



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
IMSS

UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HE CMNR
"ANTONIO FRAGA MOURET"
CIRUGÍA GENERAL

**"RECURRENCIA DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO
ALTO POSTERIOR A MANEJO QUIRÚRGICO PARA
HIPERTENSIÓN PORTAL EN EL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL
LA RAZA DE ENERO DEL 2001 A DICIEMBRE DEL 2006.**

TESIS DE POSGRADO
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
P R E S E N T A:
DR. ADAN PEREZ JIMENEZ.

ASESOR DE TESIS: DR. JESÚS ARENAS OSUNA.



MÉXICO, D. F. 2008



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.

JESÚS ARENAS OSUNA
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL LA
RAZA

DR. JOSE A. VELAZQUEZ GARCÍA
TITULAR DEL CURSO DE CIRUGIA GENERAL DEL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL LA
RAZA

DR. ADAN PEREZ JIMENEZ
RESIDENTE DE CIRUGÍA GENERAL DEL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL LA
RAZA

No. 2007-3501-82

INDICE

RESUMEN.....	3
SUMMARY.....	5
INTRODUCCION.....	7
MATERIAL Y METODOS.....	12
RESULTADOS.....	13
DISCUSION.....	14
CONCLUSIONES.....	15
BIBLIOGRAFIA.....	16

RESUMEN

Recurrencia de sangrado de tubo digestivo alto posterior a manejo quirúrgico para hipertensión portal en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional la Raza de Enero del 2001 a Diciembre del 2006.

OBJETIVO: Determinar el procedimiento quirúrgico para hipertensión portal que ofrece menor recurrencia de sangrado de tubo digestivo alto .

MATERIAL Y METODOS: Diseño: retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional en el Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret” del Centro Médico Nacional la Raza en pacientes sometidos a manejo quirúrgico para hipertensión portal, en el período comprendido de Enero del 2001 a Diciembre del 2006, del expediente clínico se registró la edad , sexo, procedimiento quirúrgico, recurrencia de sangrado de tubo digestivo alto, clasificación de Child, etiología de la hipertensión portal . Análisis estadístico: Estadística descriptiva.

RESULTADOS: Se estudiaron 14 pacientes, 6 (42%) fueron del sexo masculino y 8 (57%) del femenino, el promedio de edad fue de 40.5 años con un rango de 18 a 63 años. El seguimiento de los pacientes fue en promedio de 15.3 meses con un intervalo de 2 a 51 meses. No se reportó recurrencia de sangrado de tubo digestivo alto, el 93% se catalogó como Child A, la etiología fue alcohólica en el 33%.

CONCLUSIONES: La recurrencia de sangrado de tubo digestivo alto no se reportó en ningún paciente de los sometidos a manejo quirúrgico para hipertensión portal

considerados en este estudio, por lo que se puede considerar a ambos procedimientos, tanto derivativo como no derivativo, como eficaces.

PALABRAS CLAVE: Hipertensión portal, sangrado de tubo digestivo alto.

SUMMARY

Recurrence of bleed of high alimentary tract subsequent to surgical handling for portal hypertension in the Hospital de Especialidades of the Centro Medico Nacional la Raza of January of the 2001 to December of the 2006.

OBJECTIVE: To determine which is surgical procedure for portal hypertension that tells on smaller recurrence of bleed of high alimentary tract in surgeries made in the Hospital de Especialidades of the Centro Medico Nacional la Raza of January of the 2001 to December 2006

MATERIAL AND METHODS: A study was made retrospective, cross-sectional, descriptive and observational in the Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” of the Centro Medico la Raza in patients submissive surgical handling for portal hypertension, in the included/understood period of January of the 2001 to December of the 2006 to determine which is the surgical procedure for portal hypertension that counts on smaller bleed recurrence of high alimentary tract made in this unit during the period included/understood by the study. The analysis of data was made by means of descriptive statistic.

RESULTS: 14 patients considered themselves, 6 (42%) were of masculine sex and 8 (57%) of feminine sex, the average of age was of 40,5 years with a rank of 18 to 63 years. The pursuit of the patients was in average of 15,3 months with an interval of 2 to 51 months. In no patient bleed recurrence of high alimentary tract was reported.

CONCLUSIONS: The recurrence of bleed of high alimentary tract was not reported in any patient of put under surgical handling for portal hypertension in this study, reason why it is possible to be considered to both procedures, derivative as much nonderivative, like effective.

KEY WORDS: Portal hypertension, bleed of high alimentary tract.

INTRODUCCION

La hipertensión portal se define como un incremento en la presión sanguínea en el sistema venoso portal. El aumento en las resistencias al flujo se divide en tres categorías: prehepáticas (trombosis de la vena porta, compresión extrínseca de la vena porta por tumores o pseudoquistes); hepática (cirrosis, esquistosomiasis, fibrosis hepática) y posthepática (trombosis de la vena hepática Budd-Chiari, pericarditis constrictiva, insuficiencia cardíaca derecha). La cirrosis alcohólica es la causa más frecuente de hipertensión portal, representa más de 85% de los casos. El aumento del flujo se observa con las fistulas arteriovenosas (congénitas o traumáticas) o con el aumento sanguíneo esplénico. (1)

El incremento en la presión portal causa el desarrollo de circulación colateral portosistémica con cortocircuitos portosistémicos compensatorios y circulación intrahepática alterada. Estos factores son parcialmente responsables de las importantes complicaciones de la enfermedad hepática crónica, incluyendo sangrado variceal, encefalopatía hepática, ascitis, síndrome hepatorenal, infección recurrente y anomalías en la coagulación. (2)

La hemorragia resultante de la ruptura de varices gastroesofágicas es la principal complicación de la hipertensión portal, y representa una importante causa de muerte y de trasplante hepático en pacientes con cirrosis. El sangrado variceal es el último paso de una serie de cambios que es iniciado por el incremento en la presión portal, seguido por la formación y dilatación progresiva de las varices y finalmente ruptura y sangrado. De los pacientes con varices esofagofástricas, aproximadamente 10% desarrollarán

hemorragia variceal por año. Para que el sangrado variceal ocurra, la presión portal debe incrementarse a valores por arriba de 12 mmHg. Además, estudios prospectivos han mostrado que pacientes con varices grandes (>5 mm de diámetro) tienen mayor riesgo de hemorragia variceal comparados con pacientes con varices pequeñas. Cuando las varices han sangrado, el riesgo de resangrado es mayor a 50%. (1, 2)

La mayor parte de los sangrados relacionados con hipertensión portal ocurre desde varices esofágicas, pero el sangrado puede provenir de varices gástricas o ectópicas, o desde gastropatía o enteropatía hipertensiva portal. (2)

El uso de agentes farmacológicos en el manejo de hipertensión portal ha sido un tópico de intenso interés en los últimos 25 años desde los medicamentos para prevenir sangrado o resangrado (beta bloqueadores) hasta un número de agentes vasoactivos tales como octreótide, somatostatina y terlipresina, los cuales han sido encontrados efectivos en el manejo agudo del sangrado variceal. (3)

La terapia endoscópica, preferiblemente la ligadura de varices, es la piedra angular del manejo, la inserción de TIPSS (shunt portosistémico intrahepático transyugular con endoprótesis) es reservada para casos en los cuales la intervención endoscópica no es efectiva, sin embargo cuenta con un índice de resangrado de hasta 19%, el costo de tratamiento es mayor al de la endoscopia, se acompañan de una tasa de encefalopatía de hasta 25% y tiende a empeorar la función del riñón en pacientes con insuficiencia renal. Entre los métodos más ampliamente utilizados en nuestros días están la escleroterapia o la ligadura para el control de los episodios agudos. Las recidivas después de la escleroterapia sin un tratamiento quirúrgico son altas, de 30 a 50%. Además, la

escleroterapia no es capaz de tratar el hiperesplenismo, capacidad absorptiva intestinal disminuida, retardo en el crecimiento, gastropatía portal hipertensiva, biliopatía portal y colopatía portal hipertensiva. (1, 4)

El tratamiento quirúrgico para hipertensión portal tiene como objetivos fundamentales disminuir la presión portal a tal grado que evite la recurrencia de hemorragia o frenar un episodio agudo y tratar el hiperesplenismo. La cirugía para hipertensión portal ha evolucionado grandemente en las últimas décadas. Esta puede dividirse en dos categorías: cirugía derivativa y cirugía no derivativa. La cirugía no derivativa es preferida en situaciones de emergencia o cuando la realización de una derivación no es viable. (1, 4)

La clasificación de Child valora la gravedad de la insuficiencia hepática y el riesgo quirúrgico que se relaciona por el uso de varios parámetros de funcionamiento hepático y nutrición. Los pacientes que pertenecen a la clase A de Child tienen buen índice de riesgo y bajos índices de mortalidad quirúrgica, mientras que los pacientes que se encuentran dentro de la clase C tienen índice de mortalidad mucho mayor. (1)

Estudios randomizados que comparan cirugía de derivaciones portocavales con escleroterapia en la prevención de resangrado variceal reportaron reducción en los índices de sangrado pero incremento en los índices de encefalopatía en el grupo quirúrgico. (2)

En el tratamiento quirúrgico de los pacientes con hipertensión portal hemorrágica se han utilizado procedimientos de derivación portosistémica selectivos y no selectivos, así

como intervenciones dirigidas a desvascularizar el área esófago gástrica. El estudio clínico, bioquímico y radiológico permite una selección adecuada de los procedimientos quirúrgicos con la finalidad de prevenir la recurrencia de la hemorragia gastrointestinal como consecuencia de la hipertensión portal. En las derivaciones portosistémicas selectivas el flujo sanguíneo portal es parcialmente preservado, la función hepática es conservada y el riesgo de encefalopatía es bajo. (1)

Estudios prospectivos randomizados han comparado derivaciones selectivas esplenorenales y derivaciones portocavales totales en poblaciones de más de 80% de alcohólicos estatificados con diferentes grados de Child, los índices de sobrevivencia y resangrado no mostraron diferencias significativas. (5, 6)

En pacientes que no se localizan vasos venosos derivables los procedimientos de desvascularización gastroesofágica de Hassab-Paquet o Sugiura-Futagawa deben ser realizados. Estas operaciones tienen un alto riesgo de sangrado recurrente (52-92%) a largo plazo y un índice sustancial de complicaciones y mortalidad. (5, 7)

El procedimiento de Warren es una derivación esplenorenal distal en el cual la vena esplénica y la vena renal son anastomosadas de forma termino lateral en la unión de la vena renal con la vena cava inferior. Además la vena gástrica izquierda es ligada. Este procedimiento reduce el flujo vía la coronaria y venas gástricas cortas hacia el plexo venoso esofágico, y la reducción del flujo venoso portal es mínima. La encefalopatía es rara después de este tipo de derivación. El uso de este tipo de derivación parece ser una terapia suficiente a largo plazo para pacientes con hipertensión portal asociada con sangrado gastrointestinal alto y enfermedad hepática estable. (8, 9, 10)

La derivación en H conecta la vena mesentérica y la vena cava por interposición de una prótesis vascular de diámetro variable. En manos experimentadas, el índice de encefalopatía después de este tipo de derivación es también bajo. (8, 11)

Los índices de resangrado posterior a manejo quirúrgico varían desde el 2.5% hasta el 23% dependiendo el tipo de procedimiento quirúrgico utilizado, etiología de la hipertensión portal, grado de insuficiencia hepática y edad de los pacientes en un seguimiento de 21-86 meses. (11, 12, 13, 14)

Martínez y colaboradores en su estudio reportan un 4.09% de resangrado posterior a procedimiento Sugiera + escleroterapia en pacientes con clase A y B de Child. Wolf recaba los resultados posteriores a derivación esplero renal con un índice de resangrado del 6 al 11% en pacientes con clase A y B de Child y posterior a derivación en H el índice de resangrado fue de 4.5 a 8% con clase A y B de Child. Livingstone y cols reportan resangrado en 12% de pacientes sometidos a derivación de Warren que incluía pacientes con clasificaciones de child A, B y C. Rosemurgy y cols reportan 5% de resangrado posterior a derivación portocaval en H en pacientes con clases A, B, y C de Child. Orloff y cols reportan un índice de resangrado del 2.5 posterior a derivación portosistémica que incluía derivaciones esplenorenal central latero lateral, central termino lateral y derivación mesocaval termino lateral en pacientes con hipertensión portal extrahepática, no se reporta la clase de Child de los pacientes. Oymaci y cols reportan 13.5% de resangrado en su estudio en pacientes con clases A, B, y C de Child sometidos a derivación esplenorenal distal y proximal. Jenkins y cols reportan

resangrado en 6.8% de pacientes sometidos a derivación esplenorenal. (1, 5, 9, 11, 12, 13, 14)

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional en el Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret” del Centro Médico Nacional la Raza en pacientes sometidos a manejo quirúrgico para hipertensión portal, en el período comprendido de Enero del 2001 a Diciembre del 2006 para determinar cuál es el procedimiento quirúrgico para hipertensión portal que cuenta con menor recurrencia de sangrado de tubo digestivo alto, de los realizados en la Unidad.

Se incluyó a todos los pacientes de ambos sexos de 16 años y mayores sometidos a manejo quirúrgico para hipertensión portal intervenidos en el Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” del Centro Medico Nacional la Raza durante el período de Enero del 2001 a Diciembre del 2006, para lo cual se recurrió a la consulta de los expedientes de los pacientes registrados como postoperados de cirugía para manejo de hipertensión portal en los egresos del servicio de Cirugía General de ésta Unidad Médica.

Se recuperaron de los mismos los datos concernientes a nombre, afiliación, edad, sexo, etiología de la hipertensión portal, severidad de la insuficiencia hepática, procedimiento quirúrgico realizado y recurrencia de sangrado de tubo digestivo bajo durante su seguimiento. El análisis de datos se realizó mediante estadística descriptiva.

RESULTADOS

Se revisaron los expedientes clínicos de un total de 15 pacientes sometidos a manejo quirúrgico para hipertensión portal en el Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” del Centro Médico Nacional la Raza durante el período comprendido de Enero del 2001 a Diciembre del 2006, de los cuales se eliminó un paciente por falta de seguimiento postoperatorio.

De los 14 pacientes considerados, 6 (42%) fueron del sexo masculino y 8 (57%) del sexo femenino, el promedio de edad fue de 40.5 años con un rango de 18 a 63 años, la etiología de la hipertensión portal fue cirrosis alcohólica en 5 pacientes, cavernomatosis de la vena porta en 4, Síndrome de Budd-Chiari en 1, cirrosis biliar en 1, cirrosis criptogénica en 1 y cirrosis de etiología no especificada en 2.

La severidad de la insuficiencia hepática se clasificó como Child A en 14 pacientes y Child B en 1, se realizó cirugía derivativa (procedimiento de Warren) en 2 pacientes y cirugía no derivativa (procedimiento de Sugiura) en 12 pacientes.

El seguimiento de los pacientes fue en promedio de 15.3 meses con un intervalo de 2 a 51 meses, en los 2 pacientes sometidos a procedimiento derivativo el seguimiento fue mayor a 1 año. En ningún paciente se reportó recurrencia de sangrado de tubo digestivo alto durante su seguimiento.

Como complicación del procedimiento quirúrgico se reportó estenosis esofágica postquirúrgica en 3 pacientes (25%) sometidos a procedimiento no derivativo (Sugiura).

DISCUSION

Durante el presente estudio no se reporta ningún caso de recurrencia de sangrado de tubo digestivo alto, tanto en pacientes sometidos a procedimiento derivativo como en los sometidos a procedimiento no derivativo en comparación con los reportes de la literatura.

Según los resultados de los estudios más recientes, Martínez y colaboradores en su estudio reportan un 4.09% de resangrado posterior a procedimiento Sugiura + escleroterapia en pacientes con clase A y B de Child.

Wolf recaba los resultados posteriores a derivación esplenorenal con un índice de resangrado del 6 al 11% en pacientes con clase A y B de Child (5).

Livingstone y cols reportan resangrado en 12% de pacientes sometidos a derivación de Warren que incluía pacientes con clasificaciones de child A, B y C (9).

Oymaci y cols reportan 13.5% de resangrado en su estudio en pacientes con clases A, B, y C de Child sometidos a derivación esplenorenal distal y proximal (13).

Jenkins y cols reportan resangrado en 6.8% de pacientes sometidos a derivación esplenorenal(14).

De los pacientes incluidos en el presente estudio 13 pacientes (92.8%) se encontraban clasificados como Child A y solo 1 (7.1%) como Child B, y en los estudios de referencia se incluían pacientes en clases A, B y C de Child, lo que significa una mejor reserva de la función hepática y de las condiciones generales de los pacientes intervenidos en este estudio.

Además, en este estudio el tamaño de la muestra fue muy pequeño y el período de seguimiento postquirúrgico de los pacientes fue menor a 1 año en 5 de ellos y sólo en 1 fue superior a 2 años.

Tomando en cuenta que los resultados son muy variables en cuanto a la frecuencia de resangrado de tubo digestivo alto en los estudios previos, es de considerarse la influencia de algunos otros factores en el desarrollo de sangrado posterior a la cirugía.

Tomando en consideración los resultados del presente estudio y los resultados obtenidos en los estudios previos en otras instituciones, es evidente la necesidad de la realización de estudios prospectivos, tomando en consideración la presencia de otros factores que pueden influir en el desarrollo de resangrado posterior al manejo quirúrgico.

Los estudios posteriores, además, deben incluir un periodo de seguimiento más uniforme, con control endoscópico del tubo digestivo alto para documentar la recidiva de varices esofágicas y gastropatía hipertensiva, que serían los posibles orígenes del resangrado.

CONCLUSIONES

La recurrencia de sangrado de tubo digestivo alto no se reportó en ningún paciente de los sometidos a manejo quirúrgico para hipertensión portal considerados en este estudio, por lo que se puede considerar a ambos procedimientos, tanto derivativo como no derivativo, como eficaces.

La muestra y el seguimiento de los pacientes fue mínima, por lo que serán necesarios estudios prospectivos con una muestra mayor y un período de seguimiento más largo para corroborar los resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFIA

1. Martinez D, Vecerra CP, Huerta M, et al. Operación Sugiura tiempo abdominal mas escleroterapia en pacientes con hipertensión portal hemorragica. Experiencia de 10 años. *Cir Ciruj* 2002; 70:226-231.
2. Stanley AJ, Hayes PC. Portal hypertension and variceal haemorrhage. *Lancet* 1997; 350:1235-1239.
3. Plevris JN, Hayes PC. Treating bleeding oesophageal varices with vasoactive agents: good value for money? *Curr Med Res Opin* 2007; 23 (7): 1745-1747.
4. Rao KL, Goyal A, Menon P, et al. Extrahepatic portal hypertension in children: observations on three surgical procedures. *Pediatr Surg Int* 2004; 20: 679-684.
5. Wolf M, Hirner A. Current state of portosystemic shunt surgery. *Arch Surg* 2003; 388: 141-149.
6. Spina GP, Santambrogio R, Opocher E, et al. Early hemodynamic changes following selective distal splenorenal shunt for portal hipertensión: Comparison of surgical techniques. *World J Surg* 1990; 14: 115-122.
7. Lepner U, Basan T, Rebane E, et al. Sugiura procedure in the treatment of bleeding esofhageal varices. *Br J Surg* 1998; 85 (suppl 2):71-72.
8. Rosca J, Keller FS. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt: Present status, comparison with endoscopic therapy and shunt surgery, and future prospectives. *World j Surg* 2001; 25: 337-346.
9. Livingstone AS, Koniaris LG, Perez EA, et al. 507 Warren-Zeppa distal splenorenal shunts. A 34-year experience. *Ann Surg* 2006; 243 (6): 884-893.

10. Elwood DR, Pomposelli JJ. Distal splenorenal shunt: preferred treatment for recurrent variceal hemorrhage in the patient with well-compensated cirrhosis. *Arch Surg* 2006; 141 (4): 385-388.
11. Rosenurgy A, Thometz D, Clark W, et al. Survival and variceal rehemorrhage after shunting support small-diameter prosthetic H-graft portacaval shunt. *J Gastrointest Surg* 2007; 11: 325-332.
12. Orloff MJ, Orloff MS, Girard B, et al. Bleeding esophagogastric varices from extrahepatic portal hypertension: 40 years experience with portal-systemic shunt. *J Am Coll Surg* 2002; 194: 717-728.
13. Oymaci E, Kapkac M, Yetgin S, et al. Selective shunting in elective treatment of portal hypertension. *Br J Surg* 1997; 84 (suppl2): 97.
14. Jenkins RL, Gedaly R, Pomposelli JJ, et al. Distal splenorenal shunt: role, indications and utility in the era of liver transplantation. *J Vasc Interv Radiol* 2000; 11 (1): 144-145.