

## “MODIFICACIONES A LA TECNICA DE SUGYURA FUTAGAWA”

*Dr. Carlos Esteves Edderman \**  
*Dr. Trino Andrade Zambrano \*\**  
*Dra. Sumoy Esteves de Chongqui \*\*\**  
*Dr. Francisco Abarca Aguilar \*\*\*\**

La complicación más grave a que está expuesto un paciente con hipertensión portal de tipo intrahepático o sonosoidal, por Cirrosis, es la hemorragia masiva procedente de Várices sangrantes esofagógicas.

A pesar de los progresos impresionantes en la comprensión de la etiología, fisiopatología y evolución natural de la hipertensión Portal, la mortalidad se conserva elevada; y la Cirugía en esta patología que depende de los resultados puede abrumar y frustrar al Cirujano más hábil, ya que el tratamiento sigue dirigiéndose de manera principal hacia la paliación de las secuelas, sin mejorar el proceso patológico de fondo y muchas veces empeorándolo. Sin embargo vale la pena recordar que hoy en día pese a numerosos estudios y cientos de publicaciones, no se ha logrado ni standarizado un tratamiento eficaz de las Várices Esofágicas con hemorragia. Las opiniones son múltiples e inclu-

---

\* *Profesor de Cirugía de la Universidad de Guayaquil. Cirujano de Planta, Hospital Regional del IESS. - Guayaquil.*

\*\* *Residente R - 4 Post - Grado de Cirugía - Hospital Regional del IESS. Guayaquil.*

\*\*\* *Residente Post - Grado de Cirugía - Hospital Guayaquil. Guayaquil.*

\*\*\*\* *Cirujano de Post - Grado de la Universidad de Guayaquil.*

yen operaciones que no son para derivación y también para derivación, no hay una forma ideal para tratar las Várices Esofágicas y ninguna respuesta fácil a este problema.

El mejor criterio para la asistencia Quirúrgica de estos pacientes es el interrumpir el flujo sanguíneo hacia sitios sangrantes, desconectando el sistema Porta con el Acigos.

Como la mayoría de estos pacientes llegan a la Emergencia de los Hospitales, es conveniente aceptar una Técnica que sea de fácil ejecución, con buenos resultados, es decir, que para el sangrado para que los Cirujanos Residentes puedan operarlos inmediatamente de hecho el diagnóstico.

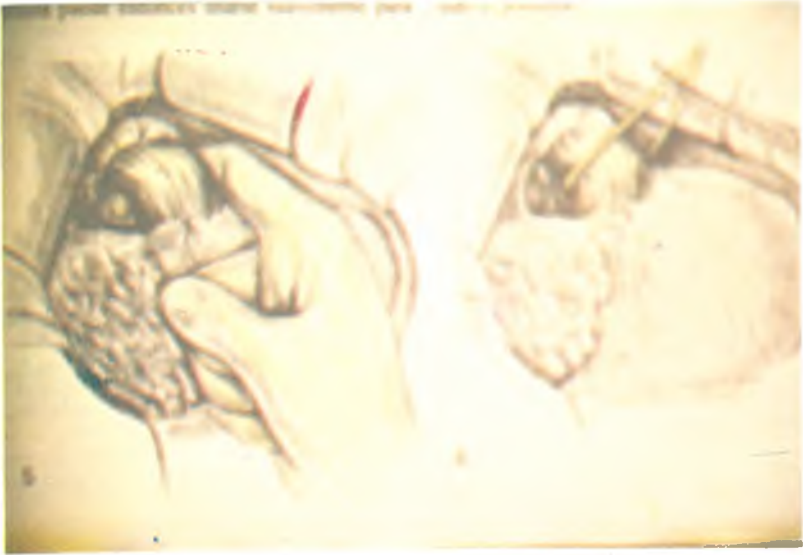
#### *Materiales y Métodos*

Se toman tres pacientes con Sangrado masivo por Várices Esofágicas sangrantes debido a hipertensión Portal por Cirrosis Hepática, a quienes se les realizó la Operación de Sugyura Futugawa, pero con modificaciones, en el Hospital Regional del IESS., de la ciudad de Guayaquil, el primer caso fue Operado por el doctor Carlos Esteves Edderman, paciente U.D.B. de H.C. N<sup>o</sup>. 168828 el día 9 de Noviembre de 1984, de 57 años de edad, el 2<sup>o</sup>. fue Operado por uno de los Jefes de Guardia, doctor Francisco Abarca Aguilar, paciente J.Z.A., 52 años, 29 de Julio de 1985 que antes había sido operado con Técnica de Romero Torres y el 3er caso por el doctor Trino Andrade Zambrano, el 8 de Diciembre de 1985, paciente V.G.G. de 59 años de edad, el resultado de la operación fue inmediato.

Se les efectuó a todos ellos Incisión Media Supraumbilical hasta 2cms. por debajo de cicatriz umbilical; se procede a desvascularizar las curvaturas mayor y menor del Estómago, ligando los Vasos Colaterales de los Coronarios Estomáquicos, y los Vasos Cortos. En la Técnica original se hace Esplenectomía, aquí nosotros ya hacemos una Modificación: sólo ligamos la arteria Esplénica, lo cual hace disminuir el flujo sanguíneo hacia

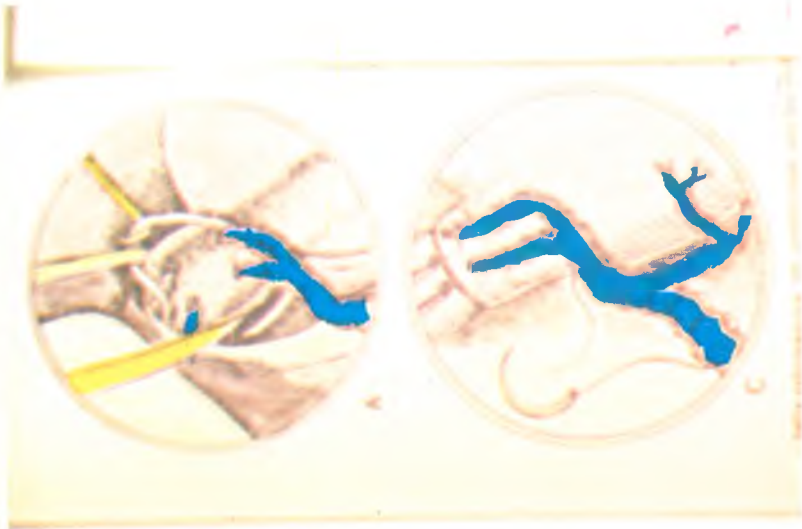
*Fig. No. 1 EN UN CASO OPERADO, DISECCION DEL ESOFAGO ABDOMINAL Y 12 - 15 cm. DEL TERCIO INFERIOR DEL ESOFAGO TORACICO, LIGANDO LAS VENAS.*





*Fig. No. 2 DISECCION DEL ESOFAGO ABDOMINAL Y TORACICO PARA LIGAR VENAS PERIESOFAGICAS.*

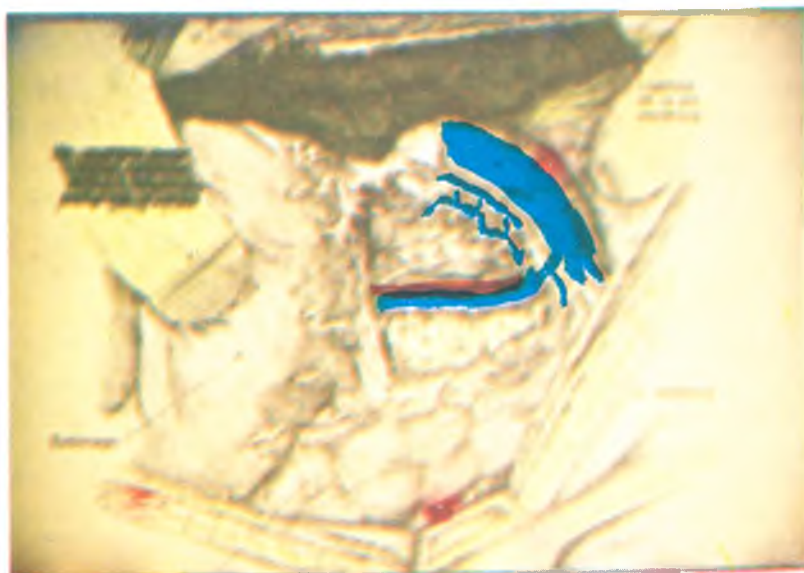
*Fig. No. 3 LIGADURAS DE VENAS DE LA CORONARIA ESTOMACICA Y PERIESOFAGICAS, DESVASCULARIZANDO EL ESOFAGO INFERIOR DE 12 - 15 cm.*





**Fig. No. 4** HEMISECCION ANTERIOR DEL ESOFAGO, SUPRA -  
CARDIAL Y LIGADURA TRANS ESOGAGICA DE LAS  
VENAS DE LA PARED POSTERIOR.

**Fig. No. 5** LIGADURA DE LA ARTERIA ESPLENICA.





la vena Esplénica componente del sistema Porta, y hay menos Stress Operatorio. La segunda modificación es el abordaje del Esófago en su tercio inferior, que en lugar de hacerlo por Toracotomía, lo hacemos por vía del Hiatus Esofágico, así desvascularizamos unos 12cms., ligando los Vasos Venosos colaterales que comunican con las Venas Acigos y Hemiácigos; en esta disección generalmente los Nervios Vagos se lesionan, por eso se le agrega Piloroplastía.

La tercera Modificación, consiste en seccionar sólo la parte anterior del Esófago, transversalmente, por encima del Hiatus, a unos 2 ó 2,5cms. del Cardias, luego las venas de la mucosa de la pared posterior que queda intacta, se produce ligaduras transversales y luego se resutura la pared anterior, al no seccionar completamente el Esófago, nos permite hacer una mejor sutura del Esófago, y las Venas que quedan sin tratamiento en esta mucosa se las liga.

### *Resultados*

Los resultados inmediatos han sido excelentes inmediatamente el Post - Operatorio no sangraban los pacientes, no hubieron mortalidad, tampoco han vuelto a sangrar, el primer caso que se lo controla cada tres meses, en el seguimiento efectuado no ha habido recidivas, en dos años que lleva de Operado. Tampoco dieron otros tipos de complicaciones.

### *Discusión*

El éxito en el tratamiento del paciente Cirrótico con Várices Esofágicas Sangrantes, sigue siendo un problema difícil y discutido, en las mejores circunstancias, aún en los pacientes clasificados como CHI A, la mortalidad quirúrgica sigue elevada. Si bien es cierto en muchos casos controla la hemorragia temporalmente el balón de Blakemore Sengstaken, o de dosis periféricas de Vasopresina, no siempre son alentadores los resultados y los pacientes terminan en Cirugía; mejores resultados está dando

la Escleroterapia de las Várices. Los cortocircuitos Porto – Sistémicos tienen beneficios inciertos, producen Encefalopatías incapacitantes, reservados para los casos que tienen la oportunidad de mejorar su función hepática.

Otros procedimientos quirúrgicos utilizados como el de Tanner y el de Romero Torres realizados en el Servicio del Hospital Regional del IESS., los resultados han sido inciertos.

Nosotros preconizamos una Técnica con modificaciones que ahorra tiempo Operatorio, y stress, debilitando menos al paciente, en dos de ellas si bien es cierto, en la una al no abrir el Tórax se presentan dificultades en las ligaduras, esto se lo subsana con incisión radiada del diafragma en línea media, a partir del hiatus hacia el Esternon de unos 2 – 4 cms., efectuando las ligaduras con cuidados; también es cierto que al no seccionar completamente el Esófago, no se va a producir fibrosis de cicatrización en la pared posterior, pero por eso se ligan los vasos venosos mucosos, y en la pared anterior se cumple este objetivo de la Técnica.

### *Conclusiones*

- 1.- Las modificaciones a la Técnica de Sugyura Futagawa, nos brinda menos stress quirúrgicos y tiempo operatorio.
- 2.- Al no abrir Tórax, y hacer los tiempos quirúrgicos de las ligaduras, se cumplen los objetivos de la Técnica, y esto permite que los Cirujanos Residentes Jefes de Guardia resuelvan el problema, ya que la mayoría de los casos se presentan es en este Servicio.
- 3.- Al no seccionar transversalmente totalmente el Esófago, y ligar las venas de la mucosa posterior, nos dá más facilidad de una buena reanastomosis, y se desconectan las venas de la pared intacta.
- 4.- Todos los pacientes operados dejan de sangrar en el post – operatorio inmediato, todos se encuentran vivos y no ha habido recidiva de la hemorragia.

*Resumen*

Se adopta la Técnica de Sugyura Futagawa para los casos de Hemorragia masiva por Hipertensión Portal en Cirrosis Hepática, por Várices Esofágicas sangrantes, a la cual se efectúan tres modificaciones para hacerla más sencilla, disminuir tiempo y stress operatorio, con la finalidad de que los Residentes Jefes de Guardias de nuestro Hospital donde laboramos la pueda realizar en las emergencias, ya que en la mayoría de estos casos llegan al Servicio de Urgencias y tienen que ser intervenidos por ellos para salvarles la vida, sobre todo después de agotar esfuerzos con otros métodos convencionales. Se presentan tres casos operados en el Hospital Regional del IESS., el primero por el Cirujano de Planta doctor Carlos Esteves Edderman y los otros dos por los Residentes R - 4 de Post - Grado de Cirugía, con magníficos resultados como hemos comprobado durante el seguimiento hecho, el primero desde hace dos años.

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

- 1.- MIKKELSEN W.P. - ZUIDEMA G.D.- CAMERON - SEPPA R., Hipertensión portal - Técnicas operatorias; 694: 735. Cirugía General principios y técnicas.- Salvat Editores S.A. Segunda Edición 1985.
- 2.- ONG L.B. - DAWSON J.L.G.B.- KIRK R.M.- SHIELDS R.- ORLOFF M.J. Hipertensión portal - ligadura transtóricica de las várices esofágicas; Desconexión acigoportal subcardial - anastomosis portocava, esplenorrenal, mesocava 208: 266. Cirugía de abdomen.- Editorial Médica Panamericana Tercera Edición 1983.
- 3.- ŠIGIURAM. AND FUTAGAWA S. - A new technique for treating esophageal várices. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 66:667, 1973.
- 4.- ŠIGIURA M. AND FUTAGAWA S. - Further evaluation of the Sigiura procedure in the tratment of esophageal várices. Arch. Surg., 112: 1317, 1977.



- 5.- TANNER, N.C.: *The late results of porto – azygos disconnection in the treatment of bleeding from esophageal várices.* Ann R. Coll. Surg. Engl. 28:153, 1961.
- 6.- SAX F.L. COOPERMAN A.M. – *Várices esofágicas con hemorragia.* Clínica Quirúrgica de Norteamérica; Vol. 1.197:206. Interamericana U.S.A. 1981.
- 7.- WEXLER M.J. – *Procedimientos esofágicos para controlar la hemorragia por várices.* Clínica de Norteamérica Vol. 4.909:919. Interamericana U.S.A. 1983.

