

11209

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."

"GASTROGASTROANASTOMOSIS PARA EL TRATAMIENTO
DE VARICES ESOFAGICAS".

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LA ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A ,
DR. OMAR LEYVA GARCIA



IMSS

ASESOR DE TESIS: DR. JOSE LUIS MARTINEZ ORDAZ

MEXICO, D. F.

2005

m348221



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.



DRA. NORMA JUÁREZ DÍAZ GONZÁLEZ
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
DR. BERNARDO SEPÚLVEDA
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

DR. JOSÉ LUIS MARTÍNEZ ORDAZ
ADSCRITO DEL DEPARTAMENTO DE GASTROCIROGIA
DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
DR. BERNARDO SEPÚLVEDA
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: OMAR LEYVA GARCIA

FECHA: 22/09/05

FIRMA:





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIZACIÓN
U.M.A.E. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G."
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

13 de julio, 2005

ACTA DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN

A las 12:00 horas del día hoy se reunieron en sesión extraordinaria en la Sala de Juntas de la Dirección de Educación e Investigación en Salud del hospital, los doctores: Ramón Paniagua Sierra, Francisco Suárez Núñez, Diana Ménez Díaz, os miembros del Comité Local de Investigación, para evaluar el Proyecto de Investigación intitulado:

0130/2005 GASTROGASTROANASTOMOSIS PARA EL TRATAMIENTO DE VARICES ESOFÁGICAS

Este proyecto queda registrado con el número de registro U.M.A.E.. Hospital de Especialidades " Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez " Centro Médico Nacional Siglo XXI. 3601-0130-2005

DICTAMEN: ACEPTADO

DR. JORGE ALBERTO CASTAÑÓN GONZÁLEZ
PRESIDENTE DEL COMITÉ

JACG,NJDD,RPB tbb.

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco profundamente el constante afecto y apoyo brindado por mi familia especialmente a mi madre y esposa.

Así mismo quiero agradecer a mis maestros, compañeros residentes y a los pacientes por todo el conocimiento otorgado durante mi formación.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION REGIONAL SIGLO XXI
DELEGACION 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G."
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

I. TITULO:

"GASTROGASTROANASTOMOSIS PARA EL TRATAMIENTO DE VÁRICES ESOFÁGICAS.

II. AUTORES:

Dr. José Luis Martínez Ordaz
Adscrito del servicio de gastrocirugía
Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Dr. Omar Leyva García
Residente de cuarto año.
Servicio de Gastrocirugía del Hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

III. SERVICIO:

El estudio se realizó en el servicio de Gastrocirugía.

VI. ANTECEDENTES

El manejo del paciente cirrótico con hipertensión portal y várices esofágicas es muy complejo. En los países occidentales la causa principal de esta patología es el alcoholismo y frecuentemente se encuentra acompañada de otras alteraciones como la insuficiencia renal, deficiencias nutricionales, coagulopatías, etc. La presencia de várices esofagogástricas es una consecuencia de la hipertensión portal que puede comprometer la vida del paciente ya que la hemorragia de las mismas tiene una alta mortalidad. Se ha descrito que hasta el 50% de los pacientes muere en el primer episodio de sangrado, 60-70% muere durante el primer año del evento hemorrágico y vuelve a tener una hemorragia masiva en un año. (1).

Existe una amplia diversidad de tratamientos, médicos y quirúrgicos, para el control de esta complicación. Sin embargo, debido a que la mayoría de los pacientes son de alto riesgo, pocos viven más de 5 años a pesar del tratamiento empleado (2).

Hasta la fecha no se sabe con precisión lo que desencadena el sangrado a través de las várices. Se cree que es causado por la alta presión intraváricel y el adelgazamiento de la pared vascular, sin embargo hay quienes sugieren que existe erosión péptica de la mucosa esofágica o trauma secundario a la deglución de alimentos sólidos (3).

Aproximadamente 60% de los sangrados por várices ceden en forma espontánea pero es imposible predecir cuales pacientes se estabilizarán y cuales ameritarán tratamiento más agresivo (3). El manejo inicial debe ser intensivo con base en restitución de sangre y líquidos intravenosos y debe tenerse un monitoreo invasivo con catéteres y sondas. Se debe realizar una endoscopia de urgencia para corroborar el diagnóstico e iniciar tratamiento.

Dentro de los procedimientos descritos para el control agudo del sangrado se encuentra el uso de fármacos como vasopresina, metoclopramida, pentagastrina, pentoxilina, octreotida y beta bloqueadores (3,4,5,6,7). La efectividad de estos medicamentos, para el control del sangrado varía entre el 50-90% de los casos (2). El uso de sonda de balones (Sengstaken-Blakemore) controla el sangrado en 90% de los casos pero tiene una incidencia de resangrado de 60% al retirar la misma (3).

La endoscopia se ha vuelto una herramienta terapéutica importante. Por medio de esta se puede realizar escleroterapia o ligadura de las várices sangrantes. Ambos requieren de endoscopistas experimentados y equipo especial. Se ha reportado una efectividad de control de sangrado con escleroterapia de hasta 90-95% (3) y en la actualidad reportan mejores resultados con la ligadura (8). Sin embargo se reportan índices de resangrado del 90 y 60% respectivamente (4).

La decisión del manejo quirúrgico depende de la respuesta al manejo inicial. Hay autores que apoyan el manejo quirúrgico de urgencia (9), mientras que otros recomiendan mejorar el estado general del paciente con alguno de los métodos descritos y posteriormente someterlo a algún procedimiento quirúrgico definitivo. En general los procedimientos quirúrgicos se clasifican en derivativos y no derivativos, refiriéndose a la manipulación de la circulación portal. Los procedimientos derivativos incluyen las derivaciones portocava, mesocava y eplenorenal distal. Todas, excepto la última se asocian a una alta incidencia de encefalopatía postoperatoria por disminuir el flujo portal. Todas son técnicamente difíciles y requieren de cirujanos altamente experimentados.

Los procedimientos no derivativos incluyen la transacción esofágica y el procedimiento de Sugiura (desvascularización extensa más esplenectomía más transacción esofágica) (10). Estos también con una alta complejidad técnica y por lo tanto alta mortalidad quirúrgica. Hay que mencionar que grupos japoneses, que cuentan con mucha experiencia en estos procedimientos reportan incidencias de resangrado de 3.9% con el procedimiento de Sugiura, pero esto no es fácilmente reproducible por otros cirujanos (10).

La modalidad más reciente para el tratamiento de la hipertensión portal es la derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS). Un estudio comparativo con escieroaterapia mostró que la TIPS tiene una incidencia de resangrado del 24%, una mortalidad de 24% y una incidencia de encefalopatía postoperatoria de 55%; resultados que hacen difícil adoptar este método como una primera opción para el tratamiento de sangrado por várices esofágicas en pacientes cirróticos (11).

La gastrogastro anastomosis para el tratamiento de várices esofágicas sangrantes, fue descrita por el Dr. Roberto Banco Benavides en 1983 cuando reportó su primera serie de 17 pacientes (12). El procedimiento consiste en la creación de un aumento de la presión periesofágica, por medio de un mecanismo antirreflujo, aunado a una anastomosis gastro-gástrica a nivel de la funduplicación. En los casos en donde también se encontraban várices fúndicas prominentes, se realiza desvascularización del fondo gástrico y esplenectomía. Es un procedimiento rápido, con bases fisiológicas y puede ser realizado sin gran dificultad técnica por un cirujano general. Este método ha sido adoptado por algunos cirujanos que han reportado buenos resultados en cuanto al control de la hemorragia (13).

En este estudio se realizará una revisión del registro interno del departamento (hojas del Blanco) y de los expedientes clínicos encontrados en el archivo del hospital para analizar los resultados de la experiencia del servicio.

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Es comparable el riesgo de resangrado al año por várices esofágicas posterior al procedimiento de gastrogastroanastomosis con los resultados expuestos en otros tipos de cirugía con esta finalidad?

VI. OBJETIVO

CONOCER LA EFECTIVIDAD AL AÑO DE LA GASTROGASTROANASTOMOSIS PARA EL TRATAMIENTO DE SANGRADO POR VARICES ESOFAGICAS.

VII. DISEÑO DEL ESTUDIO:

Descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional.

VIII. VARIABLES:

DEPENDIENTES:

-Resangrado por varices esofágicas: presencia de sangrado a través de las várices esofágicas posterior a la gastrogastroanastomosis.

INDEPENDIENTES:

-Várices esofágicas: Se refiere a la presencia de venas varicosas a nivel esofágico diagnosticadas por endoscopia.

-Criterio de CHILD: se refiere al grado de disfunción hepática. Clasificada como A (mínima, B moderada, C avanzada).

IX. UNIVERSO DE TRABAJO:

Aquellos pacientes a los que se les realizó gastrogastroanastomosis en el hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional Siglo XXI en el periodo comprendido del 1° de enero de 1995 al 1° de enero del 2004.

X. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Paciente con diagnóstico de várices esofágicas secundarias a hipertensión portal que se les realizó gastrogastroanastomosis.

XI. CRITERIOS DE EXCLUSION:

Pacientes a los que se les haya realizado gastrogastroanastomosis y perdieron el seguimiento al año por cualquier motivo durante el primer año de seguimiento.

XII. SISTEMA DE CAPTACION DE LA INFORMACION:

Para poder obtener la información referente a este estudio se revisarán los expedientes existentes en el archivo clínico del Hospital de especialidades de Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, de los pacientes que fueron tratados quirúrgicamente con la realización de Gastrogastroanastomosis en el periodo comprendido del 1° de enero de 1994 al 1° de enero del 2004. obteniendo los siguientes datos: Edad, sexo, enfermedades crónico degenerativas, cirugías abdominales previas, causa de hipertensión portal, causa de la cirrosis. tiempo de diagnóstico de la cirrosis. tiempo de diagnóstico de las várices esofágicas. eventos de hemorragia previos, manejo de la hemorragia varicel, último evento de hemorragia, clase de CHILD previo a la cirugía, fecha de cirugía. si fue de urgencia o electiva. realización de algún otro procedimiento. sangrado transoperatorio. complicaciones transoperatorias, estancia en UCI. complicaciones postoperatorias, si amerito reoperación, fecha de egreso y defunción.

XIII. RESULTADOS:

Se incluyeron un total de 56 pacientes, 29 hombres y 27 mujeres, con una edad promedio de 47 años. Fig. 1. El origen de la hipertensión portal fue cirrosis en 54 pacientes y en los 2 restantes fue secundaria a trombosis de la vena porta. Fig. 2.

27 pacientes fueron clasificados como Child A, 27 pacientes Child B y 1 Child C. Fig. 3.

En la mayor parte de los pacientes el procedimiento se realizó de forma electiva, solo un caso fue intervenido de urgencia. Todos los pacientes tenían antecedente de eventos de hemorragia secundaria a várices esofágicas, 49 de ellos con 2 o más eventos. A demás de la gastrogastroanastomosis a 38 pacientes se les realizó esplenectomia en el mismo procedimiento quirúrgico. Fig. 4. La mortalidad operatoria fue de 5 pacientes

(9%). El índice de resangrado secundario a várices esofágicas al año fue de 6 pacientes (11 %) siendo 4 de ellos durante los primeros 30 días postoperatorios. (2 de estos pacientes fallecieron).

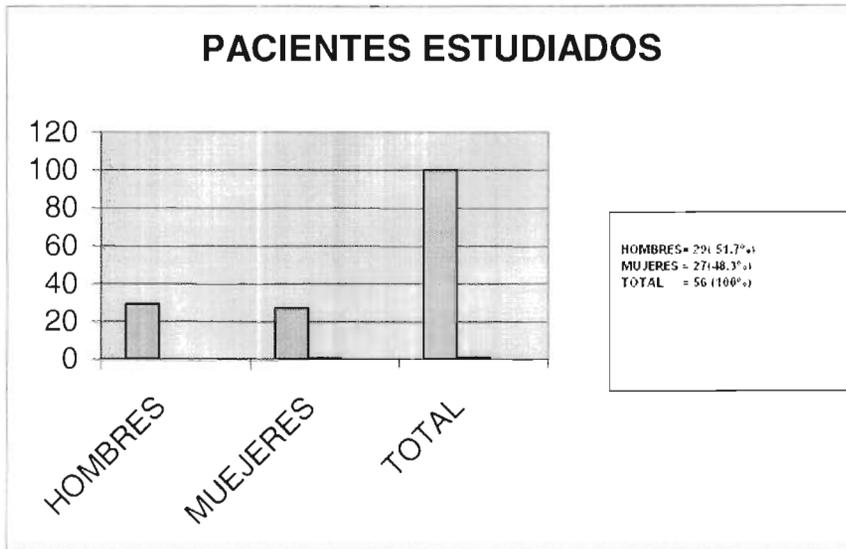


Fig. 1

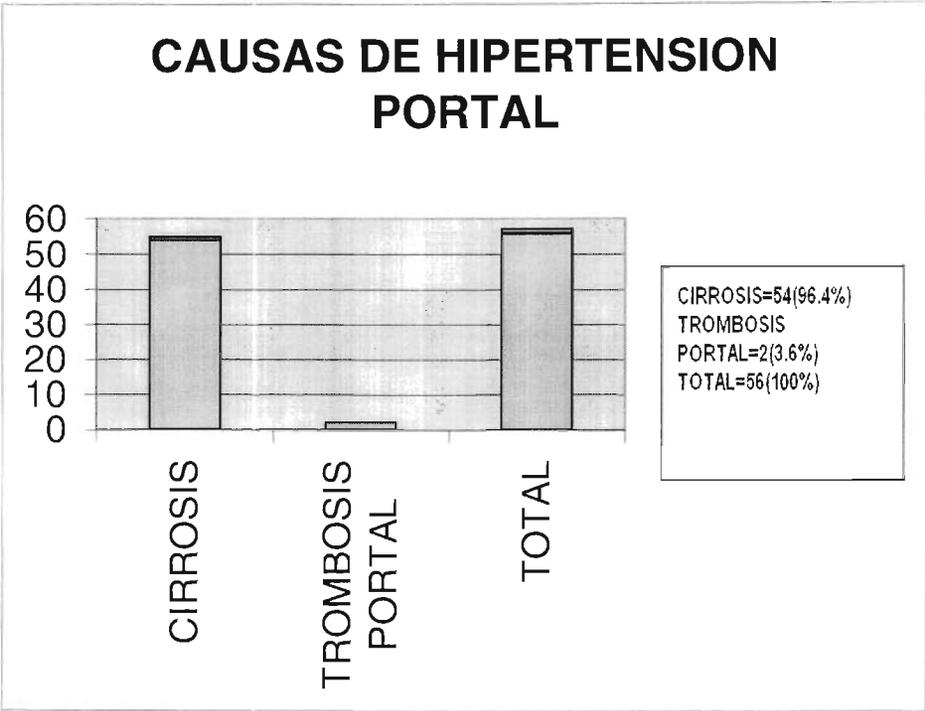


Fig. 2

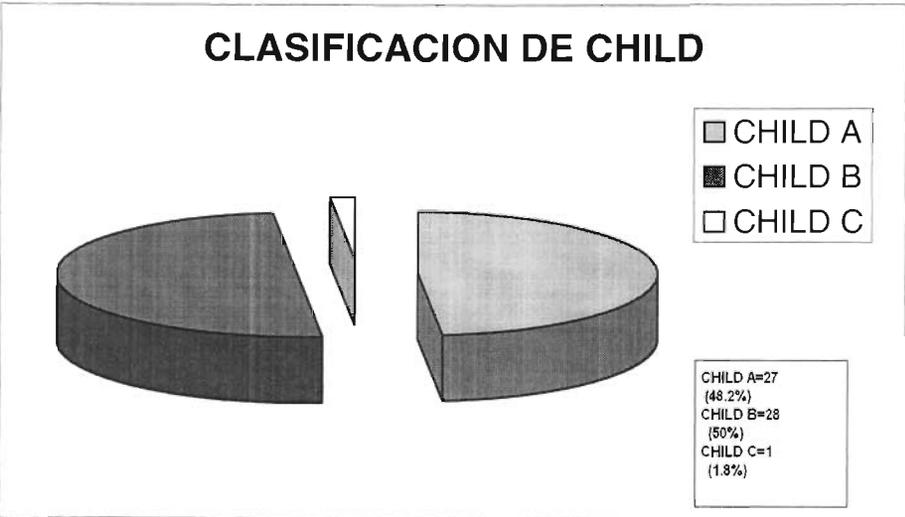


Fig. 3

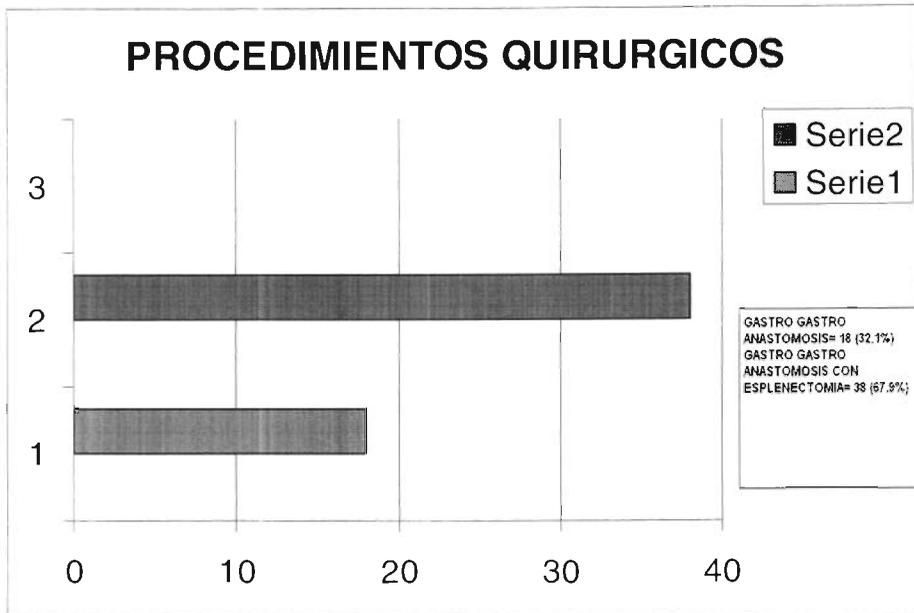


Fig. 4

XIV. DISCUSION:

Se ha reportado en la literatura el fallecimiento de hasta el 50% de los pacientes en el primer evento de sangrado secundario a várices esofágicas y un resangrado del 60% durante el primer año. El manejo de los pacientes varía desde el tratamiento médico hasta intervenciones quirúrgicas.

La gastrogastroanastomosis es un procedimiento que tiene un bajo índice de resangrado y con una mortalidad operatoria por debajo del 10%, técnica que fue desarrollada en el servicio de gastrocirugía del HE CMN SXXI:

XV. CONSIDERACIONES ETICAS:

No se requirió un consentimiento por los pacientes debido a que el presente estudio se desarrollo de forma descriptiva, retrospectiva, observacional y longitudinal. El estudio no modificó el tratamiento indicado por lo que los pacientes no fueron sometidos a un riesgo mayor al conocido para el tratamiento de varices esofágicas.

XVI. RECURSOS PARA EL ESTUDIO:

Recursos humanos:

Médico de base y residente adscrito al servicio de gastrocirugía.

Recursos materiales:

Expedientes clínicos de los pacientes en estudio.

Hojas papel bond

Una computadora personal

Recursos financieros: No se requiere

XII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

- 1.- Elaboración de la tesis y selección de los pacientes: junio y julio del 2005.
- 2.-Recolección de los datos: agosto del 2005.
- 3.-análisis de los datos: septiembre del 2005.
- 4.-Elaboración de la tesis con resultados: octubre 2004.

XVIII. ANEXOS:

Se anexa la hija de recolección de datos.

XIX. BIBLIOGRAFÍA

1. Maingot. Operaciones abdominales. 10a ed. pags. 1543-1558.
Hipertensión portal
Schwartz SI
2. Surg Clin N Am
Emergency surgical treatment of bleeding esophageal varices
Langer BF, Greig PD, Taylor BR
3. NEMJ 1989 May; 320(21):1393-8
Controversies in the management of bleeding esophageal varices
(part I)
Terblanche J, Burroughs AK, Hobbs KE
4. Crit Care Clin 1998 Jul; 14(3):441-55
An evidence-based approach to the treatment of esophageal variceal
bleeding.
Schoenfeld PS, Butler JA
5. Dig Dis Sci 1998 Jul; 43(7):1566-1571

- Effects of octreotide on lower esophageal sphincter in patients with cirrhosis and portal hypertension.
Barrioz T, Borderie C, Strock P, Ingrand P, Fort E, Silvain C, Beauchant M
6. *Digestion* 1998; 59 Suppl 111-22
Approach to the management of bleeding esophageal varices: role of somatostatin.
Avgerinos A
 7. *Am J Gastroenterol* 1998 Dec;93(12):2431-5
Modulation of intravariceal pressure with pentoxifylline: a possible new approach in the treatment of portal hypertension.
Eleftheriadis E, Kotzampassi K, Koufogiannis D
 8. *J gastroenterol* 1998 Feb;33(1):1-5
Ligation plus low-volume sclerotherapy for high-risk esophageal varices: comparisons with ligation therapy or sclerotherapy alone.
Masumoto H, Toyonoaga A, Oho K, Iwao T, Tanikawa K
 9. *J Am Coll Surg* 1995 Mar;180(3):257-272
Three decades of experience with emergency portocaval shunt for acutely bleeding esophageal varices in 400 unselected patients with cirrhosis of the liver
Orloff MJ, Orloff MS, Orloff SL, Ramborri M, Girard B
 10. *J Gastroenterol* 1998 Apr;33(2):241-246
Long-term prognosis of non-shunt operation for idiopathic portal hypertension.
Ohashi K, Kojima K, Fukazawa M, Beppu T, Futagawa
 11. *Hepatology* 1998 Jan;27(1):48-53
Transjugular intrahepatic portosystemic shunt versus endoscopic sclerotherapy for the prevention of variceal bleeding in cirrhosis: a randomized multicenter trial. Gruppo Italiano Studio TIPS (G.I.S.T.). Merli M, Salerno F, Riggio O, De Franchis R, Fiaccadori F, Meddi P, Primignani M, Pedretti G, Maggi A, Capocaccia L, Lovaria A, Ugolotti U, Salvatori F, Bezzi M, Rossi
 12. *Am J Surg* 1983 Jun; 145(6):809-810
Treatment of bleeding esophageal varices. A new technique.
Blanco-Benavides R
 13. *Rev Gastroenterol Mex* 1987 Jan;52(1):15-19
Surgical treatment of hemorrhage from esophageal varices. A nonderivative method.
Azcoltia Moraila F, Díaz Jimenez O
 14. Tratamiento de la hemorragia por várices esofágicas: estudio comparativo entre gastrogastro anastomosis y escleroterapia. Sofia Eugenia Turcios Camposano.

- Hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. México. 1995.
Tesis para especialidad en Gastroenterología
15. Tratamiento de hemorragia por várices esofágicas: Gastrogastroanastomosis vs escleroterapia. Ana Cristina Vargas Velasco. Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. México, 1993. Tesis para la especialidad en gastroenterología.
 16. *Hepatology* 1992;15(1):69-75
Endoscopic injection sclerotherapy for 1000 patients with esophageal varices: a nine-year prospective study.
Hashizume M, Kitano S, Koyanagi N, Tanoue K, et al.
 17. *Surg Endosc* 1998 Jun;12(6):835-838
Benefit of prophylactic endoscopic sclerotherapy of esophageal varices. A retrospective analysis.
Svoboda P, Kantorova I, Ochmann J, Kozumplik L
 18. *Hepatology* 1992 Jan;15(1):63-68
Sclerotherapy vs esophageal transection vs distal splenorenal shunt for the clinical management of esophageal varices in patients with child class A and B liver function: a prospective randomized trial.
Kitano S, Iso Y, Hashizume M, Yamaga H, Koyanagi N, Wada H, Iwanaga T, Ohta M, Sugimachi K
 19. *World J Surg* 1992 Nov;16(6):1193-1200
Present status of sclerotherapy and surgical treatment for esophageal varices in Japan.
JJJapanese Research Society for Portal Hypertension and Japanese Research Society for Sclerotherapy of Esophageal Varices.
Idezuky Y