

CIR. DEL URUGUAY, V. 44, Nº 3: 196-203, mayo/junio 1974

Úréter retrocava

A propósito de una observación con corrección plástica exitosa

Dres. FABIAN MENDY NORIEGA, RUBI PEREIRA,
GABRIEL BENQUET y JORGE PEREYRA BONASSO *

NOTA: Por omisión, en este trabajo publicado en el número anterior de la Revista, se interrumpió la discusión. Pretendemos corregir el error reproduciendo la parte omitida.

LOS EDITORES.

DR. ANAVITARTE.—En el caso presentado se empleó el abordaje lumbar, pero es posible que, en algunas situaciones, pueda ser preferible la vía de acceso abdominal anterior.

DR. MENDY.—Al Dr. Mérola le diré que se suele seccionar la vía urinaria antes de la travesía retrocava, pudiendo hacerse en la pelvis, la unión pieloureteral, o el uréter.

En general, se reseca una parte del uréter que, en algunos casos, se ha dejado unido a la cava cuando la liberación se mostró riesgosa.

El cabo superior de la anastomosis corresponde siempre a vía urinaria dilatada; por ello, en vistas a evitar la incongruencia en la línea de sutura, es conveniente que el cabo inferior se tome en zona de uréter dilatado; de no ser ello posible (caso en que el uréter retrocava esté muy alterado y deba extirparse; o deba dejarse adherido a la cava por ser muy riesgosa su separación) el cabo inferior será seccionado en bisel para aumentar su circunferencia.

También hay situaciones en que puede ser preferible practicar la conducta propuesta por el Dr. Praderi: riñón único, con poca dilatación y elongación pieloureteral; o doble vena cava en que pueda sacrificarse, sin mayores inconvenientes, una de ellas que obstruye el pasaje urinario.

En cambio, cuando el uréter está muy dilatado y elongado, parece más lógico seccionar el canal urinario, resecaando la porción redundante, como practicamos en este caso. Tal es, por otra parte, el procedimiento que empleamos en muchas hidronefrosis, de otras etiologías, en que se reseca la porción anormal y se restituye la continuidad de la vía urinaria.

En cuanto a la pregunta del Dr. Anavitarte deseo señalar que en la mayoría de los casos operados, que son alrededor de un centenar, se utilizó preferentemente la lumbotomía que, prolongada hacia la fosa iliaca de ser necesario, proporciona excelente exposición del uréter y la cava. Sin embargo, en las primeras intervenciones por uréter retrocava, se practicó a veces abordaje anterior o, más frecuentemente, la asociación de dos vías:

- a) Anterior (paramediana transperitoneal) para liberar el uréter.
- b) Lumbar para la anastomosis y el drenaje de la vía urinaria.

Si bien la primera modalidad (abordaje anterior puro) puede encontrar indicación en casos excepcionales, la vía combinada nos parece, al presente, excesiva.

Agradezco a quienes han comentado este modesto aporte a la Sociedad de Cirugía. Su único mérito es triba en haber solucionado favorablemente y en forma precoz un problema de orden congénito que, por su poca frecuencia, motiva errores de diagnóstico y de procedimiento.

A pesar de que es poco probable que debamos tratar otro caso de esta rara anomalía, por así mostrarlo la experiencia de casi todos los autores, creemos que la presentación de esta observación estimulará el aporte de nuevos casos en el futuro.

Síntesis quirúrgica nacional

Toracotomía bilateral en un mismo acto quirúrgico.

Sanjinés, A.

El Tórax, 22(3): 190, 1973.

Luego de unas breves consideraciones de la toracotomía bilateral en la exploración del mediastino (Mediastinotomía) y en la cirugía del enfisema buloso, el trabajo se centra en el tratamiento de la hidatidosis pulmonar bilateral. Se plantea en los casos de existencia de 2 a 4 quistes, es decir de 2 a 3 quistes en un mismo pulmón, que es el número en que con más frecuencia se presenta la hidatidosis múltiple bilateral. Si el número de quistes fuera más elevado, el procedimiento puede no ser aconsejable. Se requiere la buena suficiencia respiratoria, la existencia de una vía canalicular libre de secreciones y frente a cualquier contingencia ocurrida en el tratamiento del hemitórax abordado en primer lugar que haga presumir un riesgo, se dejara el tratamiento del otro pulmón para una intervención ulterior.

Las ventajas de solucionar toda la patología en un mismo acto quirúrgico, no son solo socioeconómicas y psíquicas (sobre todo en los niños), sino evitar dos procedimientos anestésicos y la posible complicación postoperatoria de los quistes no tratados. El procedimiento está indicado solo en caso de hidatides sanas o enfermas o de muerte reciente, es decir en casos en que no se plantea una resección pulmonar. Una serie de aspectos deben ser analizados: 1º) el estado y número de los quistes; 2º) la coexistencia con una localización hepática; 3º) el hemitórax que se debe operar en primer lugar y 4º) el tipo de toracotomía a emplear.

Se debe comenzar por el lado de quistes de mayor tamaño. La frecuencia de coexistencia con hidatidosis hepática en el 25 % de los casos de hidatidosis pulmonar obliga al estudio gamagráfico hepático, en el preoperatorio. Si se sospecha y más aún si se certifica una hidatidosis hepática localizada en un área abordable por la misma toracotomía, la bitoracotomía debe ser muy evaluada y muy a menudo no aconsejable, ya que a la repercusión de la toracotomía hay que agregar el de la frenotomía, del punto de vista funcional respiratorio. En estos casos, en general se comienza por el lado derecho.

La toracotomía a emplear es la posterolateral o en casos precisos la anterolateral. El abordaje en la posición de "face down" no es aconsejado.

Aspectos epidemiológicos de la hidatidosis quística en América del Sur.

Schantz, P. M.

El Tórax, 22(4): 222-31, 1973.

Se comentan algunos aspectos epidemiológicos de la hidatidosis que contribuyen a explicar su distribución y alta prevalencia en América del Sur.

Se revisan los caracteres del agente, *E. Granulosus*, su distribución en América del Sur; aún no se sabe si existe una sola variedad o cepas múltiples con distinta agresividad hacia animales y hombre.

Se hacen consideraciones sobre huéspedes intermediarios, tasas de infestación de los animales domésticos y del hombre.

El perro doméstico es el huésped definitivo más importante para el estado adulto del parásito y abunda en toda América. El conocimiento de la presencia de ciclos selváticos es importante en cualquier área que se someta a programas de control; ello agrega una dimensión nueva al problema. El papel de los animales silvestres en la perpetuación y diseminación de la infección no ha sido definitivamente aclarada hasta ahora.

Enfermedad hidática.

Kagan, I. G.

El Tórax, 22(4): 196-200, 1973.

La equinococosis es una enfermedad compleja variando en patogénesis en diversas partes del mundo. En áreas con hidatidosis pastoral (ciclo oveja-perro) la infección es más agresiva que en zonas con hidatidosis selvática (ciclo cervico-lobo), lo cual se traduce en el diagnóstico serológico. Para lograr la más alta sensibilidad y especificidad se recomienda usar más de un test. La triada hemaglutinación indirecta inmunofluorescencia e inmunoelectroforesis es altamente recomendable.

Existen por lo menos 9 antígenos parasitarios asociados al líquido hidático, escólices y membrana. Algunos intervienen en varios test lo que explica la mayor especificidad obtenida usando más de una técnica.

Para lograr la máxima sensibilidad deben prepararse antígenos específicamente para cada test.

La sugerencia de que el arco 5 es el único arco diagnóstico específico puede ser correcto para *E. granulosus* en algunas partes del mundo. Existe la posibilidad de que el arco 5 esté compuesto por más de un componente desde que más de un antígeno parasitario migra en la zona ocupada por dicho arco. El uso de este arco y de otros con propósitos diagnósticos requiere ulteriores estudios.

El desarrollo de los antígenos beneficiará más los procedimientos inmunofluorescentes. Pero antes de estandarizar los métodos será preciso obtener antígenos más específicos.

Los antígenos equinocócicos tienen reacción cruzada con anticuerpos cisticercósicos. Este problema ha recibido poca atención del laboratorio. Mucho queda por hacer sobre serología en la hidatidosis.

PUBLICACIONES DE AUTORES URUGUAYOS EN EL EXTRANJERO

Indicaciones y técnica de la colecistectomía en la colecistitis aguda.

Merella, M., Trostchansky, J. y Olazabal, A.
Prensa Méd. Argentina, 60(20): 661, 1973.

Los autores presentan 100 casos operados de colecistitis obstructivas agudas.

Se desarrolla el concepto patológico de la C.O.A. que es causado en la gran mayoría de las veces por un cálculo obstructor en el bacinete o en el cístico. Se establecen los criterios de operabilidad de acuerdo a dos conceptos: a) concepto de tipo y b) concepto de evolutividad.

Noticiario médico

9º Curso Internacional de Cirugía

Gastroenterológica (Dr. E. Etala).

Buenos Aires. 5 al 10 de agosto de 1974.

Secretaría: Dr. Pablo López, Junín 902. Bs. As. Argentina.

43º Congreso Médico Quirúrgico del Centro de la República.

Durazno. 26, 27 y 28 de setiembre de 1974.

Tema de Cirugía: "Diagnóstico y tratamiento de la Hidatidosis Pulmonar complicada".

Secretaría: Hospital de Durazno, Durazno, Uruguay.

6º Congreso de Pediatría Latina.

Montevideo. 10 al 12 de octubre de 1974.

Secretaría: Hospital Pereira Rossell, piso 2. Casilla de Correos Nº 2610. Distrito 2. Montevideo. Uruguay.

45º Congreso Argentino de Cirugía.

Buenos Aires. 29 de setiembre al 3 de octubre.

Secretaría: Av. Santa Fé 1171, Bs. As. Argentina.

5º Congreso Mundial de Gastroenterología.

México. 13 al 19 de octubre de 1974.

Secretaría: Av. Veracruz 93. México 11 D.F. México.

Curso de perfeccionamiento para graduados sobre Otorrinolaringología, en especial Tumores.

Montevideo. 14 al 18 de octubre de 1974.

Secretaría: Clínica Otorrinolaringológica. Hosp. de Clínicas. Montevideo, Uruguay.

Sesión especial de la Sociedad de Cirugía del Uruguay con la Sociedad de Medicina de Paysandú y la colaboración de las Sociedades de Cirugía Plástica y Anatomía Patológica del Uruguay.

Paysandú. 19 de octubre de 1974.

Temas:

—Cirugía del Ulcus Gastroduodenal.

—Temas libres.

—Ateneo.

Secretaría: Sociedad de Cirugía del Uruguay. Agraciada 1464. P. 13. Montevideo, Uruguay.

38º Jornadas Rioplatenses de Otorrinolaringología.

Hotel Nirvana. Colonia Suiza. 19 y 20 de octubre, 1974.

Secretaría: Clínica O.R.L. Hospital de Clínicas. Montevideo. Uruguay.

3er. Congreso Mundial del Colegio Internacional de Cirugía Digestiva.

Chicago. 20 al 24 de octubre de 1974.

Secretaría: Via Cesare Correnti 6. 00179. Roma. Italia.

2º Congreso Latinoamericano de Nefrología.

Buenos Aires. 20 al 26 de octubre de 1974.

Secretaría: Marcelo T. de Alvear 2149. 5º piso. Buenos Aires, Argentina.

11º Congreso Internacional de Cáncer.

Florenza. 20 al 26 de octubre de 1974.

Secretaría: Cancer Congress cc 1729/00 Casa d'Risparmio. Via Bupalini 4. Firenze. Italia.

8º Congreso Panamericano de Endocrinología.

Buenos Aires. 27 de octubre a 2 de noviembre de 1974.

Secretaría: CEN S.A. Av. Roque Saez Peña 1110, 2º Piso. Bs. As. Argentina.

1er. Curso de la Zona Centro Sur. Cirugía de Emergencia. Jornadas de Depto. de Emergencia.

Florida. 9 y 10 de noviembre de 1974.

Temas:

—Politraumatizado (M.R.).

—Sepsis (M.R.).

Secretaría: Servicio de Emergencia. Hospital de Clínicas. Montevideo. Uruguay.

8º Congreso Nacional de Medicina Interna.

Montevideo. 25 al 29 de noviembre de 1974.

Secretaría: Francisco Vidal 768 ap. 302. Montevideo. Uruguay.

25º Congreso Uruguayo de Cirugía.

Montevideo. 1º al 5 de diciembre de 1974.

Temas:

—Supuraciones bronquiales y pleuropulmonares (M.R.).

—Cirugía de la papila duodenal (M.R.).

—Contusiones de tórax (Relato).

—Vaciamientos ganglionares (M.R.).

Seccional de especialidades:

—Anatomía Patológica: Tumores no epiteliales del Tubo Digestivo.

—Cirugía Pediátrica: patología de las vías biliares en el niño y su tratamiento.

—O.R.L. Parálisis recurrencial.

—Organización de un Departamento de Cirugía de Emergencia (M.R.).

—Coloquio: amputaciones y sus problemas.

—Curso: Esofagología.

Secretaría: Av. Agraciada 1464, piso 13. Montevideo. Uruguay.

VI Congreso Uruguayo de Ginecología.

Montevideo. 2 al 6 de diciembre de 1974.

Información: Dr. Jaime J. Polto, Secretario General, Av. Dr. Manuel Albo 2671, Montevideo, Uruguay.

VII Congreso Rioplatense de Reumatología.

4 al 7 de diciembre. Victoria Plaza Hotel, Montevideo. Uruguay.

Secretaría: Alejandro Gallinal 1693, Montevideo, Uruguay.

22º Congreso Latinoamericano Cardiovascular.

Santiago de Chile. 9 al 14 de diciembre de 1974.

Secretaría general: calle Fco. Noguera 24. Oficina 24. Santiago de Chile.

5º Congreso Internacional de Linfoología.

Buenos Aires. 2 al 5 de febrero de 1975.

Río de Janeiro. 5 al 8 de febrero de 1975.

Secretaría: R. Mayall. Cr. Postal 1822 (2c-00) 20.000 Río de Janeiro. Brasil.

La hemorragia del cirrótico no siempre es por rotura de las várices, así en nuestra serie, 34 cirróticos (23.2 %) han sangrado por una causa ajena a las várices, hubo comprobación anatómica en 20 casos: 13 casos sangraron por erosiones gástricas agudas, en 2 coexistía un hepatoma, 5 no tenían várices; 6 presentaron hemorragias medicamentosas: 3 por corticoides, 1 caso de hemorragias repetidas por metilmelubrina y 2 por ácido-acetil-salicílico; 2 casos con várices sangraron por neoplasma de antro, los 2 fueron intervenidos y otros por poliposis gástrica cancerizada; 6 casos solamente sangraron por úlcera: 2 gástricas y 4 duodenales; 2 casos por gastritis atrófica hemorrágica. En varios casos con várices, la causa no fue determinada; en algunos había asociación lesional.

Nuestra estadística coincide con la de Merigan: 1.7 % de hemorragia por causa diferente a las várices, y con otras, con la de Lateste y Rabin quien en 90 cirróticos, con hemorragia alta, comprueban que sangraron por várices el 75 % haciéndolo 9 por úlcera, 8 por gastritis erosiva, 2 por hernia hiatal, uno por cáncer gástrico.

Carolí y Paraf, se refieren a 31 casos de cirróticos portadores de úlcera duodenal, de los cuales 13 (41 %) murieron de hemorragia masiva: en 5 casos la hemorragia provenía de rotura de las várices y 8 veces de la úlcera.

La realización sistemática de fibroesofagogastroscofia intrahemorrágica, en los cirróticos sangrantes ha dado lugar a publicaciones modernas de gran interés.

Palmer afirma que el 37 % sangran por una lesión coexistente. Dagradi (13) realiza endoscopia en 121 casos de várices y hemorragia, encontrando 41 % de várices sangrantes y 59 % en que sangraba otra lesión coexistente, 45 % erosiones agudas o Mallory Weiss. McGray y colab. realizan endoscopia a 27 casos de hemorragias en portadores de várices; observando sólo 5 várices sangrantes y 16 gastritis o erosiones superficiales (59 %).

En el Mallory Institute of Pathology se realizó necropsia a 23 enfermos con várices, muertos de hemorragias altas, 7 casos (30 %) tenían ruptura de várices y 14 (61 %) tenían lesiones erosivas agudas.

Peeters y Cremer (53) realizaron esofagogastroduodenoscopia intrahemorrágica a 122 cirróticos sangrantes; las lesiones responsables fueron: ruptura de várices en 25.4 %; gastritis erosiva en 23 %; úlcera gástrica en 10 %; úlcera duodenal en 4 % y síndrome de Mallory y Weiss en 4.9 %. En un caso tres lesiones sangraban simultáneamente: ruptura de várices, erosiones gástricas y úlcera duodenal hemorrágica. La asociación várices-gastritis erosiva es frecuente.

A estar a estos tres trabajos el cirrótico sangraría con mayor frecuencia de una lesión asociada que de las mismas várices esofagagástricas.

Sin embargo, hay estadísticas modernas disidentes en este concepto, por ejemplo el importante trabajo de Miniconi y colab. de marzo de este año, quienes han realizado piloro-esofago-gastroscofia y estudio radiológico dentro de 48 horas del sangramiento a 100 cirróticos

con hemorragia alta: en 62 casos observaron las várices sangrando, ellas eran la única lesión: 70 %; el 30 % sangró por otra causa: gastritis hemorrágica, 14 casos, úlcera gástrica 5; úlcera duodenal: 2; Mallory y Weiss: 4; úlcera-cardias: 1.

En 13 casos no había várices. En 20 enfermos coexistían 2 lesiones hemorrágicas, 8 lesiones escaparon a fibroscopia y fueron vistas por radiología, mientras que 38 escaparon a Rx y fueron observadas por ribroendoscopia. Concluyen que por lo tanto persiste el carácter dominante de la hipertensión portal en el mecanismo de las grandes hemorragias digestivas del cirrótico.

Señalemos la enorme repercusión terapéutica de estos hechos que pueden explicar la recidiva hemorrágica de algunos casos de shunt porto-cava, en los que quizás la primera hemorragia no fue producida por las várices, sino por otra lesión asociada.

El diagnóstico causal de la hemorragia alta de un cirrótico puede ser difícil. La anamnesis y el examen clínico habitualmente alcanza para despistar la cirrosis; si se trata de un cirrótico conocido el problema es si sangra por várices o por gastritis, úlcera u otra causa. Se cuenta con un grupo de procedimientos exploratorios para el diagnóstico.

—Estudio radiológico gastroduodenal intrahemorrágico, esplenopografía intrahemorrágica, estudio del funcional hepático, enzimograma y amoniemia. El único procedimiento que permite un diagnóstico seguro es la esofagogastroscofia intrahemorrágica, que permite la visualización directa de la lesión sangrante: várices, gastritis, erosión, úlcera, etc. Pero no se piense que siempre es fácil; la sangre brotante, la excitación del enfermo, su estado general precario, son factores que hacen difícil o imposible el diagnóstico definitivo y a veces su realización, siendo indispensable además, un endoscopista de gran experiencia y a la orden.

Un procedimiento que nos ha resultado de gran valor práctico es la detención de la hemorragia al colocar el balón de Sengstaken o similar.

Gravedad.

La hemorragia digestiva en el cirrótico tiene una alta mortalidad, según distintas estadísticas (68, 56, 7, 10) del 30 al 80 % mueren en la primera hemorragia y el 20 % en la segunda, ya sea por anemia aguda (15 %), por coma hepático (60 %) o por ambos mecanismos.

De 56 cirróticos con hemorragia digestiva alta fallecidos en nuestro Servicio, 30 murieron en la primera hemorragia (53.6 %), 21 en la segunda (37.5 %) y 5 en la tercera (8.9 %).

Según Baird y col.(2) sólo el 17 % de los cirróticos con várices, hayan sangrado o no, sobreviven más de 3 años.

Como índice de esta gravedad señalemos que el grupo Inter Hospital de Boston considera que la posibilidad de un cirrótico descompensado de sobrevivir un año a su primera hemorragia es igual a la de un paciente con leucemia linfocítica aguda tratado y de sobre-

hepático, debido a que la sangre que llega por vía arterial no puede refluir por la vía portal retrógrada; este hecho es causa de muerte en el postoperatorio inmediato. Excluye al hígado de la circulación portal y por ello los controles histobiológicos postoperatorios muestran una agravación más marcada en este tipo de shunt. Aumenta la absorción de amonio que pasa directamente a la circulación sistémica. Aumenta en 48 % el flujo hepático arterial (55).

La A.P.C.T.L. descomprime menos pero es ventajoso en el sentido de que actúa como derivación a la sangre arterial hepática, lo que puede llegar a ser desfavorable al sifonear sangre arterial en exceso. Teóricamente permitirá llegar al hígado parte del flujo portal con sus elementos nutrientes, sin embargo la medida del flujo (20), la cineportografía (8) con inyección de sustancias de contraste (26) muestran que es nulo o escaso el flujo portal que llega al hígado. Aumenta también la absorción de amonio. Aumenta el flujo arterial hepático en el 100 % (55).

La anastomosis esplenorrenal produce una descompresión menos eficaz, es frecuente la producción de trombosis postoperatoria, la neoformación de várices y por lo tanto es alta la recurrencia de hemorragias. Tiene a su favor la menor frecuencia de encefalopatía hepática. Los resultados tardíos obtenidos por diferentes autores son contradictorias. Se ha propuesto la anastomosis terminoterminal (22 b) que disminuye más la presión y se trombosa menos. Actualmente se realiza la anastomosis esplenorrenal mediana o troncular que viene a ser una portorrenal, con una eficacia derivativa mayor, pero también con mayor riesgo de encefalopatía.

En casos especiales, como en el fracaso de una esplenorrenal y en los que la porta está inutilizada (trombosis), puede realizarse la anastomosis mesentericocava o inclusive la coronariocava.

En los últimos años se han propuesto nuevas técnicas con el fin de mejorar los resultados. Así se ha propuesto asociar a la anastomosis P.C.T.L. la arterialización del hígado con el fin de mantener el flujo hepático (55), lo que se consigue interponiendo una prótesis entre la aorta y el cabo superior de la porta o con la anastomosis de este cabo con la arteria esplénica.

Warren (66) ha propuesto la anastomosis esplenorrenal distal terminolateral asociada a la ligadura de los vasos arteriovenosos gástricos izquierdos, con ello se pretende descomprimir selectivamente el territorio esofágico, manteniendo la hipertensión portal, en el resto del sistema asegurando el flujo portal al hígado, siendo baja la absorción del amonio. Esta lógica operación la ha realizado el doctor Raúl Praderi, en varios enfermos nuestros con buen resultado.

Ultimamente se ha propuesto para enfermos en los que debido a sus malas condiciones es impracticable la realización de los shunts derivativos, una simple operación que consiste en la ligadura circunferencial del esófago, realizada sobre un botón de Murphy, introducido por una gastrostomía y colocado

arriba del cardias; el botón se elimina esponáneamente por el tractus digestivo, y queda una cicatriz fibrosa circular que bloquea permanentemente la circulación portal. Prioton ha publicado los resultados en 30 casos, 20 en condiciones de emergencia y todos en condiciones de gran deterioro, todos los casos pararon de sangrar de inmediato y las várices desaparecieron. Sobrevivieron el 63 %; 2 pacientes tuvieron que ser reoperados por estenosis.

En uno de nuestros enfermos con muy mal estado general y mala reserva funcional hepática, indicamos esta intervención la que fue realizada por los Dres. Matteucci, Perdomo y Balboa, utilizando un sustituto de botón de Murphy realizado en plástico. Desde el punto de vista técnico la operación fue un éxito pero la enferma falleció de peritonitis a punto de partida de la gastrostomía.

Quizás esta simple operación pudiera reemplazar a los shunts derivativos empleados en forma profiláctica.

La linfa hepática desempeña un importante papel en el mecanismo de la hipertensión portal y sus consecuencias, en la cirrosis. El estudio de la linfa por intubación del canal torácico ha mostrado (15) que tanto la presión como el flujo linfático están muy aumentados en los cirróticos sobre todo en los que tienen varicorragias. El drenaje del canal torácico realizado en hemorragias por ruptura de várices ha producido la detención del sangramiento (42, 6).

Basados en estos hechos, hemos realizado la anastomosis linfovenosa (47) del canal torácico a la vena yugular interna o externa, según la técnica de Degan, Lemos, Torres y col. a 5 cirróticos con várices sangrantes, se obtuvo detención del sangrado por lapsus que oscilaron entre 6 y 48 horas después de la intervención; todos repitieron la hemorragia; por lo tanto en nuestros casos de hemorragia masiva el resultado ha sido pobre por lo transitorio y no está de acuerdo con los resultados de Dumont y Multrolland (16).

En dos casos en que se realizó esplenoportografía de control postoperatoria, las várices estaban incambiadas.

Resultados.

El shunt venoso desciende la presión portal en el acto operatorio y continúa descendiendo posteriormente debido al aumento de calibre de los vasos anastomosados; las várices desaparecen en menos de tres meses, las hemos visto borrarse al mes de operados, aunque en algunos casos persisten a pesar de que el shunt sea permeable, hecho que hemos observado en dos necropsias.

Las hemorragias recurrenciales se suprimen en el 80 % de los casos.

Las estadísticas con enfermos operados en buenas condiciones dan resultados aceptables y comparando las cifras de sobrevivida con la de los enfermos tratados médicamente se observa el importante hecho de que pasados los dos años, los enfermos operados viven el doble (40, 37, 10). El porvenir del cirrótico con