

Hipertensión portal. Anastomosis esplenorrenal distal. Operación de Warren

Dres. BOLIVAR DELGADO, RAUL PRADERI, RAUL NIN SACARELO,
MIGUEL ZAGIA y CARLOS GOMEZ FOSSATTI *

La hipertensión portal provocada por la cirrosis conduce a la formación de várices esofagogástricas; la hemorragia producida a su nivel es frecuente causa de muerte de estos pacientes.

En el tratamiento quirúrgico de las várices esofagogástricas se utilizan fundamentalmente dos tipos de procedimientos: 1) anastomosis portocavas; 2) otros procedimientos no derivativos (ej. desconexiones azigoportales).

Las primeras obtienen un manifiesto descenso de la presión portal y protegen en forma segura contra la repetición de hemorragias por várices (3). La disminución del flujo hepático que provocan favorece el deterioro del hígado y la muerte por insuficiencia hepatocítica (3, 4). Son seguidas en un porcentaje importante [que en nuestro medio llega al 34,2 % (1)] por la aparición de una encefalopatía portosistémica de grado variable, frecuentemente incapacitante y aun mortal.

Las operaciones no derivativas no disminuyen el flujo hepático portal, no provocan encefalopatía, pero es frecuente en ellas la recidiva de hemorragias mortales (3, 4).

En 1967, Warren (3) propone una técnica quirúrgica donde combina ambos tipos de procedimientos: una desconexión sin esplenectomía, a la que se asocia una anastomosis esplenorrenal distal.

Para ello realiza: 1) ligadura de venas: coronaria estomáquica, pilórica y gastro-

epiloica derecha; 2) ligadura y sección del epilón mayor; 3) sección de vena esplénica a la izquierda de la desembocadura de la vena mesentérica inferior con ligadura del cabo portal y anastomosis esplenorrenal terminolateral con el cabo distal (esplénico) (fig. 1).

El sistema venoso del sector esofagogástrico queda desconectado del resto del sistema portal y se decompribe selectivamente al ser drenado a través de la vena esplénica en la renal izquierda.

La presión portal no disminuye en el sector derecho del sistema porta y por tanto tampoco disminuye el flujo portal al hígado que es mantenido por las venas mesentéricas.

No se produce encefalopatía portosistémica.

Esta técnica tiene pues, del punto de vista fisiopatológico, la ventaja de las operaciones que combina sin sus inconvenientes.

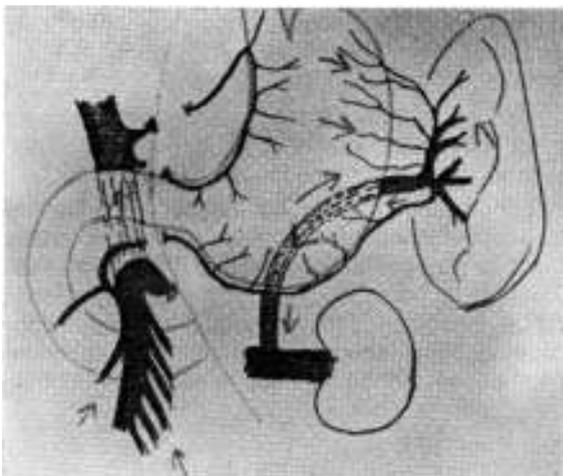


FIG. 1.— Imitada de Warren (3).

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 1º de octubre de 1969.

* Asistente de Clínica Quirúrgica (Francisco Vidal 785, Apto. 5, Montevideo). Docente Adscripto de Cirugía. Asistente de Clínica Médica. Médico Auxiliar. Adjunto de Clínica Quirúrgica (Facultad de Medicina de Montevideo).



FIG. 2.—Tránsito esofágico. Várices esofagagástricas.

Contemporáneamente a Warren, Teixeira (2) realizó experimentalmente en perros una técnica similar con buenos resultados, pero efectuando la anastomosis del tronco esplénico directamente a la cava inferior.

Siguiendo los conceptos de Warren hemos intervenido un paciente, cuyo caso relatamos a continuación.

C. D., 47 años. Asociación de Empleados Civiles, Nº 87366. Antecedentes de estilismo intenso y dispepsia ulcerosa. Ingresó en enero de 1969 al Sanatorio Español por hemorragia digestiva alta grave (hematemesis y melenas). Se le comprueba una anemia importante y una hepatoesplenomegalia.

Un estudio radiográfico de esofagogastroduodeno (fig. 2) mostró la existencia de várices esofágicas sin evidenciarse otro tipo de lesión. Fue sometido a tratamiento médico, cesando la hemorragia y recuperándose el paciente.

Los exámenes ulteriores mostraron: funcional hepático dentro de límites normales; leucopenia moderada. La esplenopografía: hipertensión esplénica de 44 cm. de agua; gruesa vena esplénica; várices esofagagástricas; vena porta aumentada de calibre (fig. 3).

Operación (11-7-69). Mediana supra infraumbilical. Hígado cirrótico. Bazo grande con poca periesplenitis. Úlcera duodenal pequeña, cicatrizada. Vías biliares normales. Se levanta el mesocolon transversal. Sección del músculo de Treitz. Se lleva el mesenterio a la derecha. Disección de la vena mesentérica inferior que es fina, y siguiendo a ella se llega, levantando el borde inferior del páncreas, a la vena esplénica retropancreática. Esta se presenta muy gruesa e hipertensa. Se sigue hasta su confluencia con la vena mesentérica superior que está muy dilatada. Hacia afuera la disección de la vena esplénica es muy difícil porque hace un bucle hacia arriba y se profundiza. Es necesario ligar la vena mesentérica inferior para obtener un segmento libre de vena esplénica de unos 6 cm. de longitud. Sección de una arcada vascular anómala del pie del mesocolon transversal, previo clampeo de control. Sección de la vena esplénica a nivel de su unión con la vena mesentérica superior. Ligadura de su cabo proximal. Anastomosis de su cabo distal terminolateral a la vena renal izquierda que es fina. Sección y ligadura del epiplón mayor, dejando la arcada vascular contra la gran curva y ligando la vena gastroepiploica derecha. Sección y ligadura del pedículo pilórico y coronario estomacal. El estómago mantiene una buena irrigación. Biopsia hepática.

Control de presiones: 1) a nivel de una vena intestinal, 27 cm. de agua; 2) a nivel de la vena gastroepiploica izquierda, 25 cm.; 3) a nivel de la vena esplénica yuxtananastomótica, 18-25 cm.

Postoperatorio. Inmediato, sin incidentes. Al 5º día comienza con ingestión de proteínas sin restricción. Alta al 10º día.

Controles ulteriores: funcional hepático sin alteraciones; radiografía de esofagogastroduodeno (2 meses de operado) han desaparecido las várices esofágicas (fig. 4); hemograma: per-



FIG. 3.—Esplenopografía preoperatoria.

siste una moderada leucopenia y plaquetopenia (250.000), semejante a la del preoperatorio. El estudio de crisis sanguínea muestra también moderados defectos en la coagulación.

Anatomía patológica. Cirrosis postnecrótica micronodular con escasos elementos de actividad.



FIG. 4.—Tránsito esofágico postoperatorio.
No se visualizan várices.

El paciente se encuentra perfectamente bien y restituído a su vida normal. La esplenomegalia ha disminuido de tamaño.

La excelente evolución seguida por el paciente y el hecho de presentar trastornos de la crisis sanguínea, nos inhiben de efectuarle (al menos por el momento) una esplenopografía de control, documento que entendemos de gran interés científico. Si en el curso de este examen el paciente hiciera una hemorragia y ésta tuviera que ser controlada por una esplenectomía, quedaría luego de ésta en condiciones hemodinámicas peores a las del preoperatorio.

Pensamos que se puede sí, realizar el control de la anastomosis en la faz venosa de una arteriografía selectiva del tronco celiaco.

En una comunicacion ulterior, Warren (5) comunica los resultados obtenidos en su experiencia.

Se indicó la intervención en 15 pacientes. En 4 el shunt fracasó: en 2 porque la distancia entre la vena esplénica y la renal era muy grande; en los otros 2 por defectos técnicos.

En 11 se realizó el shunt con éxito; fallcieron 6: 5 por falla hepática (asociada a hemorragia en 3) y 1 por peritonitis.

Los 5 sobrevivientes mostraron: 1) anastomosis permeables en todos (control por esplenopografía, arteriografía esplénica o ambas); 2) desaparición de las várices esofágicas en 4 y disminución en 1; 3) se estudió el flujo portal hepático, existiendo muy leve o ninguna modificación del mismo; 4) ninguno de los sobrevivientes presentó signos de encefalopatía; 5) no hubo síntomas ni en el pre ni en el postoperatorio de hiperesplenismo y el bazo disminuyó de tamaño; 6) todos los pacientes se reintegraron a sus tareas previas.

Concluyendo, diremos que esta intervención, sobre la que aún resta obtener más experiencia, ofrece interesantes perspectivas y debe ser indicada especialmente (tal como lo aconseja Warren) en pacientes con: 1) buen flujo hepático; 2) funcionalidad hepática buena; 3) control biopsico hepático previo, mostrando que no existen lesiones en actividad (5 de sus fallecidos tenían lesiones en actividad).

RESUMEN

Se analizan los fundamentos fisiopatológicos de la operación de Warren (desconexión con anastomosis esplenorenal distal) en el tratamiento de las várices esofágicas secundarias a hipertensión portal por cirrosis.

Se presenta una observación operada por nosotros con excelente resultado inmediato.

Se resumen los resultados obtenidos hasta ahora por Warren.

Es necesaria una mayor experiencia en este tipo de intervenciones que, con una indicación precisa, creemos de real valor.

RÉSUMÉ

Analyse des fondements physio-pathologiques de l'opération de Warren (débranchement avec anastomose spléno-rénale distale) dans le traitement des varices oesophagiques secondaires à une hypertension portale pour cirrhose.

Présentation d'une opération pratiquée par les auteurs avec d'excellents résultats immédiats.

Résumé des résultats obtenus jusqu'à présent par Warren.

Une plus vaste expérience est nécessaire dans ce genre d'interventions que nous estimons d'une réelle utilité dans certains cas précis.

SUMMARY

In this paper the physiopathological fundaments of Warren's operation (disconnection with distal splenorenal anastomosis) in the treatment of varices of the esophagus and portal hypertension due to cirrhosis, are analyzed.

Mention is made of a case operated by us with excellent immediate results.

The results obtained by Warren so far, are summarized.

It is necessary to achieve greater experience in this type of surgery which we believe to be very valuable when indications are precise.

BIBLIOGRAFIA

1. MUÑOZ MONTEAVARO, C. y FERRAZ RAMOS, J. La encefalopatía hepática como complicación de la anastomosis portocava en la cirrosis. *Tribuna Méd.*, 4: 32, 1969.
2. TEIXEIRA, E. M., YU, H., CONN, J. and BERGAN, J. J. Selective decompression of esophagogastric varices. *Arch. Surg.*, 96: 4, 1968.
3. WARREN, W. D., ZEPPA, R. and FOMON, J. J. Selective trans-splenic decompression of gastroesophageal varices by distal splenorenal shunt. *Ann. Surg.*, 166: 437, 1967.
4. WARREN, W. D. and FOMON, J. J. Reflections on post-portacaval shunt morbidity. *Jour. Cardiovascular Surg.*, 9: 453, 1968.
5. WARREN, W. D., FOMON, J. J. and ZEPPA, R. Further evaluation of selective decompression of varices by distal splenorenal shunt. *Ann. Surg.*, 169: 652, 1969.