

AVANCES EN TERAPEUTICA

NUEVA TECNICA QUIRURGICA PARA EL TRATAMIENTO DE VARICES ESOFAGICAS SANGRANTES.

REPORTE DE DOS CASOS.

* Dr. Abel R. González C., M.C.D.C.

** Dr. Ludovino Sánchez, M. C. D. C.

Cirujano, Clínica Dr. Abel González, Santo Domingo.
Ayudante Cirugía Hospital Dr. Fco. Moscoso Puello,
Santo Domingo.

** Jefe de Cirugía Hospital Dr. Fco. Moscoso Puello.

INTRODUCCION

En los últimos 20 años se han desarrollado varias técnicas quirúrgicas para el tratamiento de várices esofágicas sangrantes.

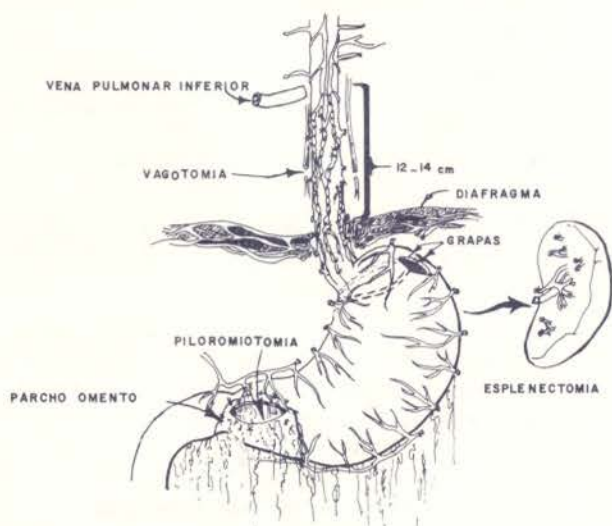
En la década del 60 y 70, las que más auge han tenido, son los puentes porto-sistémicos: porto-cava, en sus diferentes modalidades, los meso-cava y los espleno renales. Debido a su alta tasa de complicaciones, tales como la encefalopatía metabólica, actualmente la tendencia es hacia operaciones que no desvíen la sangre hacia el hígado, sino que atacan directamente a las várices en el esófago y parte proximal del estómago. Aquí presentamos 2 casos en que fue utilizada esta nueva técnica.

intercostal; identificamos el esófago y comenzamos la desvascularización de éste, en todo su alrededor desde la vena pulmonar inferior hasta el cardias; abrimos el diafragma desde el cardias hasta el borde costal, haciendo la hemostasia de lugar y procedemos a extirpar el bazo; seguido se desvasculariza la curvatura menor y mayor del estómago en sus 2/3 proximales en el mismo plano que el esófago. Cuando terminamos tenemos el 1/3 distal del esófago y 2/3 proximal del estómago completamente desvascularizado. Luego procedemos a hacer una Píloromiotomía, además de hacer una Omentopexia sobre la Píloromiotomía, ya que el vago es seccionado durante la disección del Esófago. Para interrumpir la circulación sub-mucosa del estómago hacia el esófago, se coloca una línea de sutura en la cara anterior y posterior del estómago cerca de la unión esofagogástrica. Usando la sutura automática TA-90, de manera que la sutura se entrecruzan entre sí y las várices sobre la pared del esófago se suturan con sutura corrida. Por último se hace una Funduplicación de Nissen para impedir la posibilidad de reflujo.

Suturamos el diafragma cuidando de hacerlo estrecho a nivel del esófago para que en caso de ascitis, no pase al tórax y cerramos éste de manera usual.

REPORTE DE DOS CASOS:

R. P. M.: Paciente de 65 años de edad, que llegó desahuciado de otro centro de salud, con historia de hematemesis y melena masiva por 5 días. Se le había transfundido 15 unidades de sangre. No tenía historia de alcoholismo, tampoco de úlcera péptica. Al examen físico, se veía sudoroso, ansioso con TA 60/30; P. 130; Ht 20 o/o. No había estigma de cirrosis, el tórax y abdomen sin hallazgo revelante alguno. Se procedió a resucitar el paciente y fue llevado a sala de operaciones con el diagnóstico de úlcera péptica sangrante, sin más estudios diagnósticos debido a su mala condición. En la laparotomía se encontró un hígado grande y nodular, así como grandes várices en la curvatura menor y alrededor del esófago. Al abrir el duodeno no se encontró úlcera pero sí varices grandes en el estómago y sangre viniendo desde el esófago. Se procedió a hacer píloroplastia, cerrar la incisión abdominal e hi-



REPRESENTACION ESQUEMATICA DE LA OPERACION COMPLETADA. NO SE MUESTRA LA FUNDOPLICACION.

TECNICA QUIRURGICA

El abordaje quirúrgico se hace a través del tórax por una incisión postero lateral izquierda a nivel del 8vo. espacio

timos el procedimiento descrito anteriormente. El paciente paró de sangrar durante la cirugía, hizo un post-operatorio bueno y fue dado de alta en buenas condiciones.

La gastroscopía hecha 3 meses después de la cirugía no revela várices en el esófago.

El paciente fue visto por última vez 10 meses después de la cirugía, no había vuelto a sangrar, presentaba ascitis que respondió al tratamiento médico. Sigue vivo y aparentemente bien.

CASO II:

C. A.: Paciente de 35 años, conocido cirrótico, con historia de sangramiento repetido por várices esofágicas. Admitido al Hospital para cirugía electiva. Tenía várices esofágicas demostradas por gastroscopía. Fue operado en enero de 1980. Hizo un post-operatorio muy bueno. La gastroscopía realizada 3 meses después de la cirugía demostró desaparición completa de las várices. Fue visto 6 meses después de la cirugía y estaba aparentemente bien, no ha vuelto a sangrar. Se utilizó la misma técnica quirúrgica empleada con el Caso No. 1.

DISCUSION:

Sugira y Col.¹, en 1973 describieron su técnica de devascularización gastroesofágica, en la cual la circulación sub-mucosa gastro-esofágica es interrumpida, transectando el esófago y volviéndolo a anastomosar.

Su casuística² revela los mejores resultados de la literatura, en lo referente a mortalidad, resangrado y encefalopatía.

Hiroshima y Col.³ reportaron que habían abandonado los puentes-portosistémicos en el Japón, por sus pobres resultados en pacientes con cirrosis no alcohólica, que es el tipo de cirrosis más frecuente allí. Este bien podría ser el caso en República Dominicana y estimula la investigación en este sentido. Su técnica distinta a la empleada por nosotros, aparece descrita en otra parte.³

Delaney⁴ en U.S.A. publica su método usando la sutura automática TA-90, para interrumpir la circulación sub-mucosa gastroesofágica.

Peracchia⁵ y Col. utilizan la sutura automática EEA y hacen la devascularización gastroesofágica a través del abdomen, además de preservar los vasos. Nosotros preferimos hacer la operación a través del tórax, ya que el bazo de estos pacientes, generalmente están aumentados de tamaño y presenta múltiples adherencias vasculares al diafragma, debido al hiperplenismo que desarrollan los pacientes cirróticos. En nuestro primer paciente, nos encontramos con cientos de adherencias del bazo al diafragma y si hubiésemos tratado de hacer la esplenectomía por el abdomen, nos hubiera resultado técnicamente muy difícil. La vida del paciente hubiese sido expuesta a mayor riesgo. También preferimos la sutura automática TA-90 para economizar el tiempo, pero no descartamos el uso de la auto sutura EEA.

SUMARIO:

Reportamos dos pacientes con várices esofágicas, en los cuales utilizamos, una nueva técnica quirúrgica consistente

en la devascularización del 1/3 distal del esófago y 2/3 proximales del estómago, además de esplenectomía e interrupción de la circulación gastro-esofágica sub-mucosa. El sangramiento fue controlado en ambos casos, están vivos y no han vuelto a sangrar, como tampoco han evidenciado encefalopatía alguna.

Consideramos esta técnica un paso de avance, para prolongar la vida de los pacientes cirróticos con várices esofágicas.

Reconocemos que tanto el número de pacientes manejados por nosotros con esta técnica, así como el tiempo de seguimiento de estos casos (10 veces en promedio), no avala la superioridad de esta técnica, sin embargo, los principios fisiológicos de la misma, la experiencia acumulada en otros países y la lógica del ataque directo a las várices, nos estimulan a proseguir desarrollándola y evaluándola en el servicio de cirugía general del Hospital Dr. Moscoso Puello.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— Sugira, H. Futugowa, S. A. New Technique for treating esophageal varices. *J. Thorac. Cardiovas. Surg.* 1973, 66:677.
- 2.— Sugira, H. Futugowa, S. Further evacuation of the Sugira procedure in the treatment of esophageal varices. *Arch. Surg.* 1977, 112:1317.
- 3.— Hiroshima J. Teruhike H. Nedeyo T, Morihike M. Tharate, Nokuroha y, Benitoni A, Juan F. K., Huya K. Soto H, o Kuda K, Transabdominal esophageal mucosal transection for the control of esophageal varices. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1980, 151:36.
- 4.— Delaney J. P. a method for Esophagogastric descularization surg. *Gynecol. Obstet.* 1980, 150:898.
- 5.— A. Peracchia, M. D., E. Ancona, M. M., G. Battaglia, M. D.: A New Technique for Treatment of Esophageal Bleeding in Portal Hypertension. *J. Surgery*, 1980, 65:5:401.