

11209  
10 1

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

GASTROGASTROANASTOMOSIS COMO MANEJO PARA LA HIPERTENSIÓN  
PORTAL EN EL HECMNSXXI.

TESIS  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
CIRUGÍA GENERAL

PRESENTA  
DRA ODETTE VERÓNICA AVENA ANGULO

ASESOR  
DR TEODORO ROMERO HERNÁNDEZ  
MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA

MÉXICO D. F.

2003

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
AUTORA: Odetta Verónica  
Avena Angulo  
29/09/03  
[Signature]

TESIS CON  
FALLA DE FRENTE



Universidad Nacional  
Autónoma de México

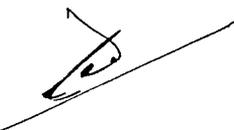


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

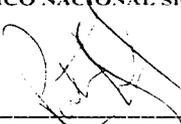
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

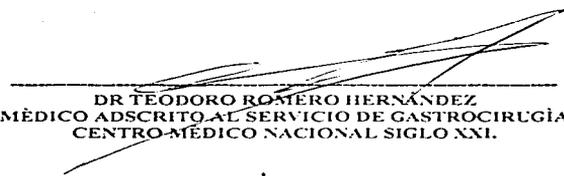
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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



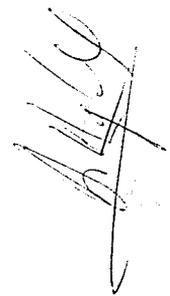
DR ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES  
JEFE DE LA DIVISI3N DE EDUCACI3N E INVESTIGACI3N EN SALUD  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO M3DICO NACIONAL SIGLO XXI.



DR ROBERTO BLANCO BENAVIDES  
JEFE DEL SERVICIO DE GASTROCIROGIA  
CENTRO M3DICO NACIONAL SIGLO XXI.



DR TEODORO ROMERO HERN3NDEZ  
M3DICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GASTROCIROGIA  
CENTRO M3DICO NACIONAL SIGLO XXI.



DRA ODETT E VER3NICA AVENA ANGULO  
RESIDENTE DE CUARTO AÑO DE CIRUGIA GRAL  
CENTRO M3DICO NACIONAL SIGLO XXI.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**AGRADECIMIENTOS**

**A MI MADRE Y HERMANOS.** Por el apoyo y amor brindado a lo largo de toda mi carrera.

**A TODOS LOS MÉDICOS DEL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA.**  
Por su enseñanza y apoyo brindado a los largo de mi formación, Gracias.

TESIS CON  
FALLA DE CUBIERTA

**INDICE**

**RESUMEN.....1**

**ANTECEDENTES.....3**

**JUSTIFICACIÓN.....9**

**OBJETIVOS.....10**

**MATERIAL Y MÉTODOS.....11**

**RESULTADOS.....15**

**CONCLUSIONES.....16**

**ANEXOS.....18**

**BIBLIOGRAFÍA.....19**

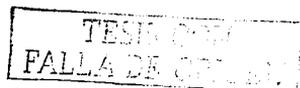
**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.** La hipertensión portal se define como un aumento de la presión venosa portal por arriba de 10mmHg y es causado por un aumento de la resistencia vascular dentro del sistema venoso porta del hígado. Generalmente se presenta con síntomas como hepatoesplenomegalia, hemorragia de várices esofágicas, ascitis o encefalopatía sistémica portal. La complicación más frecuente es la hemorragia por várices esofágica. Hay varios tipos de manejo quirúrgico para combatir la hipertensión portal tales como los shunts selectivos o no selectivos sin embargo se acompañan de muchas complicaciones. La gastrogastroanastomosis es un procedimiento sencillo relativamente que evita el aumento brusco de la presión portal y la esofagitis y se ha hecho con buenos resultados

**OBJETIVO.** Demostrar que la gastrogastroanastomosis es un buen procedimiento para la hipertensión portal el cual disminuye los episodios de resangrado por várices esofágicas.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se estudiaron a todos los pacientes registrados en la libreta de censos del servicio de Gastrocirugía sometidos a procedimiento de gastrogastroanastomosis como manejo para la hipertensión portal en el periodo comprendido de Enero del 2000 a Diciembre del 2002, se dio seguimiento postoperatorio a través de los expedientes clínicos y se estudió los episodios de resangrado de estos pacientes.



**RESULTADOS.** Se encontraron un total de 15 pacientes de los cuales 2 se excluyeron del estudio por no contar con expediente clínico. De los 13 pacientes que se incluyeron 10 eran del sexo femenino y 3 del sexo masculino. Se encontró que un paciente (7.6%) falleció posterior a la cirugía por causa de insuficiencia hepática por cirrosis y Child B, otro (7.6%) por sangrado por várices esofágicas que no cedió a manejo terapéutico. De los 11 pacientes (84.6%) restantes se realizó seguimiento encontrando que 9 pacientes (69.23%) no habían presentado episodios de resangrado por várices esofágicas, mientras que 2 pacientes (15.38%) presentaron resangrado en más de 2 ocasiones el cual cedió con manejo endoscópico efectivo, sin requerir nuevo manejo quirúrgico.

**CONCLUSIONES.** Podemos concluir que el procedimiento de gastrogastroanastomosis es un procedimiento efectivo para la hipertensión portal, sin embargo se deben realizar estudios a largo plazo para compararlo con los procedimientos más conocidos en la literatura médica.

TESIS CON  
FALLA DE OMPAN

## ANTECEDENTES

La presión portal normal es de 7 a 8 mmHg (1). La hipertensión portal se define como un aumento de la presión venosa portal por arriba de 10mmHg (2) y es causada por un aumento de la resistencia vascular dentro del sistema venoso porta del hígado (3).

La presión portal se mide indirectamente como el gradiente de presión venosa hepática, que es la presión de enclavamiento, menos la presión de la vena hepática libre. La presencia de várices esofágicas en la endoscopia o el hallazgo de várices en los estudios con imágenes indican hipertensión portal (2).

La hipertensión portal está descrita desde el siglo pasado y el tratamiento quirúrgico se remonta a 1877 cuando Eck creó una anastomosis portocava en perros para tratar la ascitis. En 1893 Pavlov describió las consecuencias fisiológicas de la desviación completa del flujo portal en perros por medio de una fistula de Eck. En 1903 Vidal realizó el primer shunt terminolateral en un paciente que falleció por encefalopatía y complicaciones sépticas. El primer shunt portocava laterolateral exitoso fue realizado por Rosenstein en 1912. En 1945 Whipple, Blakemore y Lord comunicaron su experiencia con los shunts portocava y esplenorrales, el éxito que obtuvieron en 10 pacientes consecutivos anunció el principio de la era moderna de la cirugía para tratar la hipertensión portal (3).

TESIS CON  
FALLA DE ORGANIZACION

**Causas de hipertensión portal (1).****Aumento del flujo hepático sin obstrucción.**

Fístula venosa arteria hepática-porta

Fístula arteriovenosa esplénica

Origen intraesplénico

**Obstrucción extrahepática del flujo de salida.**

Síndrome de Budd-Chiari

Insuficiencia de hemicardio derecho

**Obstrucción del sistema venoso portal extrahepático**

Obstrucción congénita

Transformación cavernomatosa de la vena porta

Infección

Traumatismo

Compresión extrínseca

**Obstrucción intrahepática**

Cirrosis nutricional

Cirrosis postnecrótica

Cirrosis biliar

Otras enfermedades con fibrosis hepática

TESIS CON  
FALLA DE CUBIEN

Hemocromatosis  
Enfermedad de Wilson  
Fibrosis hepática congénita  
Lesiones infiltrativas  
Enfermedades venooclusivas  
Envenenamiento por seneoio  
Esquistosemiasis

La hipertensión portal generalmente se presenta con uno o más de las siguientes síntomas como son hepatoesplenomegalia, hemorragias de las vórices, ascitis o encefalopatía sistémica portal. La etiología mas frecuente es la cirrosis.(2)

La importancia de la fisiopatogenia de la hipertensión portal son las vórices esofágicas, la ascitis, la encefalopatía y el hiperesplenismo, en respuesta a un incremento en la presión portal los vasos sanguíneos colaterales sufren dilatación e hipertrofia. El sistema portal congestivo se descomprime mediante la formación de cortocircuitos venosos espláncnicos a través de vórices colaterales, las cuales pueden ser influenciados por la angiogénesis. La hemorragia variceal puede ocurrir a través del tracto gastrointestinal pero el sitio más frecuente de sangrado es el esófago distal o el estómago proximal. Aproximadamente 50 a

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

60% de los pacientes con cirrosis tienen várices esofágicas (4). El 30% de los pacientes con cirrosis presentarán sangrado a causa de las várices en los 2 años posteriores al hallazgo de éstas. El 70% de los pacientes que han tenido sangrado a partir de las varices resangrarán dentro de los 18 a 24 meses siguientes. La mortalidad por las hemorragias agudas de las várices se encuentra entre el 20 al 50% (2).

El tratamiento de los pacientes con sangrado agudo por várices esofágicas ha sido frustrante y controversial por los malos resultados obtenidos con los diferentes métodos terapéuticos médicos y quirúrgicos ya que en un alto porcentaje el sangrado es una manifestación de hipertensión portal secundaria a cirrosis hepática y alcoholismo en pacientes con severa insuficiencia hepática. (5)

#### Tratamiento quirúrgico

En el servicio de Gastrocirugía se está utilizando un procedimiento descrito por el Dr. Roberto Blanco Benavides, jefe del servicio de Gastrocirugía el cual es una nueva técnica quirúrgica que se basa en el incremento de la presión periesofágica así como la creación de un mecanismo antirreflujo. (6)

Incisión. Se debe realizar una incisión toracoabdominal transversa generosa en vistas de realizar esplenectomía, cuando ésta es necesaria en aquellos bazo que están afectados e impiden realizar adecuadamente el procedimiento. Cuando el apéndice xifoides es alargado se reseca para facilitar la exposición de la unión esofagogástrica. Se disecciona por planos, se abre peritoneo, se localiza el lóbulo izquierdo del hígado y rotando hacia la línea media se

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

le separa hacia dentro mediante un amplio separador y se coloca la compresa húmeda sobre el lóbulo izquierdo movilizado. (6)

Se incide el peritoneo que cubre el esófago y se moviliza éste con el dedo índice de la mano derecha. Los nervios vagos no se seccionan a menos que los hallazgos de laboratorio operatorios y radiológicos indiquen la presencia de una hipersecreción. Es importante seccionar la parte más alta del ligamento gastrohepático para obtener una adecuada exposición del fondo gástrico que va a envolver el esófago.

La parte más alta del ligamento gastrohepático se sujeta con dos pinzas largas en ángulo recto (6)

El ligamento contenido entre las dos pinzas se secciona y se liga con seda del 2 ceros para asegurar el control adecuado de la arteria frénica. El peritoneo situado a la izquierda de la unión esofagogastrica debe ser seccionado meticulosamente para evitar la rotura de la cápsula esplénica, se mantiene tracción para abajo con un drenaje de goma. La efectividad de la funduplicatura depende de la suficiencia del procedimiento de envoltura, es importante movilizar el fondo del estómago ligando 4 a 5 vasos gástricos cortos, lo cual debe hacerse con mucho cuidado para evitar la lesión esplénica.

Se coloca un drenaje tipo penrose hacia abajo, la mano derecha se pasa por detrás del fondo gástrico para probar la suficiencia de la movilización del estómago.

Se aproximan las paredes gástricas anteriores y posteriores con puntos separados con seda 2 ceros, en una zona de 6 a 8 cm algunos prefieren dar puntos al esófago y estómago para que

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

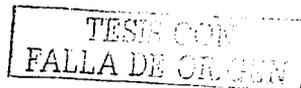
no se produzca movilización de la funduplicatura. Una vez hecha la misma, se proceden a realizar incisiones de 5 cm aproximadamente paralelas a la línea de sutura media, se efectúa la gastrogastroanastomosis con catgut crómico del 3 ceros, continuo y posteriormente se hace una segunda capa con seda del 2 ceros. De esta forma se modifica la presión del esfínter esofágico inferior. La presión intrabdominal e intragástrica son transmitidas directamente al esófago haciendo las veces de un torniquete permanente, a la vez que también crea un mecanismo antirreflujo.

Durante el procedimiento se abre la pleura y el diafragma por lo que será necesaria la colocación de un pleurovac.

Cuidados Postoperatorios. La SNG de Levin se retira a los pocos días, al igual que el pleurovac, usualmente al tercer día. Aliviar el dolor es muy importante en vista de la amplia incisión.

Los pacientes tratados con esta técnica son aquellos que ya han tenido episodios de sangrado (al menos uno o dos) y los que cuentan con estudio histopatológico de cirrosis.

Esta técnica ha sido bien utilizada en pacientes de alto riesgo con resultados satisfactorios así como en pacientes con Child A o B. (6)



## JUSTIFICACIÓN

La hipertensión portal es un aumento en la presión venosa portal por arriba de 10mmhg, generalmente se presenta con uno o más de los siguientes síntomas como son hepatoesplenomegalia, hemorragia de las vórices esofágicas, ascitis o encefalopatía sistémica portal. La complicación más frecuente es la hemorragia por vórices esofágicas. Hay varios tipos de manejo quirúrgico para combatir la hipertensión portal tales como los shunts selectivos o no selectivos, sin embargo todos ellos cursan con muchas complicaciones tanto técnicas como postquirúrgicas. La gastrogastroanastomosis es una operación relativamente sencilla que evita el aumento brusco de la presión portal y la esofagitis y se ha hecho con buenos resultados, por tanto es necesario conocer los resultados de estos pacientes posterior a la cirugía y si este procedimiento disminuye el riesgo de sangrado en estos pacientes mejorando así la calidad de vida.

TESIS DE ORIGEN  
MANCHADAS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## OBJETIVOS

### OBJETIVOS GENERALES

1- Demostrar que la gastrogastroanastomosis es un procedimiento efectivo para el manejo de la hipertensión portal disminuyendo los episodios de resangrado por vórices esofágicas.

TESIS DE ORIGEN  
MANCHADAS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Diseño:** es un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional. Este estudio se llevó a cabo previa aprobación por el Comité Local de Investigación en el Hospital de Especialidades en el CMNSXXI.

Se incluyeron todos los pacientes del Servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI registrados en la libreta de censos sometidos a procedimiento de Gastrogastroanastomosis como manejo para la hipertensión portal en el periodo comprendido del 1ro de Enero del 2000 al 31 de Diciembre del 2002.

Se incluyeron todos los pacientes derechohabientes del IMSS sometidos a procedimiento de gastrogastroanastomosis de sexo femenino y masculino que contaran con expediente clínico completo. Se excluyeron aquellos pacientes que hayan recibido tratamiento en otro centro hospitalario o bien que durante el estudio fallecieron por causas ajenas a la enfermedad tratada.

Se dio seguimiento postoperatorio a los pacientes a través de la consulta externa de Gastrocirugía mediante la revisión de los expedientes clínicos en donde se analizó los

TESIS DE ORIGEN  
MANCHADAS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

episodios subsecuentes de resangrado por vrices esofágicas así como si éstos habían requerido manejo endoscópico o quirúrgico posterior.

Se investigó además cuántos pacientes habían fallecidos posterior al procedimiento y la causa.

Los datos fueron recolectados en una hoja diseñada para tal fin, se registró la siguiente información, nombre, afiliación, edad, sexo, cirugía realizada, episodios de resangrado.

Se elaboró una base de datos en microsoft excel, y se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central y dispersión (promedios y frecuencias simples).

TESIS DE ORIGEN  
MANCHADAS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

**PROCEDIMIENTO DE GASTROGASTROANASTOMOSIS.** Técnica quirúrgica la cual consiste en realizar una tracción del fondo gástrico por detrás del esófago, aproximar las paredes gástricas anteriores y posteriores con puntos con seda 2-0 en una zona de 6-8cm, posteriormente realizar incisiones paralelas a la línea de sutura media, se efectúa la gastrogastroanastomosis con catgut crómico 3-0 continuo y posteriormente se hace una segunda capa con seda del 2-0

### RESANGRADO.

Lat. Re de nuevo. Haima. Sangre. Salida más o menos copiosa de sangre de los vasos por rotura accidental o espontánea de éstos.

Se consideró sin evidencia de resangrado a aquellos pacientes que posterior a la cirugía no han presentado ningún evento nuevamente de sangrado por várices esofágicas.

Asimismo se consideró como resangrado en una ocasión a aquellos pacientes que hayan presentado un episodio de sangrado que haya remitido sin manejo terapéutico.

Y el tercer grupo aquellos que hayan presentado más de un evento de resangrado y que no haya requerido manejo terapéutico.

TESIS DE ORIGEN  
MANCHADAS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

Se elaboró una base de datos en Microsoft Excel, se utilizó estadísticas descriptiva, medidas de tendencia central (promedios y frecuencias simples).

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

Este estudio se ajusta a las normas éticas institucionales y a la ley general de salud en materia de experimentación en seres humanos y así como la declaración de Helsinke, con modificación en el congreso de Tokio, Japón en 1983.

Por se estudio de tipo observacional los pacientes no son sometidos a ningún tipo de riesgo.

Se mantendrá la información confidencial.

**TESIS DE ORIGEN  
MANCHADA S**

**TESIS DE  
FALLA DE ORIGEN**

## RESULTADOS

Durante los 2 años que comprendió el periodo de estudio se incluyeron un total de 15 pacientes los cuales se encontraron registrados en la libreta de censos de Gastrocirugía. De estos 15 pacientes, en 2 de ellos no se encontró el expediente clínico por lo que se excluyeron del estudio.

De los 13 pacientes que se incluyeron en el estudio encontramos que 10 eran del sexo femenino (76.9%), y 3 del sexo masculino (23.07%). De éstos se encontró que 1 paciente (7.6%) falleció posterior a la cirugía en el cual la causa se debió a insuficiencia hepática por cirrosis y Child B. Otro paciente (7.6%) falleció por sangrado por várices esofágicas que no cedió a manejo terapéutico 1 año posterior a la cirugía.

De los 11 pacientes restantes (84.6%) se realizó seguimiento mediante la revisión de los expedientes encontrando que de éstos 9 pacientes que corresponden al 69.23 % no habían presentado episodios de resangrado por várices esofágicas en el periodo estudiado.

Dos pacientes restantes (15.38%) habían presentado resangrado por várices esofágicas posterior a la cirugía en 2 ocasiones en las cuales éste había cedido con manejo endoscópico mediante escleroterapia efectiva, sin someterse a otro manejo quirúrgico.

TESIS DE ORIGEN  
MANCHADA S

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CONCLUSIONES

La hipertensión portal está descrita desde del siglo pasado y el tratamiento quirúrgico se remonta a 1877 cuando Eck creó una anastomosis portocava en perros, en 1945 se inició con éxito la realización de shunts portocava y esplenorrenales lo que anunció el principio de la era moderna de la cirugía para tratar la hipertensión portal.

Aproximadamente 50 a 60% de los pacientes con cirrosis tienen várices esofágicas, el 30% presentarán sangrado a causa de las várices en los 2 años posteriores al hallazgo de éstas.

La mortalidad por las hemorragias agudas de las várices se encuentra entre el 20 al 50%.

Los procedimientos quirúrgicos se han dividido en los que descomprimen el sistema venoso portal total o selectivamente y aquellos procedimientos que directamente actúan sobre las várices esofágicas, sin embargo la morbimortalidad es elevada

La gastrogastroanastomosis se basa en el incremento de la presión periesofágica así como la creación de un mecanismo antirreflujo la cual ha sido utilizada con buenos resultados.

En base a los datos obtenidos podemos concluir que aunque es una cantidad pequeña de pacientes los estudiados, de los 11 pacientes estudiados (84.6%), 9 pacientes (69,23%) no habían presentado episodios de resangrado por várices esofágicas en el periodo estudiado mientras que sólo 2 pacientes (15.38%) si habían presentado episodios de resangrados en más de 2 ocasiones en los cuales éste había cedido con manejo terapéutico.

TESIS DE ORIGEN  
MANCHADAS

RESERVA  
FALLA DE ORIGEN

La mortalidad fue de 15.38% en los cuales la causa fue por causa de la insuficiencia hepática por cirrosis .

Podemos concluir que la gastrogastroanastomosis demuestra ser un procedimiento efectivo para la hipertensión portal, en el cual los episodios de resangrado posterior a várices esofágicas disminuye, así como por ser un procedimiento relativamente sencillo puede utilizarse en pacientes de alto riesgo.

Sin embargo es necesario realizar un estudio a largo plazo y de seguimiento en estos pacientes para así poderlo comparar con otros procedimientos aceptados en la literatura para el manejo de la hipertensión portal.

TESIS DE ORIGEN  
MANCHADAS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ANEXOS

## HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE:

EDAD:

CEDULA:

SEXO:

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA:

EPISODIOS DE RESANGRADO:

FALLECIMIENTO: SI

NO

CAUSA

TESIS DE ORIGEN  
MANCHADAS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**BIBLIOGRAFIA**

- 1.- Schwartz, Shires et al. Principios de Cirujía. Capítulo 28, 7ma edición. Edit McGraw-Hill Interamericana. Pp 1508-1509.
- 2.- Zinner, M. et al. Operaciones abdominales, capítulo 57, 10 edición, Edit Panamericana, pp 1543.
- 3.- Nyhus et al. El dominio de la cirugía. Mastery of surgery, capítulo 116, 117 y 118. 3ra Edición. Edit. Panamericana. pp 1387-1390.
- 4.- Zuidema G. et al. Shackelford's Surgery of the alimentary tract, capítulo 26, 5ta edición, Edit. Saunders. Pp 334.
- 5.- Blanco, R. Treatment of Bleeding Esophageal varices, A new technique. Am J Surg. 1963; 145, 808-810.
- 6.- Blanco, R. Tratamiento de vórices esofágicas sangrantes, Cirujano General, 1983, VII, 9, 240-241.

**TESIS DE ORIGEN  
MANCHADAS**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**ESTA TESIS NO FUE  
DE LA BIBLIOTECA**

**REGISTRO NACIONAL DE TESIS DE ESPECIALIDAD**

**DELEGACIÓN 350 UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN** Hospital de Especialidades

**AUTOR:**

**APELLIDO**

**PATERNO AVENA MATERNO ANGULO NOMBRE ODETTE VERÓNICA**

**MATRÍCULA 11466774 ESPECIALIDAD CIRUGÍA GRAL FECHA GRAD.**

**28/02/04**

**ASESOR:**

**APELLIDO**

**PATERNO ROMERO MATERNO HERNÁNDEZ NOMBRE TEODORO**

**MATRÍCULA 8582181 ESPECIALIDAD. CIRUGÍA GENERAL REGISTRO (15)**

**TÍTULO DE TESIS:**

**GASTROGASTROANASTOMOSS COMO MANEJO PARA LA HIPERTENSIÓN PORTAL.**

**RESUMEN.**

La hipertensión portal es causado por un aumento de la resistencia vascular dentro del sistema venoso portal del hígado, generalmente se presenta con síntomas con hepatoesplenomegalia, hemorragia de vórices esofágicas, ascitis o encefalopatía.

Hay varios tipos de manejo quirúrgico para la hipertensión portal sin embargo se acompañan de muchas complicaciones.

El objetivo de este estudio fue demostrar que la gastrogastroanastomosis es un procedimiento efectivo y que disminuye los episodios de resangrado por vórices esofágicas.

Se estudiaron todos los pacientes registrados en la libreta de censos del servicio de Gastrocirugía sometidos a este procedimiento en el periodo comprendido de enero del 2000 a diciembre del 2002 Se dio seguimiento postoperatorio a través de los expedientes clínicos y se estudiaron los eventos de resangrado por vórices en estos pacientes.

Se encontraron un total de 15 pacientes de los cuales 2 se excluyeron por no contar con el expediente clínico Los 13 pacientes estudiados 1(7.6%) falleció por insuficiencia hepática, y otro por sangrado que no cedió con manejo De los 11 pacientes 9 (69.23%) no habian presentado episodios de resangrado en el periodo estudiado, los 2 pacientes restantes (15.38%) presentaron episodios de resangrado por vórices en más de 2 ocasiones en los cuales este había cedido con manejo endoscópico

En conclusión el procedimiento de gastrogastroanastomosis es un procedimiento relativamente sencillo, que demuestra ser efectivo para el manejo de la hipertensión portal y en el cual los pacientes desarrollan menos episodios de resangrados.

**PALABRAS CLAVE**

**1) HIPERTENSIÓN PORTAL 2) GASTROGASTROANASTOMOSIS 3) -----**

**4) ----- 5) ----- PÁGS 19 ILUS 0**

**PARA SER LLENADO POR EL JEFE DE INVESTIGACIÓN MÉDICA.**

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** C. Clínica C-4

**TIPO DE DISEÑO:** C. Observacional C-4

**TIPO DE ESTUDIO:** E. Clínico C-4

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**