

HIPERTENSION PORTAL *

Algunas consideraciones sobre veinte casos

Dr. JORGE C. PRADINES

Traigo a consideración de ustedes la síntesis de 20 historias de enfermos que han ingresado a la Clínica Quirúrgica del Prof. P. Larghero Ybarz. Este material ha sido analizado desde diversos puntos de vista que creo de interés, tales como el motivo por el cual el paciente consulta, la valoración del estudio del mismo en ese momento, los datos que aportan el laboratorio, la radiología y la esofagoscopia. Se considerará también la terapéutica realizada y los resultados obtenidos.

I) MOTIVO DE CONSULTA

Respecto a este punto, hay que resaltar, desde ya, que el principal de ellos fue un episodio hemorrágico digestivo..

En la totalidad de nuestra serie, 14 enfermos consultaron por hemorragias digestivas que se presentaron como hematemesis en 12 casos y como melenas puras en 2 casos. La magnitud del sangramiento fue variable, existiendo desde las pequeñas hematemesis, que desaparecieron espontáneamente, hasta las más severas hemorragias que obligaron a una intervención de urgencia o a la compresión endoesofágica por la sonda de Sengstaken-Blakemore. Fueron a menudo hematemesis repetidas, fáciles, que cedieron muchas veces en forma caprichosa.

* Trabajo realizado en la Clínica Quirúrgica "C" del Prof. P. Larghero Ybarz. Diciembre de 1955.

La mayoría de estos pacientes sangraba por primera vez, sólo 4 casos habían tenido episodios rojos con anterioridad y aparentemente el mismo no había sido interpretado en forma correcta.

Otra causa de consulta la constituyó la ascitis, que se comprobó en cuatro oportunidades.

Un paciente consultó por esplenomegalia y otro por una polineuritis alcohólica.

Sintetizamos lo dicho en el cuadro 1.

Cuadro 1

MOTIVO DE CONSULTA

a) Hemorragia digestiva	14 casos
Hematemesis y melenas	12
Melenas puras	2
b) Ascitis	4 "
c) Esplenomegalia	1 caso
d) Polineuritis alcohólica	1 "

Es evidente que en el alto número de casos que ingresaron por hemorragia, influyó el criterio que prima en el personal de guardia de los hospitales de que toda hemorragia digestiva es en principio una enfermedad quirúrgica.

II) VALORACION DEL ESTADO DEL PACIENTE

Por la enfermedad desencadenante del síndrome de hipertensión portal —cirrosis hepática en la mayoría de nuestros casos—, por la complicación hemorrágica, o por la suma de ambos hechos, puede decirse que nos correspondió tratar un alto porcentaje de enfermos graves.

Basta observar el cuadro 2, para ver que hemos tenido que tratar 14 enfermos anémicos, anemia más o menos intensa, en general de acuerdo con la entidad de la hemorragia, que estará

supeditada en su mejoría, a la terapéutica y a la detención de la pérdida sanguínea. Estos pacientes, con una enfermedad de fondo más una anemia aguda, se encuentran en este momento en un equilibrio crítico. Pueden morir por la repetición de la

Cuadro 2

DATOS MAS SALIENTES DEL EXAMEN FISICO

Anemia	14 casos
Ascitis	8 "
Ictericia	4 "
Hepatomegalia	8 "
Esplenomegalia	7 "
Circulación colateral	5 "
Adelgazamiento marcado	6 "

hemorragia en plazos muy breves, o pueden morir en los días siguientes por la aparición de lesiones degenerativas difusas, entre las que se debe situar, en primer lugar, a las hepáticas.

Estos enfermos, con un hígado a menudo alterado —cirrosis—, toleran muy mal la anoxia, y no es infrecuente que hagan una insuficiencia hepática aguda.

Cuando el hipertenso portal llega al cirujano siendo fundamentalmente un anémico agudo, con poco o nulo compromiso visceral, creo que la situación debe ser resuelta de urgencia, sea por una cirugía que podemos llamar sintomática, como puede ser la ligadura y resección de várices sangrantes, o la resección del sector esofagogástrico con várices, o por una cirugía que resuelva la hipertensión portal mediante una derivación portocava.

Otras veces el hipertenso portal llega al cirujano, presentando un adelgazamiento marcado, una subictericia o ictericia franca y a menudo ascitis. La comprobación de estos elementos detendrá temporaria o definitivamente todo intento quirúrgico el que quedará supeditado a la respuesta que se obtenga luego de instituir un correcto tratamiento médico.

Estos pacientes llegan a una situación de descompensación por el fracaso de la función hepática que la clínica está señalando y que el laboratorio seguramente confirmará.

De nuestra serie, 3 enfermos de este tipo fallecieron en un plazo menor de 20 días con el cuadro de una insuficiencia hepática aguda, pese al tratamiento médico realizado.

Al valorar el estado del paciente, hay que tener en cuenta la edad del mismo. Sobre ello nos ilustra el cuadro 3.

De este cuadro hay que destacar que 14 enfermos han pasado los 45 años de edad.

Cuadro 3

EDAD DE LOS PACIENTES

De 25 a 34 años	4 casos
" 35 " 44 "	2 "
" 45 " 54 "	5 "
" 55 " 64 "	8 "
" 65 " 74 "	1 caso

De la valoración física de estos casos, concluimos que hay un conjunto de hechos (edad, anemia aguda por hemorragia, falla hepática), que limitan en el momento actual las posibilidades quirúrgicas que hubieran sido factibles con pacientes no tan evolucionados.

III) RADIOLOGIA.

ESOFAGOSCOPIA. LABORATORIO

Este conjunto de enfermos fue también estudiado desde el punto de vista radiológico y esofagoscópico, buscando la existencia de várices esofágicas como un elemento más que confirmara la hipertensión portal o que la indicara cuando no se había sospechado su existencia.

La radiología esófagogastroduodenal realizada en 9 casos, fue positiva en 6 y la esofagoscopia que se practicó en 9 pacien-

tes, fue positiva en 8, mostrando varices a nivel del tercio inferior del esófago. Solamente en 2 casos se tuvo la sospecha de ver lesiones mucosas que pudieron ser la causa de la hemorragia.

Usando uno u otro de estos métodos, se estudiaron 12 enfermos, habiéndose logrado visualizar las várices esofágicas en 10 casos.

Mediante los rayos X, la esofagoscopia, el acto operatorio o la necropsia, se comprobó la existencia de várices esofágicas en 11 casos. En el cuadro 4 se especifican los resultados obtenidos.

Buscando la existencia de un obstáculo extrahepático de la circulación portal, se hicieron 4 esplenoportografías transcutáneas. En ninguno de los casos se llegó a confirmarlo. Sin embargo, pese a los resultados negativos, creemos que es un método de valor que puede aclarar un diagnóstico.

Cuadro 4

Enfermos	Rayos X	Esofa- goscopia	Operación	Necropsia
1		+		
2	—	+		
3	+	+		+
4		+		
5	—	+		
6	+			
7	+			+
8	+	+	+	
9	+	+	+	+
10	+	+		
11				+
12	—	—		
13	—	—		

El Laboratorio fue utilizado fundamentalmente para estudiar la funcionalidad hepática, además de los exámenes de rutina. Como síntesis de los resultados anotamos:

Cuadro 5

Insuficiencia hepática moderada	9 casos
Insuficiencia hepática grave	2 ”
Pruebas funcionales normales	3 ”
Estudio incompleto	6 ”

Del estudio de los resultados de laboratorio se concluye que hay 11 pacientes en 20 que cuando concurren al Servicio ya presentan lesiones hepáticas que pueden ser demostradas por las pruebas funcionales.

IV) DIAGNOSTICO DE CAUSA DE LA HIPERTENSION PORTAL

Es seguramente el punto más difícil de aclarar. Existe un grupo de enfermos relativamente simples, en los cuales, mediante la clínica y algún examen de laboratorio se puede llegar a topografiar el obstáculo a la circulación porta a nivel del hígado.

En general, un síndrome de hipertensión portal más un estudio funcional de hígado que muestre lesiones a su nivel, inclina a pensar en una cirrosis. Hay autores que sostienen —Whipple entre otros— que los obstáculos prehepáticos no alteran la funcionalidad del hígado. En cambio, P. Marion y su escuela, no son tan absolutos, señalando que si el obstáculo es muy marcado puede aparecer una insuficiencia hepática.

En los casos en que hicimos un estudio contrastado esplenoportográfico transcutáneo, no logramos obtener de él resultados aclaratorios; sin embargo, creemos que es un buen método de examen que puede ser completado durante el acto operatorio con nuevo estudio y la manometría correspondiente.

Del total de nuestros enfermos se llegó a topografiar el obstáculo a nivel del hígado, en 15 casos —cirrosis. De estos 15 casos el diagnóstico es seguro en 7 casos, ya que fue confirmado en el acto operatorio o en la necropsia.

En un caso se hizo diagnóstico en la necropsia, de obstrucción del tronco porta.

Quedan así 4 enfermos en que solamente se hizo diagnóstico de hipertensión portal sin poder avanzar más en la documentación de la causa de la misma. Tres de ellos fueron operados comprobándose, en 2 casos, que existía una hipertensión manométrica. No se pudo comprobar en el acto operatorio la existencia de obstrucciones venosas en el sistema porta ni a nivel del hígado. La cuarta enferma, dado su gravedad, falleció rápidamente, no teniendo autopsia.

Cuadro 6

CAUSAS DE HIPERTENSION PORTAL

a) Obstáculo intrahepático	15 casos
Plenamente confirmados	7
Presunción clínica	8
b) Obstáculo extrahepático	1 caso
c) No determinado	4 casos

V) CONDUCTA TERAPEUTICA

El conjunto de pacientes estudiados en esta serie lo dividiremos en dos grandes grupos según que hayan sido tratados médica o quirúrgicamente.

La elección de un tratamiento médico se hizo frente a enfermos con un estado general malo, con signos de insuficiencia hepática, con edad avanzada o que ingresaron en pleno colapso por anemia aguda del que no se recuperaron pese a las fuertes dosis de sangre inyectada. En otros casos se indicó un tratamiento médico por no haber aceptado el paciente ningún tipo de intervención.

En este grupo de enfermos no operados (10 casos) tenemos 5 muertes:

- 3 de ellas por insuficiencia hepática grave;
- 1 por hematemesis recidivante al retirar la sonda endoesofágica;
- 1 por insuficiencia hepática y hematemesis final.

De los 5 enfermos que sobreviven, en 2 nada se intentó por las condiciones generales, otros 2 rechazaron la intervención y 1 está en estudio.

Veamos ahora con un poco más de detalle el grupo de los enfermos operados, 10 en total.

La indicación operatoria fue de urgencia en 2 casos, impuesta por las hematemesis profusas. Uno de ellos era un enfermo con escasos antecedentes; se pensó en un ulcus gastroduodenal sangrante, comprobándose en el acto operatorio una cirrosis hepática. Se efectuó esplenectomía, falleciendo a las veinticuatro horas. El otro paciente se operó con diagnóstico cierto de hipertensión portal, haciéndose una resección esofagogástrica (operación de Phemister), por tóracofrenolaparotomía izquierda. Fallece a las seis horas de operado. En la necropsia de este caso se comprueba una obstrucción cavernomatosa del tronco porta con hígado indemne.

Los otros 8 pacientes pudieron ser estudiados y preparados para la intervención. La indicación operatoria más frecuente surgió de la existencia de hematemesis y de la comprobación de várices esofágicas.

En dos casos en que la causa de la hipertensión portal no fue aclarada, se hizo solamente esplenectomía.

En otros dos casos se efectuó la esplenectomía seguida de anastomosis esplenorrenal. De ellos, falleció un cirrótico y hay una sobrevida en un hipertenso portal de etiología no aclarada.

En dos casos (ambos cirróticos) se efectuó la resección de paquetes varicosos de esófago (operación de Linton). Uno de ellos falleció a las veinticuatro horas en hipertermia, comprobándose en la necropsia que presentaba un hígado cirrótico y grasoso y que había vuelto a sangrar. El otro enfermo tuvo una pequeña hematemesis al mes.

Otros dos pacientes tenían, además, una litiasis biliar. En uno de ellos se efectuó colecistectomía y biopsia de hígado que demostró una cirrosis muy marcada; el otro se operó con intención de efectuar una anastomosis portocava que fue impracticable por el estado del pedículo hepático. Se le extrajeron varios cálculos del colédoco y se hizo colecistectomía. Fallece a las veinticuatro horas en hipertermia.

En resumen: en 10 enfermos sometidos a diversas operaciones, tenemos 5 muertes, es decir el 50 % de mortalidad.

El conjunto de operaciones realizadas así como sus resultados están sintetizados en el cuadro 7.

Cuadro 7

Operaciones realizadas		Muertes
Esplenectomías	3	1
Resección de várices esofágicas	2	1
Anastomosis esplenorrenal	2	1
Resección esofagogástrica	1	1
Intento anastomosis portocava y drenaje de colédoco	1	1
Colecistectomía, biopsia de hígado	1	

SUMARIO

1) Se estudian 20 enfermos que presentan hipertensión portal.

2) El motivo de consulta más frecuente lo constituyó la hemorragia digestiva. Su importancia, en general mediana, llegó a ser grave en dos casos, imponiendo la intervención de urgencia.

3) De la valoración del estado general y resistencia del paciente se concluye que en un alto porcentaje es mediocre, lo que puede deberse a dos causas: a) hemorragia digestiva y ane-

mia aguda; b) insuficiencia hepática. A ello pueden sumarse la edad del paciente y enfermedades asociadas —litiásis vesicular, coledociana, etc.

4) La investigación de várices esofágicas por rayos X o esofagoscopia es positiva en un alto porcentaje.

5) La funcionalidad hepática está alterada en más de la mitad de nuestros enfermos.

6) El diagnóstico de causa de hipertensión portal es el punto más difícil a resolver en muchos casos. El complemento esplenoportográfico puede ser de gran utilidad.

7) La terapéutica útil frente a estos enfermos se ve limitada por lo evolucionado que llegan a los Servicios Quirúrgicos. Esto puede explicar la mortalidad operatoria alta del 50 %.

8) La mortalidad global de operados y no operados también fue del 50 %.