

Herida de Vena Porta

PALABRAS CLAVES: (KEY WORDS, MOTS CLES) MEDLARS:
PORTAL VEIN| WOUNDS AND INJURIES

HERIDA DE LA VENA PORTA

RESUMEN

Se presentan dos pacientes con herida de la vena porta tratados con cirugía venosa directa.

Se hace una revisión de la literatura donde se enfatiza en su baja frecuencia y en su extrema gravedad.

Se analizan las diferentes conductas quirúrgicas y se concluye aconsejando, como método de elección, la reparación venosa mediante sutura o injerto.

SUMMARY

PORTAL VEIN BLESSURE.

Two patients with portal vein blessure treated by direct vein surgical repair are presented. Bibliography shows low frequency and extreme gravity. Different surgical procedures are analyzed. Concluding that the elective procedure is direct venous repair by suture or patch.

RESUME

BLESSURE DE LA VEINE PORTE.

On présente deux malades avec blessure de la veine porte qu'a été traité avec chirurgie veineuse directe. On fait une révision de la littérature ou on remarque sa basse fréquence et son extreme gravité. Les différentes conduites chirurgicaux sont analysés et on conclut en conseillant comme méthode d'élection, la réparation de la veine par suture ou greffe.

INTRODUCCION

La herida de la vena porta es una lesión, afortunadamente, rara y su diagnóstico es, en la casi totalidad de los casos, intraoperatorio.

De gran diámetro y alto flujo, lleva rápidamente a la exanguinación, por lo que requiere conductas agresivas y métodos de tratamiento ordenadamente predeterminados (6).

Por su situación anatómica profunda, redeada por el estómago, el duodeno, el páncreas y el colon, su lesión ya sea de origen traumático, por arma de fuego o arma blanca, asocia lesiones viscerales importantes que comprometen aún mas el ya crítico pronóstico vital del paciente (4, 12).

Presentado a Sociedad de Cirugía del Uruguay el 10/11/82.

Asistente Interino de Clínica Quirúrgica "F" y Asistente Honorario del Departamento de Emergencia. Profesor Adjunto Cirujano Interino del Departamento de Emergencia. Profesor Adjunto Interino de Semiología Quirúrgica. Residente de Cirugía.

Dirección: José Ellauri 809 Ap.501. Montevideo. (Dr. Horacio P. Pittamiglio)

Dres. Horacio Pittamiglio, Luis Perrone, César Pereyra Borrelli y Alberto Lyonnet.

Estos hechos, sumados a lo difícil de ese abordaje y su manejo, colocan a su herida dentro de las mas problemáticas de tratar dentro de las lesiones de los elementos vasculares del abdomen superior.

Múltiples procedimientos quirúrgicos se han preconizado para su reparación, a pesar de los cuales su mortalidad sigue siendo sumamente elevada.

CASUISTICA

CASO I:

Paciente de 16 años, sexo masculino, que recibe una herida de arma blanca en región paraxifoidea izq.

A los 30 minutos ingresa en Emergencia del Hospital Pasteur, en shock hipovolémico, con latidos cardíacos presentes.

Se practican tres descubiertas y con el diagnóstico de anemia aguda por hemoperitoneo, pasa inmediatamente al Block Operatorio.

Operación:

Gran hemoperitoneo que se aspira. Herida del segmento III del hígado que sangra moderadamente. Hemorragia profusa a través del hiato de Winslow.

Clampeo supraduodenal del pedículo hepático y como continúa sangrando, clampeo subhepático.

Conducta: se disea y se carga con lazo de goma a la arteria hepática y al hepatocolodoco que están indemnes. La vena porta presenta una sección casi total sobre su borde izquierdo.

Se completa la sección con lo que se liberan ambos cabos, clampeandolos en forma individual con clamp de tipo bulldog.

Se realiza sutura termino-terminal con puntos separados de Mersilene 6-0. Se coloca un drenaje subhepático.

Postoperatorio: buena recuperación inmediata. A las 12 horas: shock hipovolémico y hemorragia profusa por el drenaje sub-hepático, descenso de la PA y oligoanuria.

Se traslada al CTI del Hospital de Clínicas para su reposición previa a la reoperación.

Reoperación: Gran hemoperitoneo que se origina en una rama de la arteria mamaria interna (herida parietal) y en la herida hepática de la cara superior del segmento III. "Sutura portal permeable y hermética." Hemostasis de las lesiones sangrantes.

Evolución: fallece al tercer día por trastornos de crisis originados por las transfusiones masivas (mas de 35 volúmenes).

CASO II:

Paciente de 36 años, sexo masculino, que recibe una herida de arma blanca en el límite del epigastrio con el hipocondrio izquierdo.

Ingresa al Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas en shock hipovolémico.

Reposición masiva por dos descubiertas venosas.

Con el diagnóstico de anemia aguda por hemoperitoneo, sube al Block Quirúrgico de inmediato.

Operación:

Gran hemoperitoneo. Sangrado abundante a nivel del pedículo hepático.

Clampeo en masa del pedículo supraduodenal. Hemostasis con puntos de una herida hepática del segmento III.

Se disea y se carga con lazo de goma a la arteria hepática que está indemne.

El colédoco está seccionado, por lo que se liberan y clampean sus cabos.

La vena porta presenta una herida en "L" sobre su borde izquierdo, en el sector supraduodenal.

Conducta: descenso de la rodilla superior del duodeno. Liberación de la vena y clampeo de sus cabos con clamp de tipo bull-dog. Rotación de los cabos para poder efectuar la sutura lateral, continua, con Mersilene 5-0, hermética, no estenosante.

Sutura término-terminal del colédoco, sobre tubo de Kehr. Colectomía. Drenaje subhepático con cigarrillo.

Postoperatorio: Continúa su reposición en el CTI. Bilirrubia moderada por el tubo subhepático que se detiene en forma espontánea.

Manejo del tubo de Kehr normal.

Colangiografía postoperatoria normal.

Alta a los 30 días sin elementos de hipertensión portal.

COMENTARIOS

Los motivos para la publicación son varios.

1) La baja frecuencia de la lesión de la vena porta.

2) La extrema gravedad de esta lesión.

3) Realizar un planteo terapéutico que debe estar primariamente dirigido a controlar la hemorragia exsanguinante proveniente de la herida vascular y luego a su reparación definitiva.

En esta oportunidad se presentan dos casos, ambos con herida del segmento III del hígado. Uno con una herida aislada de la vena porta (excepcional) y el otro asociado a una herida de la vía biliar principal.

En los dos pacientes se realizó la reparación de la vena por sutura, intentando restablecer el flujo portal, elemento este último que consideramos fundamental por los siguientes hechos fisiopatológicos:

A) El sistema portal es el tercero en importancia dentro de los sistemas circulatorios orgánicos.

B) Posee características únicas, puesto que comprende dos lechos capilares que transportan al hígado los productos de la digestión y son su principal afluente de sangre.

C) Según Sherlock (10), aporta el 80% del oxígeno hepático.

D) De acuerdo con Best, representa de los 2/3 a 3/4 de la perfusión hepática, con un flujo aproximado de 1.000 cc. por minuto, razón por la cual no es conveniente prolongar su clampeo por más de 30 minutos.

Chisholm (3) y Fish (5), en sus trabajos sobre las heridas de la vena porta, hacen una recopilación de los procedimientos quirúrgicos que es posible practicar para repararlas.

a) El tratamiento de elección es la sutura lateral o término-terminal.

b) Si ésta es imposible de realizar, Norton (8) aconseja realizar un injerto con vena safena o Gore-Tex de 9 mm.

c) Busuttill utiliza para ello a la vena esplénica, a la que anastomosa a la vena mesentérica superior.

d) El shunt porto-cava puede tener su indicación. El problema con su empleo radica en la incidencia de la insuficiencia hepatocítica y/o la encefalopatía porto-sistémica.

Fisch (5), en 7 shunt porto-cava, tuvo 5 insuficiencias hepatocíticas.

Se ha empleado en el tratamiento de la hipertensión portal post ligadura de la porta.

e) Por último, la muy discutida ligadura en agudo.

Todos los métodos anteriormente descriptos son de uso preferencial, para evitar la ligadura de la porta, a la que consideramos una maniobra desesperada.

Child, citado por Chisholm (3) y Mattox (7), al igual que Busuttill (1), dice que un 80% de los pacientes toleran bien la ligadura de la vena porta en agudo.

Chisholm la practicó en tres pacientes; uno falleció por trombosis venosa, los otros dos sobrevivieron y en uno de ellos comprobó, en la fase venosa del arteriograma hepático, un relleno del cabo portal por colaterales (esplénica, gastroduodenal, colónica, coronaria estomacal y pancreático duodenal).

En cambio, Mattox (7) no la aconseja y cita a Patton (9) quien la practicó en dos oportunidades y a posteriori, debió efectuar un shunt porto cava para tratar la hipertensión portal.

El mismo autor comunica una elevada mortalidad en los pacientes en que se ligó la vena o existió un clampeo prolongado.

Además, desde el punto de vista fisiopatológico, la ligadura provoca, en lo inmediato, una caída de la presión arterial sistémica de aproximadamente 30 mm. de mercurio alterando la hemodinamia, una estasis esplénica y frecuentemente trombosis portal distal, la que puede evolucionar al infarto intestino mesentérico.

Pilcher, en trabajos experimentales, demostró que el flujo en la vena cava inferior disminuye aproximadamente un 50% cuando se liga la vena porta.

MORTALIDAD

Muy elevada.

Mattox refiere cifras del 50%; Stone del 71%; Chisholm del 33%; Busuttill de más del 50%.

Sus causas son la falla en el control de la hemorragia, las coagulopatías, las complicaciones de las transfusiones masivas y la suma de las lesiones viscerales asociadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BUSUTTIL R.W., KITAHAMA A., CERISE E., MC.FADDEN M., LO R., LONGMIRE W.P., Management of blunt and penetrating injuries to porta hepatis. *Ann Surg.* 191: 641, 1980.
2. BUSUTTIL R.W., STORM K., WILBUR B., LONGMIRE W.P., Use of the splenic vein in the reconstruction of frontal and superior mesenteric veins after traumatic injury. *Surg Gynecol Obstet.* 145: 59, 1977.
3. CHISHOLM T., LENIO P., Traumatic injuries of the portal vein. *Am J Surg.* 124: 770, 1972.
4. DINGELDEIN P., PROCTOR H., JAGUES P., Traumatic aortocaval-portal-duodenal fistula. Case report. *Truma.* 17: 474, 1977.

5. FISH J.C., Reconstruction of the portal vein. Case report and literature review. *Am Surg*, 32: 472, 1966.
6. MADDING G., LIN R., KENNEDY P., Hepatic and caval vein injuries. *Surg Clin North Am*, 57: 275, 1977.
7. MATTOX K., ESPADA R., BEALL A., Traumatic injury of the portal vein. *Ann Surg*, 181: 519, 1975.
8. NORTON L., EISEMAN B., Replacement of portal vein during pancreatectomy for carcinoma. *Surgery*, 91: 280, 1975.
9. PATTON T, JOHNSTON C., Portal hipertension as the result of penetrating abdominal trauma. *Am J Surg*, 99: 651, 1960.
10. SHERLOCK S. Diseases of the end biliary system. 3a.ed. Oxford, Blackwell Scientific Publication: 226. 1963.
12. VALLS A, PERDOMO R, BALBOA O, MELOGNIO S, BOSCHI J, CHIOSSONI M. Fistula arteriovenosa hepática de origen traumático. *Cir Uruguay*, 44: 2, 1974.