

DESCONEXION PORTO-AZIGOS Y TRANSECCION GASTRICA EN EL TRATAMIENTO DE LAS VARICES ESOFAGICAS SANGRANTES

Alfonso Campos Rojas* F.A.C.S.

RESUMEN

Veintitrés pacientes (12 masculinos y 11 femeninos) con várices esofágicas sangrantes e hipertensión portal fueron sometidos a una desconexión porto-ázigos con transección gástrica según la técnica de Tanner. La cirrosis hepática fue la causa más frecuente de la hipertensión portal (86%). De acuerdo a la clasificación de Child, 13 pacientes pertenecían al grupo A, 7 al grupo B y 8 al grupo C.

Seis pacientes presentaron sangrado por várices esofágicas en el postoperatorio inmediato y nueve en los dos años siguientes. Los ocho pacientes restantes no presentaron complicaciones durante el período de seguimiento en los primeros 24 meses.

Se concluye que la desconexión porto-ázigos con transección gástrica es una alternativa para la escleroterapia de várices esofágicas sangrantes en los pacientes con hipertensión portal y se recomienda su empleo especialmente en los pacientes con una buena función hepática tipo Child A o en la hipertensión portal tipo presinusoidal (pre-hepática). (Rev. Cost. Cienc. Méd. 1993; 14 (3, 4): 13-18).

INTRODUCCION

En 1950, el Dr. Norman Tanner (1, 2) describió la operación y los resultados de la transección del estómago y posterior reanastomosis y la desvascularización del segmento superior de los vasos tributarios al sistema porta, en pacientes con várices esofágicas sangrantes, operación que en la actualidad se conoce como desconexión porto-ázigos con transección gástrica.

Las operaciones no derivativas en hipertensión portal, como la descrita por Tanner, fueron abandonadas casi por completo en las últimas tres décadas.

Su abandono se debió a la alta mortalidad de los procedimientos quirúrgicos, tanto derivativos como no derivativos, en los casos particularmente de resolución aguda.

La escleroterapia transendoscópica tomó entonces un lugar prioritario como método de elección en el tratamiento de las várices esofágicas sangrantes. Sin embargo muchas interrogantes existen en la actualidad sobre su verdadera eficacia, especialmente a largo plazo.

Por esa razón las operaciones no derivativas abandonadas por varias décadas han retomado importancia en los últimos años. Algunos autores como Yamamoto han reportado recientemente excelentes resultados con la desconexión porto-ázigos, aunque otros no son tan buenos en cuanto a supervivencia y a resangrado (3).

* Servicio de Cirugía General. Hospital México. San José, Costa Rica.

En el Hospital México, durante muchos años se empleó este tipo de intervención como una alternativa en el abordaje quirúrgico de los pacientes con várices esofágicas sangrantes por hipertensión portal.

El presente trabajo expone los resultados obtenidos en el grupo de pacientes tratados con este procedimiento.

MATERIAL Y METODOS

La presente revisión analiza los resultados de la desconexión porto-ázigos con transección gástrica en el tratamiento de 23 pacientes portadores de várices esofágicas sangrantes por hipertensión portal, en un período de tiempo comprendido desde setiembre de 1969 a octubre de 1987 en el Hospital México, San José, Costa Rica.

En casi todos los casos, los pacientes fueron admitidos por un episodio agudo de sangrado, pero fueron tratados médicamente con medidas de estabilización que permitieran la intervención quirúrgica en las mejores condiciones posibles desde el punto

de vista clínico, hematológico y de su función hepática.

En aquellos casos en que previamente se había utilizado la sonda de Senstaken-Blakemore (4) o el balón de Linton (4), que por otro lado impiden el abordaje endoscópico de las várices con esclerosantes, se esperó a que transcurriera el tiempo suficiente para la recuperación anatómica de la pared esofágica y gástrica, utilizando en este intervalo otros recursos farmacológicos.

RESULTADOS

El Cuadro 1 muestra la distribución por edad de los 23 pacientes sometidos a desconexión porto-ázigos y transección gástrica en el tratamiento de las várices esofágicas sangrantes por hipertensión portal.

El diagnóstico clínico de cirrosis hepática se estableció en 20 casos (86%), de los cuales la mitad correspondieron al sexo masculino y la otra al femenino.

Se encontró degeneración cavernomatosa de la vena porta en dos casos, un hombre y

CUADRO 1

DISTRIBUCION ETARIA DE 23 PACIENTES SOMETIDOS A UNA DESCONEXION PORTO-AZIGOS Y TRANSECCION GASTRICA

Edad	Masculino	Femenino	Total
0 - 10 años	0	0	0
11 - 20 años	2	1	3
21 - 30 años	1	0	1
31 - 40 años	2	0	2
41 - 50 años	3	2	5
51 - 60 años	4	4	8
61 - 70 años	0	4	4
TOTALES	12	11	23
Edad máxima:	67 años		
Edad mínima:	15 años		
Edad promedio:	46,4 años		

una mujer; un joven del sexo masculino tuvo fibrosis portal.

El antecedente de hepatitis fue positivo en 6 casos (26%) y negativo en los restantes 17 (74%).

Así mismo hubo antecedentes importantes de alcoholismo en 9 casos (39%).

Las manifestaciones clínicas más frecuentes en estos pacientes se presentan en el Cuadro 2.

En todos los casos se realizaron pruebas de función hepática cuyas cifras se consignan en el Cuadro 3.

CUADRO 2

MANIFESTACIONES CLINICAS EN 23 PACIENTES SOMETIDOS A UNA DESCONEXION PORTO-AZIGOS Y TRANSECCION GASTRICA

	Masculino	Femenino	%
Sangrado digestivo alto	11	10	91
Ascitis	2	6	35
Pérdida masa muscular	1	2	13
Ictericia	1	2	13
Esplenomegalia	2	1	13
Encefalopatía metabólica	1	0	4

CUADRO 3

RESULTADOS DE PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA EN 23 PACIENTES SOMETIDOS A UNA DESCONEXION PORTO-AZIGOS Y TRANSECCION GASTRICA

Prueba	Resultado	Nº pacientes	%
Proteínas totales	6 g o más	10	43
	3 - 6 g	13	57
	3 g o menos	0	
Albúminas	3 g o más	12	52
	menos de 3 g	11	4
Amonio	Normal	7	30
	Aumentado	3	13
	No se realizó	13	57
Tiempo de protrombina	75 - 100%	10	43
	50 - 75%	8	35
	50 o menos	5	22

En 15 pacientes se realizó endoscopia digestiva alta, la cual demostró várices esofágicas importantes en 14 de ellos y una úlcera péptica en el restante.

En los primeros casos admitidos en el Hospital México con este diagnóstico, el estudio no se realizó.

Un estudio de medición de presión en pulpa esplénica y esplenopografía fue realizado en sólo tres enfermos. Las cifras de presión obtenidas en el bazo fueron de 26, 31 y 44 cm³ de agua, respectivamente.

Los pacientes fueron clasificados preoperatoriamente de acuerdo al criterio clínico de Child (5), encontrándose 8 de ellos dentro del grupo A (35%), siete en el grupo B (30%) y 8 en el C (35%).

Las complicaciones postoperatorias más frecuentemente observadas fueron el sangrado digestivo alto por várices esofágicas, en 4 pacientes (17%), la ascitis en 5 pacientes (22%), y en menor grado, ictericia, manifestaciones de encefalopatía metabólica e insuficiencia hepática.

Quizás el dato más significativo, desde el punto de vista quirúrgico de evaluación en cuanto a la eficacia del procedimiento en el

control de sangrado por várices esofágicas, fue la determinación del intervalo libre entre la fecha de la intervención quirúrgica y la presentación nuevamente de sangrado por várices esofágicas, corroborado endoscópicamente. Estos datos se consignan en el Cuadro 4.

De los ocho pacientes (35%) que se mantenían en buenas condiciones y sin sangrar nuevamente, por más de tres años después de la intervención quirúrgica, seis habían sido clasificados como Child A y dos como B.

DISCUSION

El concepto de que la escleroterapia de las várices esofágicas representa el método de elección para el tratamiento de esta afección, ha sido cuestionado recientemente por Terblanche (6), quien en una amplia revisión del tema, ha puesto en duda su eficacia, porque no disminuye significativamente las posibilidades de resangrado. Por esta razón, hemos revisado nuestra experiencia con el empleo de la operación de Tanner; que a pesar de que en manos del autor ha

CUADRO 4

INTERVALO SIN SANGRADO EN 23 PACIENTES SOMETIDOS A UNA DESCONEXION PORTO-AZIGOS MAS TRANSECCION GASTRICA

Intervalo	Nº pacientes	%
Sangrado inmediato	6	26
1 - 6 meses	3	13
6 meses a 2 años	6	26
Más de 2 años	8	35
TOTAL	23	100

establecido un 20% de resangrado (1), no ofrece los problemas metabólicos y de encefalopatía que se describen en otras operaciones derivativas.

La morbimortalidad en este estudio, especialmente por resangrado en el postoperatorio inmediato de un 17%, resulta comparable a la de otros autores, como Giordani (7) y Walker (8). Aunque en los dos primeros años se elevó a un 65%, cifra que también es semejante a la reportada por Wexler (9) con transección esofágica y desvascularización, ocho pacientes en nuestro estudio permanecían bien después de los dos primeros años, y sin nuevos sangrados por várices esofágicas.

La técnica quirúrgica inicialmente descrita por Tanner y Douthwait (10) ha sido también modificada por algunos autores como Womack y Hunt (3).

Nosotros seguimos esencialmente los lineamientos descritos inicialmente para la operación, realizando únicamente la reanastomosis parcial del estómago proximal a la curvatura menor.

Nuestros resultados demuestran así mismo que las posibilidades de sangrado aumentan directamente en relación al deterioro de la función hepática, pues los mejores resultados los hemos obtenido en los pacientes previamente clasificados como Child A o B. El procedimiento quirúrgico empleado, o sea la técnica descrita por Tanner con algunas pequeñas modificaciones, representa una excelente alternativa a la escleroterapia para el tratamiento de las várices esofágicas sangrantes en los pacientes con hipertensión portal, y recomendamos su empleo en los pacientes con buenas pruebas de función hepática tipo Child A o B, o bien con hipertensión portal tipo presinusoidal, como lo son los pacientes con degeneración cavernomatosa de la vena porta.

ABSTRACT

Twenty-three patients (12 males and 11 females) with portal hypertension and bleeding esophageal varices underwent portal

azygous disconnection and gastric transection as described by Tanner in 1950.

Cirrhosis of liver was the most common cause of the portal hypertension (86%).

According with Child classification 13 patients were Child A, 7 belonged to the group B and 8 to the C.

Six patients rebled from their esophageal varices in the immediate postoperative period and nine during the next two years.

Twenty-four months after the operation, eight patients were well and without complications.

We concluded that portal azygous disconnection and gastric transection is a good alternative for the sclerotherapy of bleeding esophageal varices and we recommend the operation in patients with good liver function or in patients with presinusoidal portal hypertension.

BIBLIOGRAFIA

1. Mc Dermont, William: Surgery of the Liver and Portal Circulation. Lea Febiger Philadelphia. 1974; 1-177.
2. Tanner, N.; Lewis, I.: Gastroduodenal Hemorrhage as a Surgical Emergency. *Proc. R. Soc. M.* London 1950; 43: 145.
3. Wexler, Marvin; Stein, Barry: Nonshunting Operations for variceal Hemorrhage. *Surgical Clinics of North America.* 1990; 70(2): 425-448.
4. Burnett, David; Rikkers, Layton: Nonoperative Emergency Treatment of Variceal Hemorrhage. *Surgical Clinics of North America.* 1990; 70(2): 291-307.
5. Child, Charles: Portal Hipertension. *Major Problems en Clinical Surgery.* 1974; XIV: 1-275.
6. Terblanche, John; Krige, Jake and Bornnan, Philip: Endoscopic Sclerotherapy. *Surgical Clinics of North America.* 1990; 70(2): 341-360.

7. Giordani, M.; Ravo, B.; Sachi M. *et al.*: Treatment of bleeding esophageal varices portoazygos disconnection and esophageal transection with the EEA stapler: a ten years experience. *Surgery*. 1985; 97: 649-652.
8. Walker, R. M.: Esophageal Transection for bleeding varices. *Surgery, Gynecol. Obstet.* 1964; 118: 323-329.
9. Wexler, Marvin; Miller, Normal; Mc Lean, Peter: An aggressive, nonshunting approach for Control of Bleeding Esophageal Varices. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. 1983; 57(4): 341-350.
10. Matory, Earle; Sedgwick, Cornelius; Rossi, Ricardo: Procedimientos no derivadores para el tratamiento de las várices esofágicas sangrantes. *Clínicas Quirúrgicas de Norte América*. 1980; 2: 277-291.