección esofágica y desvascularización paraesofágica, más esplenectomía, vagotomía troncúlar y un procedimiento de drenaje.

Contando con la mayor experiencia por su propio autor reportando (15), una mortalidad operatoria de 2.12% y una mortalidad tardía de 19%, recurrencia de sangrado de 5%, y 3% de encefalopatía, con una tasa de sobrevida promedio de 85%. En México el Dr. Orozco reporta una mortalidad operatoria de 62% (urgencia) y 16.7% (electivos), 5% de encefalopatía y sin recurrencsia de sangrado.

Posterior a la reproducción de la técnica se han realiza-

do modificaciones, a la misma de las cuales consideramos la más notable el uso de engrapadoras para realizar la transección esofágica.

A N T E C E D E N T E S .

	SUGIURA	OROZCO
Total de pacientes	636	45
Mortalidad Operatoria		
Urgente	13.7%	62.0%
Electivo	3.2%	16.0%
Prófilactico	4.3%	-----
Mortalidad Tardía	19.0%	16.7%
Resangrado	5.0%	0.0%
Encefalopatía	3.0%	5.0%

MATERIAL Y METODOS.

Los detalles de la técnica han sido descritos anteriormente. El procedimiento de Sugiura consiste en transección esofágica y desvascularización por via torácica, y por via abdominal desvascularización esofagogástrica incluyendo esplenectomía, vagotomía troncular mas un procedimiento de drenaje.

Con está técnica el esofágo y el estomágo son desvascularizados de venas colaterales y desde la vena pulmonar inferior izquierda y la mitad superior del estomágo, el procedimiento toracico y abdominal son llevados a cabo en uno de dos tiempos, dependiendo de las condiciones del paciente. (figura 2)

En nuestro hospital, cuando se realiza un tiempo se utiliza engrapadora para realizar la transección esofágica.

Durante el período de mayo de 1987 a junio de 1991, 20 pacientes con diagnóstico de várices esofágicas secundarias a síndrome de hipertensión portal, fueron manejados por el procedimiento de Sugiura, 12 masculinos y 8 femeninos con un promedio de edad de 49.7 años con un rango de 18 a 70 años, y moda de 59,60 años. (cuadro 1).

El origen de la hipertensión portal fué dividida en dos grupos de tipo alcoholica (12 pacientes) y no alcoholica (8 pacientes), de los cuales uno no reporto datos de cirrosis en la biopsia hepática. (Cuadro 2 A)

El 75% se encontraba en clase A de Child, 20 en clase B y un paciente en clase C de Child. El grado de varices esofágicas también fué clasificado con un promedio de grado III (clasificación endoscopica. (cuadro 3,4)

Se realizó el procedimiento de Sugiura en forma eléctiva y como primera opción para el tratámiento del sangrado de várices esofágicas secundarias a hipertensión portal, en ausenscia de estudios angiográficos y hemódinamicos, a todos los pacientes se les realizó perfil hematológico, bioquímico, endoscópico y biopsía hepática. (Figura 4).

RESULTADOS.

20 pacientes fuerón observados, realizandose un total de 28 procedimientos quirúrgicos, 12 masculinos (60%), 8 femeninos (40%), la correlación de alcoholismo fué de 12 tipo alcoholica (60%) y 8 de tipo no alcoholica (40%). La clasificación de Child fué de 15 en clase A, 4 en clase B y 1 en clase C. (Figura 6)

De los 28 procedimientos, 20 fuerón tiempo abdominal, 8 tiempo torácicos, y 4 procedimientos en un solo tiempo. (Cuadro 6)

La tasa de mortalidad operatoria para el tiempo abdominal fué de 20% (4/20), sin mortalidad en el tiempo torácicos, y 10% para el procedimiento en un solo tiempo (2/20). La tasa de mortalidad global fué de 30% (6/20). De acuerdo a la clasificación de Child la tasa de mortalidad operatoria para la clase A fué de 20%, para el grupo B de 50% y 100% para el grupo de clasificación C, las muertes fuerón provocadas por sangrado intraperitoneal, diatésis hemorrágica, IAM, síndrome hepatorrenal, y coagulopatía por consumo. Dos pacientes desarrollarón váciamiento gástrico retardado los cuales aún son manejados por el servicio de gastroenterología. No encontramos evidencia de estenosís esofágica secundaria a la transección esofágica ni datos de fuga u otras causas de morbilidad (Tabla 1)

El seguimiento fué 36 meses postoperatoria con unad mortalidad tardía de 15%, con una recurrencia de sangrado de

15.7% (3/19) por várices esofágicas, hubo dos sangrados por gastritis erosiva (corroborado por endoscopia), sin evidencia de recurrencia de várices.

La encefalopatía se desarrollo en 15.% (3/19). (Tabla 2).

La aparición de las várices esofágicas fué de 84.2% (16/19) el cual se encuentra dentro de lo reportado por Sugiura.

La sobrevida global fué de 65% (13/19). con una sobrevida de 73% (7/11) para aquellos pacientes en los cuales se realizó el procedimiento completo. (Tabla 2).

La correlación de alcoholismo sobrevida-mortalidad para pacientes alcoholicos fué de 83.3% de sobrevida y mortalidad de 16.6% y para no alcoholicos una sobrevida de 50% y una mortalidad de 50%. (Figura 2)

De acuerdo a la clasificación de Child, la correlación de mortalidad-sobrevida fué de: Clase A sobrevida de 66.6% (10/15), mortalidad global de 33.3% (5/15), para la clase B sobrevida de 50% y mortalidad de 50% (2/4) y para el de clase C una mortalidad de 100% (1/1) . (Figura 3)

Los resultados de la biopsia hepática, mostró predominio del tipo mixto (macro-micronodular), correlacionada con actividad severa la cual se asocio a una mayor mortalidad. (Figura 4)

A continuación presentamos una tabla comparando los grupos de Child, y la segunda los resultados totales de nuestra serie.

DISCUSION

En el servicio de cirugía del Hospital Regional Lic. -- Adolfo Lopez Mateos del ISSSTE, útilizamos como procedimiento électivo y primera opción la técnica de Sugiura en el tratá-- miento de las varices esofágicas secundarias a un síndrome - de hipertensión portal.

Además hemosobservado que el procedimiento es una buena - alternativa para el control del sangrado a través de varices esofágicas al realizar el procedimiento completo, iniciándose con el tiempo abdominal con un intervalo de 4 meses para lle-- var a cabo el procedimiento toracico dentro del cual no encon- tramos mortalidad en nuestra serie, y un porcentaje de sobre- vida alto.

En aquellos pacientes en los cuales no se realizó el procedimiento completo solo llevando a cabo el procedimiento aabdominal fueron sometidos a un programa de escleroterapía - transendóscopicacon resúltados aceptables.

La biopsía hepática en lospacientes demóstro alteraciones en casí la mitad de los pacientes , lo que nos habla de una reserva hepática límitada lo que se relaciono con una morta- lidad más alta.

Siendo el procedimiento de Sugiura una técnica diseñada para el control de las complicaciones hemorragicas de la hi -- pertensión portal, ha demóstrado que puede ser realizada para la eliminación de las várices esofágicas en un 90% segun las series del Dr. Sugiura y un 50% en la serie del Dr. Orozco, - siendo nuestros resultados de 84% en nuestra serie.

De acuerdo a nuestros resultados encontramos una sobrevi-

da global aceptable comparada con las series mas grandes referidas en la literatura . Consideramos que el procedimiento de Sugiura es, una buena alternativa, ya que nos ofrece:

Una buena tasa de sobrevida en base a un excelente control del sangrado.

Morbilidad minima en cuanto a la recurrencia de sángrado y encefalopatía tardía.

Procedimiento de elección en aquellos pacientes en los cuales no es posible realizar un procedimiento de tipo derivativo (generalmente relacionados con los hallazgos aangiograficos).

Ante la poca disponibilidad de estudios angiograficos, y hemodinámicos, constituye la alternativa de primera opción en el manejo es estos pacientes.

Aunado a lo anterior la alta incidencia de cirrosis hepática en nuestro medio, y el sangrado de tubo digestivo alto secundario a várices esofágicas, con la consecuente alta tasa de mortalidad bajo tratámiento conservador.

Por estas razones consideramos que la operación de Sugiura, demúestra a corto y mediano plazo un buen control del sangrado con una función hepatocelular conservada, y desaparición importante de várices esofágicas, con un minimo de recurrencia de sangrado y encefalopatía tardía.

CONCLUSIONES

Los resultados de nuestra serie, encontramos que los procedimientos actuales en el manejo de la hipertensión portal hemorrágica, de tipo electivo, no son procedimientos competivos y solo considerarse comparativos.

Es un procedimiento de elección en aquellos pacientes en los cuales no es posible realizar procedimientos angiograficos y/o hemodinámicos.

Debe ser llevada a cabo en aquellos pacientes con antecedentes de cirrosis activa.

Permite un rápido y fácil control del sangrado en pacientes con sangrado proveniente de várices esofágicas con una reserva hepática conservada.

Estamos de acuerdo en que la valoración adecuada de los - pacientes, nos llevará a obtener mejores resultados disminuyen do la morbi-mortalidad con una mejor calidad de vida.

El procedimiento de Sugiura presenta un minímo de recu--- rrencia de sangrado y minimiza la aparición de encefalopatía-- tardía, con un índice de sobrevida global aceptable.

El manejo de estos pacientes debe ser multidiscipolinario y de este modo poder ofrecer alternativas a pacientes en clasi ficación C de Child, y a aquellos en los cuales el riesgo quirúrgico sea mayor al beneficio que la cirugía pudiera ofrecer a este tipo de pacientes.

META-ANALISIS

OPERACION DE SUGIURA

PROCEDIMIENTOS ELECTIVOS

GRUPO		No. PACIENTES	MUERTE OPERATORIA	MUERTE TARDIA	SOBREVIDA OPERATORIA	SOBREVIDA TOTAL
Dr. OROZCO		24				83.3%
	"A"	17	5.8%	0.0%	94.1%	
	"B"	6	50.0%	0.0%	50.0%	
	"C"	1	100.0%	0.0%	0.0%	
Dr. SUGIURA		164				87.1%
	"A"	79	0.0%	3.7%	96.0%	
	"B"	62	1.6%	11.3%	84.0%	
	"C"	23	8.7%	7.5%	65.0%	
H.R.L.A.L.M.		20				65.0%
	"A"	15	15.0%	0.5%	73.3%	
	"B"	4	50.0%	0.0%	50.0%	
	"C"	1	100.0%	0.0%	0.0%	

	RECURRENCIA DE SANGRADO	ENCEFALOPATIA	DESAPARICION DE VARICES
Dr. OROZCO	0.0%	5.0%	50.0%
Dr. SUGIURA	5.0%	3.0%	96.0%
H.R.L.A.L.M.	15.7%	15.7%	84.2%

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

OPERACION DE SUGIURA

COMPARACION DE GRUPOS DE CHILD

CLASES	"A"	"B"	"C"
EDAD (AAos)	50.1 [R=52]	58.5 [R=12]	60
MODA	60, 55 Y 48	64	60
CIRROSIS			
Alcohólica	40.0%	75.0%	0.0%
No Alcohólica	60.0%	25.0%	100%
SEXO			
Masculino	66.6%	25.0%	0.0%
Femenino	33.3%	75.0%	100%
EPISODIOS DE SANGRADO (x)	2.9	2.7	6.0
ULTIMO SANGRADO	4.7m	2.0m	0.5m
DIAS ESTANCIA (X)	20.2	22.0	18.0
MORBILIDAD	73.3%	75.0%	100%
MORTALIDAD	20.0%	50.0%	100%
MORTALIDAD tardia	13.3%	25.0%	0.0%

TABLA 1

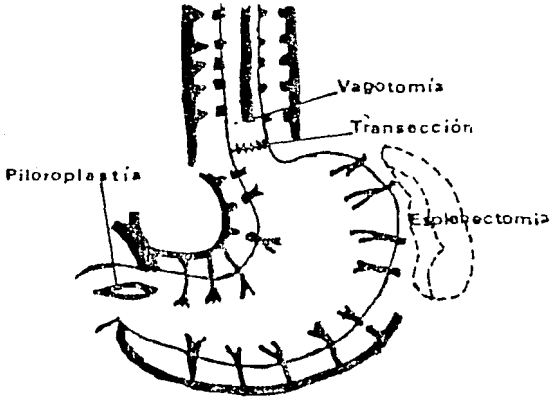
H.R.L.A.L.M.

OPERACION DE SUGIURA

RESULTADOS

TOTAL DE PACIENTES	20 ptes.	
MORTALIDAD OPERATORIA	30.0%	[6/20]
TIEMPO ABDOMINAL	20.0%	[4/20]
TIEMPO TORACICO	00.0%	[0/20]
TIEMPO TORACO/ABDOMINAL	10.0%	[2/20]
SOBREVIDA GLOBAL	65.0%	[13/20]
SOBREVIDA DEL PROCEDIMIENTO COMPLETO	73.3%	[7/11]
RECURRENCIA DE SANGRADO	15.7%	[3/19]
ENCEFALOPATIA	15.7%	[3/19]
DESAPARICION DE VARICES	84.2%	[16/19]
MUERTE TARDIA (36 meses)	15.0%	[3/20]

PROCEDIMIENTO DE SUGIURA



- PROCEDIMIENTO DE SUGIURA.

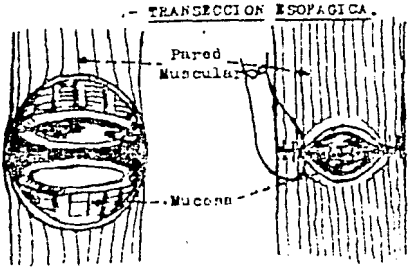
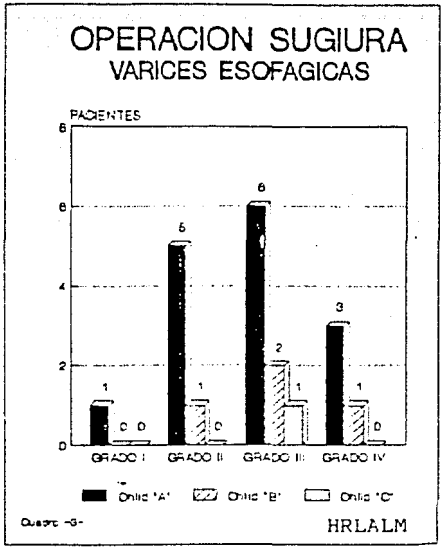
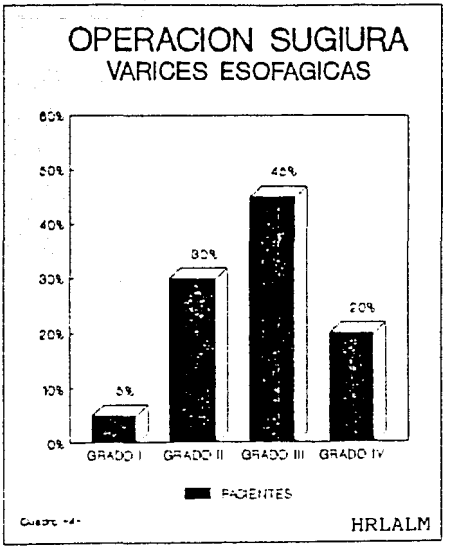
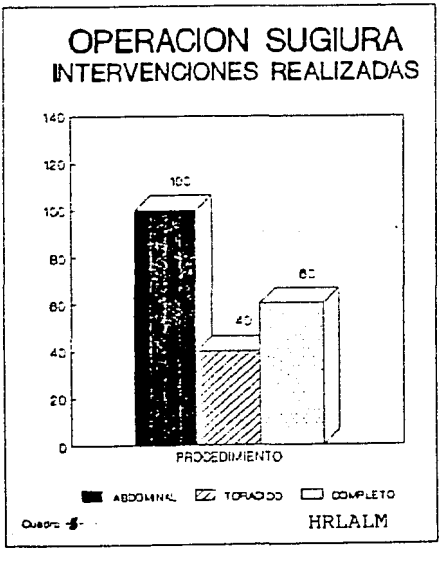
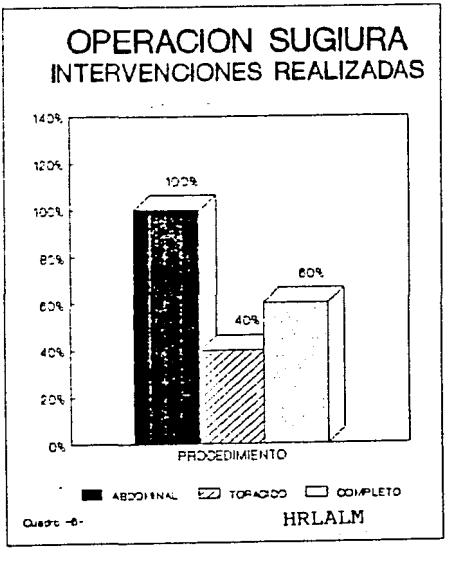


fig. 1 HRLALM

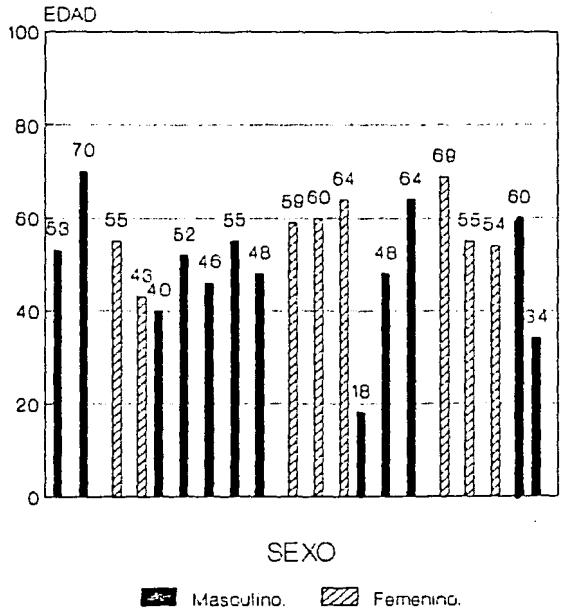

OPERACION SUGIURA
VARICES ESOFAGICAS
PACIENTES
GRADO I
GRADO II
GRADO III
GRADO IV
Grado "A"
Grado "B"
Grado "C"
HRLALM


OPERACION SUGIURA
VARICES ESOFAGICAS
GRADO I
GRADO II
GRADO III
GRADO IV
PACIENTES
HRLALM


OPERACION SUGIURA
INTERVENCIONES REALIZADAS
PROCEDIMIENTO
ABDOMINAL
TORACICO
COMPLETO
HRLALM


OPERACION SUGIURA
INTERVENCIONES REALIZADAS
PROCEDIMIENTO
ABDOMINAL
TORACICO
COMPLETO
HRLALM

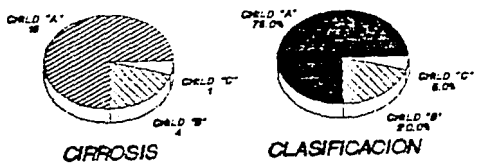
OPERACION SUGIURA
PACIENTES (edad y sexo).



Cuadro -1-

HRLALM

OPERACION SUGIURA
ANTECEDENTE DE CIRROSIS



HRLALM

Cuadro -2-

CLASIFICACION DE CHILD

Clase "A" -7, "B" 7 a 9, "C" 10 o + Ptos

	Valor 1	Valor 2	Valor 3
BILIRRUBINAS (mgrs%)	-2	2 a 3	+3
ALBUMINA (grs%)	+3.5	3 a 3.5	-3.5
ASCITIS	NO	CONTROL	NO CONTROL
ENCEFALOPATIA	NO	MINIMA	GRAVE
EDO NUTRICION	BUENO	REGULAR	MALO

Figura 1

HRLALM

OPERACION SUGIURA

CORRELACION ALCOHOLISMO

Pacientes	Sobrevida	Mortalidad
ALCOHOLICOS	83.3%	16.6%
NO ALCOHOLICOS	50.0%	50.0%
GLOBAL	70.0%	30.0%

Figura -2-

HRLALM

OPERACION SUGIURA
CORRELACION CHILD

Pacientes Clase	Sobrevida	Mortalidad
"A"	66.6%	33.3%
"B"	50.0%	50.0%
"C"	0.0%	100.0%

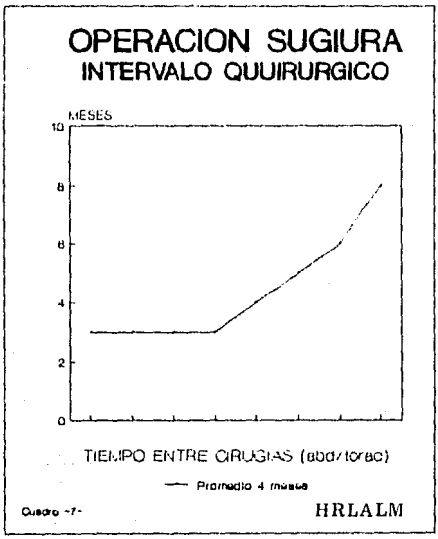
Figura -3- HRLALM

OPERACION SUGIURA
RESULTADO BIOPSIA HEPATICA

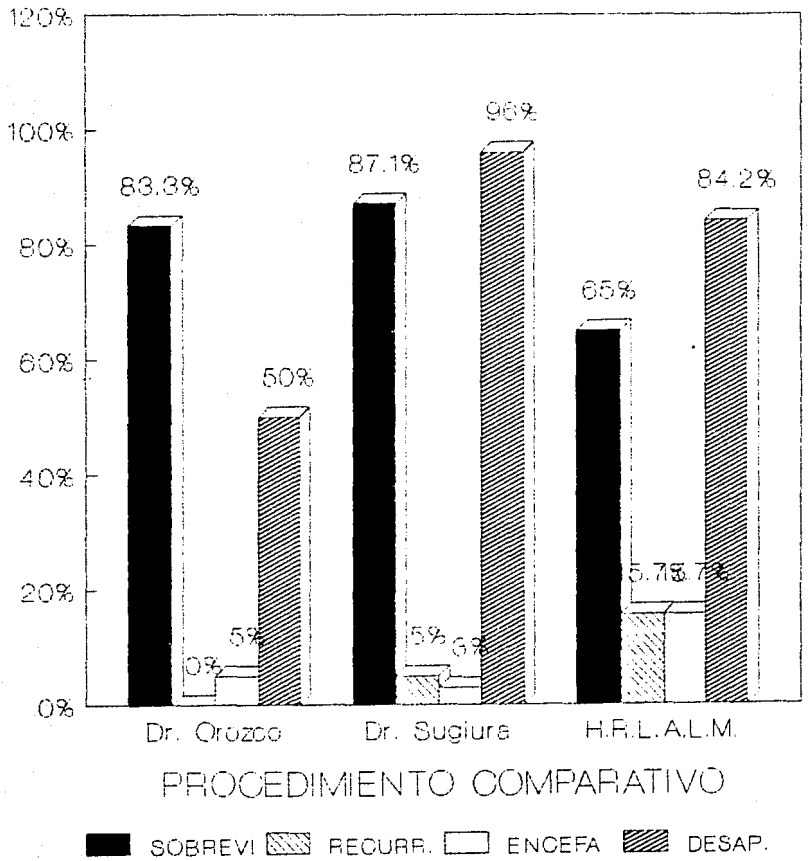
Cirrosis	"A"	"B"	"C"
TIPO			
Macronodular	26.6%	0.0%	0.0%
Micronodular	26.6%	0.0%	0.0%
Mixta	46.6%	100%	100%
ACTIVIDAD			
Leve	42.8%	0.0%	0.0%
Moderada	35.7%	0.0%	0.0%
Severa	21.4%	100%	100%

* Un paciente sin cirrosis (1/20).

Figura -4- HRLALM


OPERACION SUGIURA
INTERVALO QUUIRURGICO
MESES
10
8
6
4
2
0
TIEMPO ENTRE CIRUGIAS (abd/tor/ac)
Promedio 4 meses
Cuadro -7-
HRLALM

OPERACION SUGIURA
PROCEDIMIENTOS ELECTIVOS



HRLALM

BIBLIOGRAFIA

1.- Sugiura Mitsou Futagawa, Shunji.- A NEW TECHNIQUE FOR TRATMEN_ TE ESOPHAGEAL VARICES. The J Thor and Cardivase Surg.65(5).1973.

2.-Sugiura Mitsuo,MD Futagawa ShuknjiMD.- FURTHER EVALUATION OF THE SUGIURA PROCEDURE IN THE TRATMENTE OF ESOPHAGEAL VARICES.- Arch surg 1977;12(11).1397-1321.

3.- Orozco,Hector, et al.-TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERTEN--- SION PORTAL HEMORRAGICA CON DERIVACIONES PORTOSISTEMICAS SELECTI-- VAS.-Rev. Invest. Clin 37(183-188),1985.

4.- Orozco Hector. et. al..- Sugiura procedure outside of Japan.- The Am J Surg.- Nov 152(11);1086.

5.- Abouna M. George, et. al.- THE PLACE OF SIGIURA OPERACION FOR THE HIPERTENSION PORTAL AND BLEDDING ESOPHAGEAL VARICES.___ Surg. 1987 101(1);91-98.

6.- Ginsberg r.J. Waters P.F.- A MODIFIED SUSGIURA PROCEDURE.-The Aun Thor Surg.- 34(3);1987.

7.- Thomas H. George MD. Ranzon H. Jhon MD.- ESOPHAGEAL TRANSEC-- TION AND PARAESOPHAGOGASTRIC DESVASCULARITACION FOR BLEDDING ESO-- PHAGEAL VARICES.- L(1986 151(1);47-53.

8.- Jirochi Ono MD. Takeato Katsiki MD et. al.- COMBINED THERAPY FOR ESOPHAGEAL VARICES: SCLEROTERAPY,EMBOLIZATION AND SPLENONEUMO PEXY. Surg may 1987.- 105(5); 535-543.

9.- Chung S. Raphael et. al. SIMPLLIEFIED PORTOAZIGUOS DISCONNEC-- TION (TANNER'S OPERATION) COMBINED WITH OPERATIVE SCLEROTHERAPY FOR BLEDDING VARICES.- The Am J Surg. Sept 1984 148(5);389-392.

10.- Villenueve Jean Pierre MD.- et. al. EMERGENCY PORTOCAVAL SHUNT FOR VARICEAL HEMORRAGE.- a prospective study.- Ann Surg 1988 150(1);48-52.

11Hosking SW.and Johnson A.G.-WHAT HAPPENS TO ESOPHAGEAL VARICES AFTER TRANSECTION AND DEVASCULARITATION. Surg. may 105(5)1987.

12.- Mucha Peter MD. et. al. EEA STAPLING FOR CONTROL OF ACUTE VARICE HEMORRHAGE.- The Am J Surg. Sept 141(11);1987.

13.- Bergman Howard et. al. MINIMALY INVASIVE DEVASCULARIZATION FOR VARICEAL BLEDDING THAT COLUD NOT BE CONTROLLED WITH SCLEROTHE-RAPY.- Surg. Sept 1988 104(3); 500-506.

14.- Romero Torres Raúl MD. et. al.- TERM RESULTS OF HEMOSTATIC GASTRIC SUTURE IN THE TRATMENT OF ESOPHAGEAL VARICES.- Word Jour-- nal of Surg.- 1989;13(3); 313-316.

15.- Takenaka H. MD et al. HEMODINAMIC STUDY AFTER DEVASCURATIZA-- TION PROCEDURE IN PATIENTE AWITH ESOPHAGEAL VARICES._ Surg Jan107

(1)1990.

16.- Smith Gardner W.- PORTAL HIPERTENSION Chap 48, Surgery of the alimentary tract Vol.4 Shackelford an Zuidema Saunders Company 1983.
17.- Shackelford RT. ESOPHAGEAL VARICES Chap 11 Surgery of the alimentary Tractt., Saunder Company Vol 1.

18.- Orozco H. Mercado M. TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERTEN--SION PORTAL HEMORRAGICA. OPERACION DE WARREN Vs OPERACION DE SUGIURA Rev. Gastrooenteral Mex. 1985(50) 382.

19.- Francis,J. Collini et. al. PORTAL HIPERTENSION, Surgery Gynecology and Obstetric. Feb. 1990 170(2); 177-192.

20.- Terblanche J.- THE SURGEON'S IN THE MANAGEMENT OF PORTAL HIPERTENSION. Ann Surgery Abril 1989;209(4);381-393.

Nogasue Naaufom'c, et. al.- APPRAISAL OF DISTAL SPLENORENAL SHUNT IN THE TREATMENT OF ESOPHAGEAL VARICES, AN ANALISIS OF PROPHYLAC--TIC ENERGENCY AND ELECTIVE SHUNTIS.- World Journal of Surgery 1989;13(1);90-99.