

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. A. Chifflet

ANASTOMOSIS PORTO - CAVA TERMINO LATERAL (*)

Dres. Carlos A. Ormaechea, M. Arcos Pérez, C. Muñoz Montecavaro,
Raúl Praderi y M. Rubino

El problema de la hipertensión portal ha despertado desde hace mucho tiempo un gran interés entre los médicos y cirujanos.

Las consecuencias más importantes de esta hipertensión son las hemorragias masivas en el tracto digestivo producidas sobre todo por la ruptura de várices gastro - esofágicas.

Estas hemorragias no sólo son peligrosas por sí mismas, sino que cada una de ellas agrava más el hígado enfermo; los comas hepáticos son a menudo precipitados por estos accidentes.

En el momento actual, la cirugía de la hipertensión portal está casi toda dirigida a evitar o mejorar esta grave complicación.

Son muchos los procedimientos operatorios ideados para eliminar la fuente hemorrágica para gastro duodenal, los únicos métodos que en el momento actual reducen eficazmente la hipertensión y por consecuencias disminuyen el riesgo de estas hemorragias, son las derivaciones venosas entre el sistema porta y el sistema cava inferior.

Vamos a presentar aquí 5 enfermos con hipertensión por cirrosis que han sido sometidos a una derivación porto - cava directa término - lateral.

CASO 1. — F.R.O., 42 años. M. Urug. Hist.: 72124.

Motivo de ingreso: Ingresó el día 8-V-958 por profusas hematemesis.

Enfermedad actual: Desde hace varios años dispepsia tipo hepato-vesicular que se acentúa en el último mes.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 2 de setiembre de 1959:

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

El día del ingreso tiene una hematemesis acompañada de lipotimia, sudores profusos y palidez marcada. No ha tenido melenas.

Antecedentes personales: Etilista intenso.

Examen clínico: Estado general regular. Subictericia. Palidez de piel y mucosas. Angiomas estelares. Circulación colateral, gran hepatomegalia dura. Ascitis. Edema de miembros inferiores.

Exámenes complementarios. — Anemia.

Funcional hepático: insuficiencia hepática marcada.

Esofagoscopia: várices en $\frac{1}{3}$ inferior de esófago; el tránsito esofágico no la muestra.

Presión portal: francamente aumentada, medida por cateterismo de las venas suprahepáticas (40 mm. de Hg.).

Preoperatorio. — Con adecuado tratamiento evoluciona bien, mejora el estado humoral y clínico, desaparece la ascitis y se normaliza la función hepática, planteándose una derivación porto-cava.

Operación: (21-VI-958). Dres.: C. Ormaechea, L. Praderi, R. Praderi. Anestesia general. Toracofrenolaparatomía derecha a nivel del 9º espacio intercostal. Hepatomegalia de aspecto cirrótico. No hay ascitis. Presión portal: 43 cmts. de agua. Portografía: derivaciones venosas gastro-esofágicas evidentes. Biopsia hepática.

Se realiza una anastomosis porto-cava término-lateral sin incidentes. Presión portal residual: 21 cmts. de agua.

Postoperatorio: En los primeros días se reproduce la ascitis y presenta una acentuación de su insuficiencia hepática.

A los 18 días hace una dehiscencia de la pared abdominal que se cierra sin problemas; en ese momento se toma la presión portal y se comprueba que es de 17 cmts. de agua.

A los 28 días presenta un estado de confusión mental característico de lo que se describe como intoxicación amoniacal, el laboratorio muestra que los valores de NH_4 sanguíneo están aumentados. Mejora a las 48 horas de suprimir el régimen hiperproteico y al darle antibióticos intestinales.

Es dado de alta en buenas condiciones a los 50 días.

En julio de 1959 reingresa para ser operado de una eventración: Ha aumentado de peso. No ha sangrado más. No tiene ascitis ni edema de miembros inferiores.

El tránsito esofágico muestra que han desaparecido las várices.

El funcional hepático es completamente normal.

Vamos a leer el informe de 2 proteinogramas electroforéticos.

Antes de la intervención: hipoproteinemia con gran inversión de la relación A/G. Gran disminución de las albúminas. Aumento relativo de alfa 1 y alfa 2, absoluto y marcado de beta e intenso de gama. Cirrosis con gran insuficiencia hepática.

Después de la intervención: Mejoría marcada. Ha perdido los caracteres de cirrosis.

Al operarlo de la eventración se toma la presión portal que es de 14 cmts. de agua. Por defectos técnicos radiológicos no se pudo hacer

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

portografía operatoria; pero se pudo comprobar la permeabilidad de la anastomosis. Se hace biopsia de hígado.

El estudio de las biopsias pre y postoperatoria muestra una marcada mejoría de su cirrosis, llamando la atención una infiltración grasosa del hígado luego de la operación.

CASO 2. P.O.P., 43 años. M. Urug. Hist. 76710.

Motivo de ingreso: cirrosis hepática.

Enfermedad actual: Desde hace 6 meses dispepsia hipoesténica y somnolencia postprandial marcada. A veces dolores en hipocondrio derecho. Ultimamente astenia, adelgazamiento, distensión abdominal, diarreas, edema de miembros inferiores e ictericia. No ha tenido hemorragias.

Antecedentes personales: Etilista intenso.

Examen: Euen estado general. Ictericia. Angiomas estelares. Circulación colateral. Ascitis. Gran hepatomegalia muy irregular, presentando nódulos hasta de 6 a 8 cmts. de diámetro, uno de ellos muy doloroso. Edema de miembros inferiores.

Exámenes complementarios. — Anemia intensa.

Leucocitosis: repetidas oscilan entre 26.000 y 36.000 G. B.

Funcional hepático: insuficiencia hepatocítica de mediana intensidad.

Fosfatasís alcalinas: 19.6 U.B.

Tránsito esofágico: várices en $\frac{1}{3}$ inf. de esófago.

Se hace el diagnóstico de cirrosis; pero no se descarta un hepatoma maligno por el hígado nodular, por el aumento de las fosfatasís alcalinas y por la elevada leucocitosis; por lo cual se decide hacer una laparatomía exploradora.

Preoperatorio: Se compensa humoralmente y se normaliza su función hepática.

Operación. — 20-VIII-959. Dres.: C. Ormaechea y R. Praderi.

Incisión igual al anterior. Hepatomegalia nodular de aspecto cirrótico. Ascitis abundante. Presión portal 41 cmts. de agua. Portografía: derivaciones venosas gastro-esofágicas. Biopsia de hígado. Se hace anastomosis porto-cava término-lateral sin incidentes. Presión portal residual: 24 cmts. de agua.

Postoperatorio: Los primeros días bien, luego aumenta la ascitis que debe ser puncionada. Llama la atención la rápida disminución de tamaño del hígado. A los 16 días hace una dehiscencia de la porción abdominal de la pared que se cierra sin inconvenientes.

Es dado de alta a los 35 días con la herida totalmente cicatrizada, sin insuficiencia hepática y sin ascitis clínica.

En el momento actual lleva un año de operado, ha aumentado 20 kilos de peso, no tiene ascitis, no tiene várices esofágicas y el funcional hepático es normal (7.90 grs. de proteínas).

CASO 3. — M. M., 58 años. F. Italiana. Hist. 88900.

Motivo de ingreso: Ingresó el día 6-X-58 por profusas hematemosis y melenas.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Enfermedad actual: Desde hace 2 años dispepsia tipo hepato-vesicular. Desde hace 2 meses dolor continuo en hipocondrio derecho. Anorexia y astenia. Adelgazamiento de 30 kilos. Náuseas, vómitos y ardores epigástricos.

El día anterior a su ingreso tiene una lipotimia seguida de abundante hematemesis; a las 12 horas repite el episodio teniendo posteriormente melenas.

Antecedentes personales: No etilista; pero trabajó muchos años en una bodega. Carencias alimenticias importantes: hace 1 año no come carne.

Examen: Estado general regular. Subictericia. Palidez marcada de piel y mucosas. Circulación colateral. Hepatomegalia dura. Ascitis. Esplenomegalia.

A las 48 horas de su ingreso entra en pre-coma hepático que correctamente tratado mejora.

Exámenes complementarios:

Anemia.

Funcional hepático: marcada insuficiencia hepatocítica.

Tránsito esofágico y esofagoscopia: várices en $\frac{1}{3}$ inf. de esófago.

Manometría por punción esplénica: 44 cmts. de agua.

Esplenopografía: derivaciones venosas gastro-esofágicas.

Poca visualización del lecho portal intrahepático.

Laparoscopia: cirrosis portal, ascitis. Biopsia de hígado.

Preoperatorio: Es preparada durante 2 meses y cuando se compensa su cirrosis es operada.

Operación. — 13-XII-958. Dres.: C. Ormaechea. R. Praderi.

Abordaje igual a los anteriores.

Hepatomegalia con caracteres de cirrosis. No hay ascitis. Presión portal: 45 cmts.

Anastomosis igual a los anteriores sin incidentes.

Presión residual: 25 cmts. de agua.

Postoperatorio: Bueno. A los 3 días ictericia que mejora rápidamente. Neumopatía aguda derecha. Tromboflebitis de safenas internas de ambas piernas por catéter de polietileno.

Los funcionales hepáticos muestran una ligera descompensación que mejora.

Alta a los 30 días en buenas condiciones.

Pasa bien 3 meses y reingresa con ictericia, astenia, anorexia y hepatoesplenomegalia. No hay circulación colateral, no ha tenido hemorragias y no tiene várices esofágicas.

El funcional hepático muestra una insuficiencia hepatocítica importante; se interpreta el episodio como un empuje de su cirrosis. Se intenta hacer una punción esplénica para medir presión y hacer esplenopografía pero no se puede.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Se instituye un tratamiento para su insuficiencia hepática y es dada de alta a los 60 días de su 2º ingreso en buenas condiciones. En el momento actual está bien.

CASO 4. — G. S. L., 45 años. M. Urug. Hist. 72124.

Motivo de ingreso: Ingresa por melenas y ascitis.

Enfermedad actual: Desde hace años tiene dispepsia tipo hipoesténico. Desde hace 20 días astenia, anorexia, mareos, estado febril y dolores difusos en hipocondrios y flancos.

Hace 15 días 2 melenas importantes. Hace 4 ó 5 días gran distensión abdominal y nuevas melenas acompañadas de mareos, sudores y palidez de piel y mucosas.

No ha tenido hematemesis.

Antecedentes personales: Etilista. Diabetes desde hace 3 años.

Examen: Buen estado general. Palidez de piel y mucosas. Subictericia. Angiomas estelares. Circulación colateral. Hepatomegalia dura. Ascitis. Edema de miembros inferiores.

Exámenes complementarios:

Anemia.

Funcional hepático: discreta insuficiencia.

Tránsito esofágico y esofagoscopia: várices en $\frac{1}{3}$ inf. de esófago.

Manometría por punción esplénica: 38 cmts. de agua.

Esplenoportografía: derivaciones gastro - esofágicas. y mesentérica inferior. Poca visualización porta.

Laparoscopia: cirrosis, ascitis, biopsia hepática.

Preoperatorio: Es compensado de su cirrosis lo que sucede rápidamente.

Operación. — 18-II-959. Dres.: C. Ormaechea y R. Praderi.

Abordaje igual a los anteriores. Hepatomegalia. No hay ascitis. Presión portal: 36 cmts. Se hace anastomosis sin incidentes. Presión residual: 11 cmts.

Postoperatorio: Bueno. A los 4 días hace una subictericia que retrocede. Alta a los 18 días.

Pasa bien 3 meses, y en mayo se le hace nueva manometría por punción esplénica que muestra que la presión es de 20 cmts. La esplenoportografía muestra una anastomosis permeable y una disminución marcada de las derivaciones venosas gastro - esofágicas.

El funcional hepático es normal.

En el momento actual está bien, no se han repetido las hemorragias y no tiene ascitis.

CASO 5. — E. B. R., 29 años. M. Urug. Hist. 102054.

Motivo de ingreso: Astenia, anorexia, hepatomegalia y ascitis.

Enfermedad actual: Desde hace 1 año anorexia, astenia y adelgazamiento. Desde hace 2 meses gran somnolencia postprandial, diarreas y distensión abdominal. Intolerancia a la carne. No ha tenido hemorragias ni ictericia.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Antecedentes personales: Etilismo desde los 5 años; en los últimos 3 se hace muy marcado.

Examen: Buen estado general. Piel y mucosas pálidas. Angiomas estelares. No hay circulación colateral. Hepatomegalia con caracteres cirróticos. Ascitis.

Exámenes complementarios:

Anemia discreta.

Funcional hepático: insuficiencia hepatocítica de mediana intensidad.

Tránsito esofágico: várices en $\frac{1}{3}$ inf. de esófago.

Esofagoscopia: no se puede hacer porque al pasar el esofagoscopio sangra mucho el esófago superior y se desiste.

Laparoscopia: cirrosis, ascitis, biopsia hepática.

Manometría por punción esplénica: 48 cmts. de agua.

Esplenoportografía: derivaciones superiores con visualización de várices gastro-esofágicas. Vena porta de calibre y dirección normales.

Preoperatorio: Con el tratamiento mejora clínica y humoralmente y es operado.

Operación. — 8-IV-951. Dres.: C. Ormaechea, R. Praderi.

Abordaje igual a los anteriores. Hepatomegalia. No hay ascitis. Presión portal: 38 cmts. Anastomosis sin incidentes. Presión residual: 20 cmts.

Postoperatorio: Los primeros días bien; a partir del 5º día se instala una ascitis que hay que puncionar varias veces.

Se acentúa su insuficiencia hepática, llamando la atención el gran descenso de las proteínas sanguíneas, sobre todo de las albúminas que llegan hasta 1.60 grs.

Con tratamiento hiperproteico intenso mejora y es dado de alta a los 30 días, persistiendo una insuficiencia hepática discreta.

Posteriormente se reproduce su ascitis y tiene que ser puncionada varias veces. Su hipoproteinemía mejora muy lentamente.

El día 3-VII-959, es decir, a los 3 meses de operado se hace punción esplénica que nos muestra una presión portal de 22 cmts. y una anastomosis permeable.

Cuando está internado en el Hospital y se hace intenso tratamiento hiperproteico mejora de su ascitis, pero cuando se traslada a su domicilio se reproduce.

En el momento actual persiste su ascitis y su hipoproteinemía.

CONSIDERACIONES

Hemos realizado 5 derivaciones porto-cava directas término-laterales sin mortalidad operatoria.

—La anastomosis porto-cava término-lateral es considerada en el momento actual como la más eficaz, encontrándose entre sus defensores Blaemorek, Blalock, Walker, Yahnke, Patersson, Leger, etc.

Tiene como ventajas que es de técnica más fácil que las otras, es la que baja más la presión y la que se trombosa menos.

Se ha citado como inconveniente que es más frecuente la llamada intoxicación amoniaca y que la vena porta queda interrumpida, lo que trae como consecuencia que toda la sangre portal es desviada directamente hacia la circulación sistémica; sin embargo Leger y colab, inyectando oro radio-activo Au 198) han demostrado que el flujo sanguíneo transhepático aumenta progresivamente en el post-operatorio.

Las condiciones circulatorias del hígado sometido a una intervención de derivación porto-cava ya sea término-lateral o látero-lateral han sido motivo de muchos estudios, no habiendo en el momento actual una opinión definida en este problema.

—Los 5 pacientes tenían una cirrosis portal, 4 con antecedentes de alcoholismo marcado, el restante, una mujer, con carencias alimenticias importantes y con antecedentes de haber trabajado mucho tiempo en una bodega.

—Sólo en 1 hubo dificultades de diagnóstico, planteándose entre una cirrosis y un hepatoma maligno.

—En 3 de los pacientes los motivos fundamentales de su ingreso fueron importantes hemorragias digestivas producidas por rotura de várices gastro-esofágicas; los 2 restantes no habían sangrado nunca; pero tenían várices y una hipertensión portal marcada.

Sobre la indicación quirúrgica de los 3 enfermos que han sangrado, todos los autores que se ocupan del problema están de acuerdo; sobre la intervención profiláctica hay más discrepancias aunque la mayoría se inclina a operar, estos enfermos antes que hayan sangrado, dado el gran riesgo que representan estas hemorragias.

—Ninguno de los enfermos ha repetido hasta el momento actual sus hemorragias digestivas.

En todos los pacientes se hizo el control post-operatorio de sus várices; en 3 han desaparecido; en los 2 restantes han mejorado (estos últimos tienen una evolución de sólo 3 y 4 meses).

—En 3 se hizo control de permeabilidad de la anastomosis, en 2 por esplenoportografía por punción esplénica y en el restante en una reintervención quirúrgica.

—En 3 enfermos se había tomado la presión portal preopera-

toria por punción esplénica transcutánea, en uno por cateterismo de las suprahepáticas y en el restante no se tomó la presión.

—Durante la intervención se tomó en todos por cateterismo de la vena gastro-epiloica derecha.

—Comparando las presiones tomadas en el preoperatorio y las tomadas en la intervención, hay más o menos coincidencia en 2 casos (44 - 45, 38 - 36) habiendo gran discrepancia en el restante (48 y 38 cmts.).

En este paciente hubo un gran descenso de la presión sistémica en la primera parte de la operación y creemos que esta pueda ser la causa de la diferencia.

Las presiones han oscilado entre 35 y 48 cmts. de agua.

—El grado de presión portal y las hemorragias no han tenido relación estricta; las mayores hemorragias se produjeron en enfermos con hipertensiones de 36 y 43, no habiendo sangrado nunca el que tenía una presión de 48 cmts.

—En 3 pacientes se hizo el control alejado de la presión, en uno siguió bajando 21, 17, 14 al año de operado); en los otros 2 subió, en uno de 11 a 20 cmts., otro de 20 a 22, teniendo los 3 las anastomosis permeables.

—Los 5 pacientes tenían ascitis clínica y por punción antes del tratamiento preoperatorio; sólo en 1 caso la encontramos en la intervención.

—En el post-operatorio inmediato en 3 enfermos que no tenían se reprodujo, el que tenía en la operación, la aumentó más.

—En 3 casos fue transitoria y mejoró con tratamiento hiperproteico adecuado, en 1 caso ha durado más tiempo y ha sido necesario puncionarla varias veces.

Creemos que la causa de esta ascitis es una hipoproteinemia post-operatoria que se produce en estos enfermos y que mejora cuando los valores de proteínas se normalizan, cosa que sucede en general al poco tiempo, pero que a veces puede durar más.

—En 4 de los 5 enfermos se produjo en el post-operatorio inmediato una agravación de su insuficiencia hepática que fue transitoria en 3, manteniéndose más tiempo en el caso restante.

En 2 enfermos el control alejado (1 año) de su función hepática ha mostrado una acentuada mejoría, aunque creemos que el tiempo transcurrido es muy poco como para hacer un juicio definitivo.

A este respecto autores con mucha más experiencia que nosotros, como es Blakemore dice que el 20 % mejora, el 20 % empeora y el 60 % restante queda igual.

—Un solo enfermo hizo en el post-operatorio inmediato el cuadro característico de la llamada intoxicación amoniaca que cedió a las 48 horas al suprimir la ingestión de proteínas y al administrarle antibióticos intestinales.

Las otras complicaciones post-operatorias han sido evisceraciones fácilmente controlables en 2 casos y neumopatía aguda derecha y tromboflebitis superficial de los miembros inferiores en otro.

Creemos que si bien los adelantos de la técnica quirúrgica (equipos, anestesia, transfusión, etc.) tienen importancia, el factor fundamental en el riesgo y pronóstico operatorio es el estado de la función hepática, jugando un papel primordial el tratamiento pre y post-operatorio.

Blakemore en un trabajo presentado en la Asociación Quirúrgica del Sur en diciembre de 1957 dice que la mortalidad ha bajado de 1 en 3 a 1 en 25 debido principalmente a estos últimos factores.

En conclusión podemos decir en base a nuestra pequeña experiencia que las hemorragias provenientes de várices gastro-esofágicas en la hipertensión portal pueden ser satisfactoriamente controladas mediante una disminución de la presión venosa porta, en base a una anastomosis entre porta y cava; pero debemos tener presente que la realización de una anastomosis porto-cava no es más que una etapa en el programa terapéutico a largo plazo del cirrótico.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ARCOS PEREZ, M.; SUIFFET, W. — Indicaciones quirúrgicas en tratamiento de la hipertensión portal. Prensa Médica Argentina. Vol. XLIV. Nº 10. 689 - 699. 1957.
- 2) BERMAN, J.; JULL, J. — La circulación en el hígado normal y cirrótico. Anal. Cirug. 12. 3. 498. 1953.
- 3) BLAKEMORE, A. — Derivación porto-cava en el tratamiento quirúrgico de la hipertensión portal. Anal. Cirug. 7. 10. 2116. 1948.
- 4) BLAKEMORE, A. — Portal hypertension. The rational of porto-canal shunting. Surg. Clin. of North Am. 359. Abril, 1952.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

- 5) BLAKEMORE, A.; VOORHEES, A. — Necesidades y tratamiento dietético de los enfermos con cirrosis hepática en el pre y post-operatorio. Anal. Cirug. 147. 6. 723. 1958.
- 6) CHILD, C. — The hepatic circulation and portal hypertension. Aho 1954.
- 7) HUNT, H. A. — Contribution to the study of portal hypertension. E. y S. Livingstone Ltd. Edimburgh and London. 1958.
- 8) JULIAN, O. C. — Choice of operation in portal hypertension with varices. Surg. Gyn Obst. 100: 753 - 754. 1955.
- 9) LEGER, L. — Technique de l'anastomose porto-cava troncular y radicular (espleno-renal). Journal de Chirurgie. 75. 2. 129 - 146. 1958.
- 10) LINTON, R. — Selección de enfermos para las derivaciones porto-cava con un resumen de los resultados obtenidos en 61 casos. Anal. Cirug. 10. 9. 1565. 1951.
- 11) LONGMIRE, W.; MULDER, D.; MAHONEY, D.; MELLINKOF, F. S. Anastomosis látero-lateral entre porta y cava para el tratamiento de la hipertensión portal. Anal. Cirug. 147. 6. 795. 1958.
- 12) MUÑOZ MONTEAVARO, C.; PAVLOTZKY, M. — Tratamiento quirúrgico de la hipertensión portal. Arch. Urug. Med. Ciruj. Esp. 1 - 2. 16 - 39. 1958.
- 13) MC PERMOTT, W.; ADAMS, R.; RIDDEL, A. — Metabolismo del amoníaco en el hombre. Anal. Cirug. 146. 4. 637. 1937.
- 14) NACHLAS, M. — Valoración crítica de las derivaciones venosas en el tratamiento de enfermos cirróticos con várices esofágicas. Anal. Cirug. 148. 2. 216. 1958.
- 15) PALMER, E. — Correlaciones entre la presión venosa porta y el tamaño y extensión de las várices esofágicas en la cirrosis porta. Anal. Cirug. 12. 11. 2005. 1953.
- 16) PAVLOTZKY, M. — La esplenoportografía y su aplicación al estudio de la hipertensión portal en la cirrosis. Clínica de Nutric. y Gastroenterología. Montevideo, 1959.
- 17) SARNOFF, S.; MALONEY, J.; WHITTEMBERGER, J. — Técnica para la anastomosis porto-cava. Anal. Cirug. 9. 11. 2072. 1950.
- 18) SATINSKY, V. — Vía troncoabdominal para anastomosis porto-cava. Anal. Cirug. 7. 11. 2273. 1948.
- 19) SENGSTAKEN, R.; BLAKEMORE, A. — Contralor de la hemorragia de várices esofágicas por el tratamiento con un balón. Anal. Cirug. 9. 5. 840. 1950.

Dr. Suiffet. — Creo que corresponde felicitar a los autores de este trabajo sobre los resultados obtenidos en la cirugía de la hipertensión portal.

Vamos a referirnos a algunos puntos de esta comunicación.

Estamos de acuerdo con todas las consideraciones, especialmente en

lo que se refiere a que estos pacientes deben ser sometidos a una preparación previa muy cuidadosa y a una vigilancia médica preoperatoria si se quieren obtener resultados favorables.

De acuerdo a lo que hemos escuchado, todos estos pacientes han sido recibidos en condiciones precarias y han sido sometidos a una cuidadosa y larga terapéutica médica hasta ponerlos en condiciones adecuadas para la intervención.

En toda la cirugía prácticamente sucede lo mismo, pero en ésta es necesario elegir cuidadosamente los pacientes para la intervención y ponerlos en muy buenas condiciones. Por el riesgo quirúrgico que se les hace correr, estos pacientes tienen que estar protegidos, dentro de lo posible, por un buen estado general, buenas condiciones nutritivas y, sobre todo, una capacidad funcional hepática indispensable para que puedan soportar una intervención de la magnitud como la que corresponde realizar en estos casos.

Es tan importante como lo anterior —y en eso estamos de acuerdo con el Dr. Ormaechea, en sus últimas expresiones— que el problema del paciente que tiene una cirrosis con hipertensión portal, no está solucionado una vez que se termina el acto quirúrgico; que muchos de los buenos resultados alejados tienen relación con la estricta terapéutica médica y el cuidado posterior del paciente. Esto explica que en algunos de nuestros casos como así también en algunas de las observaciones del Dr. Ormaechea ciertos pacientes hayan mejorado francamente el estado funcional hepático con la derivación porto-cava. Desde luego que, suprimida por la intervención la hemorragia como factor que altera la funcionalidad hepática, ésta puede mejorar; pero es necesario consignar que en los casos que se ha hecho terapéutica médica correcta en el postoperatorio se obtuvieron mejores resultados que en aquéllos en que se cifraron todas las esperanzas solamente en una intervención.

En uno de nuestros operados, que era un alcoholista que había empezado a tomar a los 10 años de edad y que tuvo más de veinte accidentes hemorrágicos, y que se le practicó derivación porto-cava en el sector espleno-renal, nunca pudimos conseguir que se atuviera a las indicaciones que se le hacían. Después de un año de operado ingresó a la Clínica Semiológica del Prof. Purriel en grave estado, con una ictericia, que llegó al coma hepático y falleció. Este enfermo no había vuelto a sangrar, y las várices esofágicas que tenía en la etapa preoperatoria habían desaparecido totalmente, no pudiéndose comprobar en la necropsia el más mínimo elemento que significara la existencia de éstas.

Esos dos aspectos son, a nuestro modo de ver, extraordinariamente importantes y deben ser perfectamente conocidos, como lo hemos escuchado en esta comunicación del doctor Ormaechea. Si ellos se descuidan puede haber un fracaso absoluto en el postoperatorio aunque la intervención haya sido realizada en las mejores condiciones técnicas.

El doctor Ormaechea tocó muchos puntos, pero nos vamos a referir a uno en particular: al problema de la elección de la táctica quirúrgica.

Desde la época que se inició la cirugía de la hipertensión portal mucho se ha variado, pero en el momento actual se están estudiando cuidadosamente los problemas que derivan de la anastomosis portocava termino-lateral, no del hecho de que se le quite el tránsito portal de la sangre al hígado, sino de los problemas que suceden luego de la derivación porto cava en lo que respecta a los factores hemodinámicos intra-hepáticos.

Ya Child había hecho notar en una de sus comunicaciones que el sector portal era decomprimido extraordinariamente con la derivación portocava, mucho mejor que con la derivación espleno-renal, pero que las alteraciones hemodinámicas intrahepáticas pueden agravarse y ser una de las consecuencias serias que conducen a la producción de ascitis en el postoperatorio. En algunas de sus observaciones, luego de haber hecho la derivación portocava directa y haber obtenido descensos tensionales importantes en el sector portal que era anastomosado a la cava, comprobó que el sector intrahepático del territorio porta conservaba valores tensionales elevados.

Mc. Dermo ha estudiado profundamente este problema y ha iniciado una nueva técnica, —por eso señalábamos que el problema está en constante revisión— y ha realizado una anastomosis portocava en los dos sectores de la vena porta seccionada, es decir, en el cabo distal y en el cabo proximal, para permitir que el flujo retrógrado debido a la abertura de las comunicaciones arteriovenosas intrahepáticas entre la arteria hepática y el sector porta pueda desaguar en el sector cava y no mantenerse en el hígado creando elevados valores tensionales que pueden ser motivo de trastornos en el postoperatorio.

Longnire ha inyectado iodo radioactivo en la arteria hepática antes y después de realizada la anastomosis portocava latero-lateral, demostrando que el isótopo se recoge en el sector portal, con lo que autoriza a pensar que las derivaciones o shunts arteriovenosos intrahepáticos pueden acarrear trastornos en el postoperatorio cuando no se le permite al hígado el desagüe venoso retrógrado de ese sector portal.

Este es un problema muy importante y muy difícil de resolver. En el momento actual, lo que se puede decir es que la anastomosis portocava directa es la más eficaz. Tiene una mortalidad un poco mayor que los otros tipos de intervenciones; más riesgos en lo que respecta a la intoxicación amónica, pero permite un descenso tensional mucho más efectivo que todos los otros procedimientos técnicos dirigidos a ese fin.

En cuanto a la intervención con carácter profiláctico nosotros sostenemos que la discusión tiene que ser hecha sobre bases estadísticas que deben ser precisadas. Todos los trabajos que estudiaron el porvenir de los pacientes que tienen várices esofágicas que han sangrado o no, no hacen ninguna referencia a la terapéutica médica que se realizó a esos enfermos. Todas las estadísticas referentes a lo que le ha sucedido a los cirróticos son sobre la base de estudios anteriores.

Es necesario, a la luz de los nuevos conocimientos, tener en cuenta

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

que los procedimientos de terapéutica médica, que tan buen resultado dan cuando los enfermos los siguen fielmente, pueden hacer dudosa la indicación de la derivación portacava profiláctica.

Desde luego, como el doctor Ormaechea lo dijo, todos los autores no están de acuerdo; algunos insisten en que se debe realizar, pero hay un numeroso contingente de personas de experiencia en este tema que todavía no aceptan esa solución como un hecho indiscutido.

En síntesis, queríamos hacer estas acotaciones al espléndido trabajo del doctor Ormaechea.

Sr. Presidente. — La Mesa agradece y felicita al doctor Ormaechea por el éxito que ha tenido en estos cinco casos.

Después de las palabras del doctor Suiffet nada tenemos que agregar.

Dr. Ormaechea. — Agradezco al doctor Suiffet y a la Mesa los conceptos que han vertido sobre nuestro trabajo.