

56
112093



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

**TRATAMIENTO QUIRURGICO DERIVATIVO
VS NO DERIVATIVO DE LA HIPERTENSION
POR TAL HEMORAGICA SECUNDARIA A
GASTROPATIA POR TAL HIPERTENSIVA**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO GENERAL
P R E S E N T A :
DR. EDGARDO ORATE CORREA



IMSS

MEXICO. D. F.

FEBRERO, 1997.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

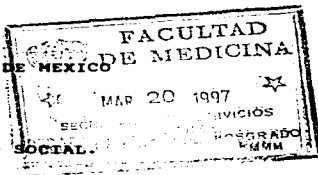
AGRADECIMIENTO.

**A TODOS MIS PROFESORES POR SU GRAN COLABORACION
Y AYUDA DESINTERESADA, CON LO CUAL HICIERON
POSIBLE LOGRAR MI META.**

**UN RECONOCIMIENTO ESPECIAL
AL DOCTOR FAUSTO GARCIA CARRASCO
POR SU APOYO EN LA REALIZACION DE ESTA TESIS.**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



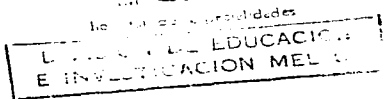
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA.

CIRUGIA GENERAL.

JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION MEDICA.
DR. ARTURO ROBLES PARANO.-----

JEFATURA DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL.
DR. JOSE FENIG RODRIGUEZ.-----

ASESOR DE TESIS.
DR. FAUSTO GARCIA CARRASCO.-----



TRATAMIENTO QUIRURGICO DERIVATIVO VS NO DERIVATIVO DE LA HIPERTENSION PORTAL HEMORRAGICA SECUNDARIA A GASTROPATIA PORTAL HIPERTENSIVA. DR. Edgardo Oñate Correa y DR. Fausto García Carrasco. Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital de Especialidades Centro Médico la Raza. Servicio Cirugía General.

JUSTIFICACION

La gastropatía Portal Hipertensiva (GPH) se presenta en el 50-80% de pacientes con cirrosis hepática y es la mayor causa de sangrado de tubo digestivo alto en pacientes con hipertensión portal.

MATERIAL Y METODOS.

Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes con Hipertensión Portal Hemorrágica (HPH) secundaria a GPH en el servicio de Cirugía General del HECMR de Enero de 1994 a Diciembre de 1996. Se realizaron las siguientes variables: edad, sexo, etiología, tipo de etiología, clasificación Child, localización y clasificación de la GPH, recurrencia, cifra de Hb, Hto, requerimiento transfusional y cantidad de sangre transfundida.

RESULTADOS.

Se revisaron un total de 10 pacientes en un período de 3 años (94-96). Al 60% se les realizó Cirugía no Derivativa y al 40% Cirugía Derivativa. El 80% de los pacientes tenían clasificación Child A. Se presentó recurrencia de la HPH en el 60% de los casos, 40% con cirugía no derivativa y 20% con cirugía derivativa.

CONCLUSIONES.

Se presentó mayor recurrencia de la HPH secundaria a GPH con cirugía no derivativa que con las derivativas. El seguimiento endoscópico postoperatorio reveló que si hubo mejoría en cuanto a la severidad de la GPH con las técnicas quirúrgicas derivativas y no derivativas.

INDICE.

INTRODUCCION.....	1
MATERIAL Y METODOS.....	4
RESULTADOS.....	5
DISCUSION.....	6
CONCLUSIONES.....	8
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	9

TRATAMIENTO QUIRURGICO DERIVATIVO VS NO DERIVATIVO DE LA
HIPERTENSION PORTAL HEMORRAGICA SECUNDARIA A GASTROPATIA
PORTAL HIPERTENSIVA.

INVESTIGADOR PRINCIPAL:
DR. Fausto Garcia Carrasco.
Cirujano General.
H.E.C.M.R.

INVESTIGADOR AYUDANTE:
DR. Edgardo Oñate Correa.
Médico Residente 4o. Año.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Gastropatia Portal Hipertensiva.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA.

SERVICIO CIRUGIA GENERAL.

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION MEDICA.

DIRECCION: SERIS Y ZAACHILA S/N

COLONIA LA RAZA.

DELEGACION AZCAPOTZALCO.

MEXICO D.F.

TELEFONO: 7 24 59 00

Gastropatía Portal Hipertensiva.

RESUMEN

OBJETIVOS: Conocer los resultados del tratamiento quirúrgico derivativo VS no derivativo en el manejo de la HPH secundaria a GPH.

PACIENTES Y METODOS: Se revisaron 10 expedientes clínicos de pacientes con HPH secundaria a GPH durante 3 años.

RESULTADOS: Se presentó recurrencia de la HPH en el 60% de los casos, 40% con cirugía no derivativa y 20% con cirugía derivativa. El seguimiento endoscópico reveló mejoría en cuanto a la severidad de la GPH con las técnicas quirúrgicas derivativas y no derivativas.

DISCUSION: La GPH es causa frecuente de sangrado en pacientes con hipertensión portal y se presenta en el 50 - 80% de los pacientes con cirrosis hepática. La cirugía de hipertensión portal debe realizarse en pacientes con buena función hepática (Child A o B).

Palabra Clave: Gastropatía Portal Hipertensiva.

Portal Hypertensive Gastropathy.

SUMMARY.

OBJECTIVE: To know the results of treatment surgical derivative VS no derivative in the managet of hemorrhage portal hypertensive second to portal hypertensive gastropathy.

PATIENTS AND METHODS: We were revised 10 patients with HPH second to GPH during 3 years.

RESULTS: The recurrent of HPH we were saw in the 60% of patients. 40% with surgery no derivative and 20% with surgery derivative. The follow-up endoscopic showed best in the severity of GPH with tecnique surgery derivative and no derivative.

DISCUSSION: The GPH is the cause most common of bleeding in patients with portal hypertensive and ocurrent in the 50 - 80% of patients with hepatic cirrhosis. The surgery portal hypertensive to be do performance in patients with good function hepatic (Child A o B).

Key Word: Portal Hypertensive Gastropathy.

Gastropatia Portal Hipertensiva.

GASTROPATIA PORTAL HIPERTENSIVA .

INTRODUCCION.

La gastropatía portal hipertensiva (GPH), es una lesión altamente prevalente y causa frecuente de sangrado en pacientes con cirrosis (2). Varios estudios han mostrado que la GPH morfológicamente se caracteriza por dilatación de los plexos venosos gástricos sin inflamación. Aunque la hipertensión portal es un prerrequisito para el desarrollo de la GPH su patogénesis no está completamente definida (3). Se cree que la patogénesis de la GPH se debe a vasodilatación activa de los vasos de la mucosa o simplemente a un proceso de congestión pasiva (1).

Según McCormackh la GPH endoscópicamente se clasifica como:

- * Leve: piel de serpiente, rash escalatiforme e hiperemia.
- * Severa: manchas rojas, gastritis hemorrágica difusa (3).

Los cambios congestivos de la gastropatía se presentan con más frecuencia en el cuerpo o fondo del estómago. Los hallazgos típicos endoscópicos de la GPH son: patrón en mosaico prominente (visto solo en algunos casos), puntilleo hemorrágico y malformaciones en la vasculatura antral. (5)

Anteriormente estos cambios en la mucosa gástrica se identificaban como gastritis erosiva, gastropatía congestiva y actualmente como gastropatía portal hipertensiva.(6)

La GPH es caracterizada por un estado circulatorio hiperdinámico en la mucosa gástrica. Se presenta en el 50 - 80% de pacientes con cirrosis hepática y es la mayor causa de sangrado de tubo digestivo alto en pacientes con hipertensión portal (25-90%), dependiendo de la severidad (7,8).

Se ha visto que el uso del propanolol en forma crónica reduce la presión portal en un 10% en pacientes cirróticos con hipertensión portal, lo que disminuye la incidencia de resangrado en pacientes con GPH (9).

Así mismo se ha observado que la perfusión gástrica aumentada en pacientes con GPH puede disminuir con la administración de somatostatina en infusión (250Mcgs/h).(10)

Actualmente los procedimientos que preservan el flujo portal son de elección, ya que mantienen la función hepática en el postoperatorio. Los procedimientos preservadores del flujo portal son las derivaciones selectivas, derivaciones mesocava de bajo diámetro y la Sugiura Fotagawa el cual es un procedimiento no derivativo.

Es evidente que la hepatopatía subyacente en muchas circunstancias es la responsable del tiempo de sobrevida, y que la cirugía de hipertensión portal es un procedimiento meramente paliativo. Los pacientes con buena función hepática tienen por se una mejor tolerancia a la hemorragia. (11)

El intervalo entre la hemorragia y la intervención quirúrgica es importante. El operar a un paciente con historia muy reciente de hemorragia (primera semana), puede resultar contraproducente, hay deterioro de la función hepática después del episodio de hemorragia, a lo cual se agrega el deterioro (transitorio) que produce la intervención (11).

La cirugía de hipertensión portal debe limitarse a pacientes con buena función hepática (Child A o B), cuyo único problema sea el sangrado. Con las diferentes técnicas quirúrgicas se observa mortalidad de 8% y resangrado en 5%. La sobrevida calculada fué de 85% a 60 meses, concluyendose con esto que los procedimientos preservadores del flujo portal, son el tratamiento de elección para pacientes con buena función hepática e hipertensión portal hemorrágica. (11).

Con el procedimiento de Sugiura-Futagawa, la tasa de resangrado es baja y debido a que se preserva el flujo sanguíneo portal, la presencia de encefalopatía durante el postoperatorio es baja. Con esta técnica la presencia de resangrado es baja (10%) con mortalidad aproximada del 12% . (12).

MATERIAL Y METODOS.

Se revisaron los expedientes clínicos de 10 pacientes durante el período de Enero de 1994 a Diciembre de 1996, intervenidos quirúrgicamente en el H.E.C.M.R. con técnicas derivativas y no derivativas para el manejo de la hipertensión portal hemorrágica secundaria a GPH. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de cirugía, etiología de la HPH, tipo de etiología, clasificación de Child, localización de la gastropatía, clasificación endoscópica pre y postquirúrgica de la gastropatía, recurrencia, cifras de hemoglobina y hemotocrito, requerimiento transfusional y cantidad de sangre transfundida

RESULTADOS.

De los 10 pacientes revisados, 7 fueron hombres y 3 mujeres, con edad promedio de 43.5 años (rango 17-57). Al 60% de los pacientes se les realizó cirugía no derivativa y al 40% cirugía derivativa. La cirugía más realizada fue el procedimiento de Sugiura (5 casos). La causa más frecuente de HPH fue por alcohol en 5 pacientes. El 80% presentaban clasificación Child A. La localización más frecuente de la GPH fue en el fondo gástrico 40% (4 pacientes). La clasificación endoscópica de la GPH fue leve en 60% (6 pacientes). La recurrencia de la HPH fue del 60%, con un 40% con cirugía no derivativa y 20% con cirugía derivativa.

Todos los pacientes requirieron transfusión sanguínea y las cifras de hemoglobina y hematocrito mejoraron en el postoperatorio. El seguimiento endoscópico postoperatorio reveló mejoría en cuanto a la severidad de la GPH.

DISCUSION.

El síndrome de Hipertensión Portal está condicionado por diversos factores etiológicos. Se caracteriza por elevación de la presión del sistema venoso portal y de sus manifestaciones clínicas la más dramática es la hemorragia de vârices esofágicas. (2)

La GPH es una lesión altamente prevalente y causa frecuente de sangrado en pacientes con cirrosis, siendo la hipertensión portal un prerequisite para el desarrollo de la GPH. Los cambios congestivos de la GPH se localizan con más frecuencia en el cuerpo o fondo del estómago. La GPH es la mayor causa de sangrado del tubo digestivo alto en pacientes con hipertensión portal (25-90%) dependiendo de la severidad. (2,7,8).

El mantenimiento del flujo portal es esencial para el funcionamiento hepático; los procedimientos que mantienen el flujo hepático portal son los utilizados en forma rutinaria. Estas operaciones deben ser practicadas en pacientes seleccionados, en los cuales el problema a tratar sea el sangrado del tubo digestivo secundario a hipertensión portal con función hepática prácticamente normal. Los pacientes con función hepática deficiente y con sangrado, así como enfermedad hepática progresiva son mejores candidatos a trasplante hepático. (11)

En la revisión efectuada se encontró que el principal factor etiológico de la HPH fué el alcohol en el 50% de los pacientes.

La cirugía realizada con más frecuencia para el manejo de la HPH fué el Sugiura en el 50% de los pacientes, seguido del Warren en el 30%.

La recurrencia global de la HPH fué del 60% , presentándose en un 40% de los casos con cirugía no derivativa y 20% con la derivativa.

CONCLUSIONES.

1. Se realizaron mayor número de cirugías no derivativas que otros procedimientos en el manejo de la HPH.
2. El principal factor etiológico de la HPH fuè el alcohol en el 50% de los pacientes.
3. La localización más frecuente de la GPH fuè en el fondo gástrico, lo que coincide con lo reportado en la literatura.
4. Se presentò mayor recurrencia de la HPH secundaria a GPH con cirugía no derivativa que con las derivativas.
5. Se observò que tienen mejor pronòstico los pacientes no cirròticos.
6. El seguimiento endoscòpico postoperatorio revelò mejoría en cuanto a la severidad de la GPH.
7. La base más sòlida para la seleccìon de los pacientes para cirugía de hipertensiòn portal sigue siendo la valoraciòn clínica minuciosa.
8. LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN CUANTO A LA VALORACION DEL MANEJO QUIRURGICO NO SON SIGNIFICATIVOS YA QUE EL NUMERO DE PACIENTES EVALUADOS NO PERMITEN PREDECIR EL PRONOSTICO DE ESTOS DE ACUERDO AL TIPO DE CIRUGIA REALIZADA PARA EL TRATAMIENTO DE LA HPH.

1. Orozco Hector: Síndrome de Hipertensión Portal. En Gutierrez Samperio César. Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo. Editorial Manual Moderno.1991;267:282.
2. Panes Julian, Pique Josep, Llach Josep, et. al. Reduction of Gastric Hyperemia by Glypressin and Vasopressin Administration in Cirrhotic Patients with Portal Hypertensive Gastropathy. Hepatology. 1994;19:55-60
3. Balan K.K. Rime S, Sutton R. et. al. Abnormalities of Gastric Emptying in Portal Hypertension. AJG. 1996;91(3):530-34.
4. El Newhi, Hussein, Kanji Vijaya, Mihas Anastasios. Activity of Gastric Mucosal Nitric Oxide Synthase in Portal Hypertensive Gastropathy. AJG.1996;(3):535-38.
5. Douglas B, Johnson D, Czaja A. Portal Hypertensive Gastropathy: Upper Gastrointestinal X-ray Appearance. Mayo. Clin. Proc.1994; 69:1195-6.
6. Bayraktar Yusuf, Balkanciferhun, Uzunalimoglu Badri. et. al. Is Portal Hypertensive Due TO Liver Cirrhosis Major Factor in the Development of portal hypertensive gastropathy?. AJG.1996;91(3):554-58.
7. Brinch-k,Moller S, Henriksen JH, Becker-Pu. Portal Hypertensive Gastropathy. AJG. 1995;157(46):6421-5.
8. Michielsen P.P, Pelckmans P.A, Haemodynamic changes in portal hypertension new insights in the pathogenesis and clinic implications. Acta Gastroenterologica. Belgica.1994;17:194-205.

9. Shigemori Hiroyuki, Iwao Tadashi, Ikegami Motoki. et. al. Effects of propranolol of gastric mucosal perfusion and serum gastrin level in cirrhotic patients with portal hypertensive gastropathy. DIG-DIS-SCI. 1994;39(11):2433-38.
10. Panes Julian, Pique Josep, Bordas Josep, et. al. Effects of bolus injection and continuous infusion of somatostatin on gastric perfusion in cirrhotic patients with portal hypertensive gastropathy. Hepatology. 1994;2:336-41.
11. Mercado Miguel, Takahashi T, Rojas Gilberto. Cirugia en Hipertensiòn Portal. ¿En que paciente y cual operacion?. Rev. Invest. Clinic. 1993;45:329-37.
12. Mercado Miguel, Takahashi T, Orozco Hector. An Alternative Low Risk Tecnique for esophageal transection in the Sugiura-Futagawa procedure. The America Surgeon. 1993;59:461-64.

TRATAMIENTO QX DERIVATIVO VS NO
DERIVATIVO DE LA HPH SECUNDARIA A GPH

LOCALIZACION DE LA GPH

40%

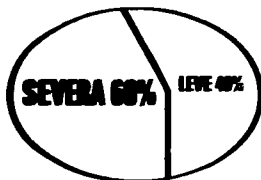
30%

10%

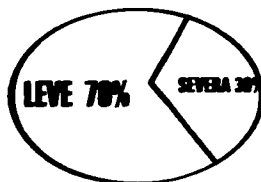


CLASIFICACION ENDOSCOPICA DE LA GPH

PREQUIRURGICA



POSTQUIRURGICA



RECURRENCIA DE LA HPH

