

ANASTOMOSIS PORTO-CAVA

Dr. CARLOS ORMAECHEA

Nuestra experiencia en este tema, comprende 38 pacientes operados entre los años 1957 y 1964.

La gran mayoría, 32, lo han sido en la Clínica Quirúrgica del Prof. Abel Chifflet, el resto en otros medios quirúrgicos.

Cuadro I

Clínica Prof. Abel Chifflet

CIRUGIA DE LA HIPERTENSION PORTAL

Total de operaciones: 38

Derivaciones venosas	30
Porto-cava	21
Términolaterales	16
Láterolateral	1
Col. porto-cava	1
Mc. Dermott	3
Esplenorrenal	9
Esplenectomías	4
Deconexión ácido portal	2
Ligadura várices esofágicas	2

Hemos realizado, como lo muestra el cuadro I, 30 derivaciones venosas, 4 esplenectomías, 2 deconexiones ácido portales y 2 ligaduras intraesofágicas de várices.

De las 30 derivaciones venosas, 21 han sido anastomosis porto-cava directas; 16 término laterales, 1 láterolateral, 1 entre una gran colateral de la vena porta que estaba trombosada y la vena cava inferior, y 3 Mc. Dermott, es decir, la doble anastomosis porto-cava.

De las 16 P. C. T. L., 2 fueron realizadas de urgencia en pacientes con grandes hemorragias que si bien eran detenidas transitoriamente con el balón de Sengstaken, al sacar éste volían a sangrar. Fueron operados con el balón puesto. Las 9 derivaciones restantes fueron anastomosis esplenorreñales, 1 de ellas de urgencia, en las mismas condiciones que las urgencias relatadas anteriormente. De las 4 esplenectomías, 2 fueron realizadas porque las condiciones anatómicas de la vena esplénica no permitieron hacer una derivación esplenorreñal, 1 como operación de elección y 1 en un intento de salvar una paciente extremadamente grave con una hipertensión portal y un síndrome hemorragíparo.

Las 2 deconexiones ácido portales y las 2 ligaduras de várices esofágicas han sido realizadas de urgencia en pacientes con hemorragias digestivas incoercibles por ruptura de várices esofágicas.

Cuadro II

ETIOLOGIA

Cirrosis Laennec	27
Alcohólicas	
Carencias	3
Trombosis vena esplénica .	1
Postnecrótica	1
Fibrosis hepática	5
Quiste hidático de hígado	4
Quistes simples congénitos	
Trombosis vena porta	
Secundaria a operación de vías biliares	
Asociada a agenesia vena cava	
Desconocida	

Este cuadro muestra cuáles han sido las causas más frecuentes de la hipertensión portal.

La gran mayoría, 27, corresponden a cirrosis portales, teniendo 22 de los pacientes antecedentes de ser grandes alcoholistas; en 3 casos los antecedentes eran de haber sufrido importantes carencias (campo de concentración, no ingestión de carne en años,

etcétera), en 1 caso se encontró como único factor etiológico una trombosis primitiva de la vena esplénica, el último caso como secundaria a una hepatitis virósica.

Cinco pacientes presentaban una fibrosis hepática secundaria a quistes de hígado operados o no; 4 quistes hidáticos y 1 quiste simple congénito.

La trombosis de la vena porta la hemos encontrado en 5 oportunidades, 4 en pacientes que habían sido operados de las vías biliares años atrás y 1 en un joven de 16 años que tenía además una agenesia de la vena cava inferior.

En 1 solo caso, una paciente de 17 años operada de urgencia con grandes hemorragias, no pudimos determinar la etiología.

Cuadro III

PRESIONES PORTALES EN CENTIMETROS DE H₂O

Mx. preop.	49		
		Promedio	39
Mn. preop.	29		
Mx. operat.	45		
		Promedio	37
Mn. operat.	21		
Mx. residual	28		
		Promedio	17
Mn. residual	8		
Descenso presión (promedio):			
Porto-cava			21
Esplenorenal			13

El cuadro III nos muestra el estudio que hemos realizado de las presiones portales.

Sólo me voy a referir a algunos hechos que creo son los más importantes:

- A) Las presiones son más altas cuando las tomamos por punción esplénica transcutánea, que las tomadas directamente en el acto quirúrgico.

- B) No hay relación entre el grado de presión, las varices esofágicas y las hemorragias; es decir, que a mayor presión, no corresponden mayores várices ni hemorragias más importantes.
- C) Las presiones bajan más luego de una derivación directa porto-cava (promedio 21) que luego de una derivación esplenorrenal (promedio 13).
- D) Luego de la derivación, si la anastomosis se mantiene permeable, la presión sigue descendiendo a medida que transcurre el tiempo.

Cuadro IV

INDICACIONES

Hemorragias	
Diferidas	21
Agudas	8
Ascitis	6
Profilácticas	2
Hiperesplenismo	1

El cuadro IV nos muestra las indicaciones que nos llevaron a efectuar las intervenciones.

Veintinueve han sido por hemorragias digestivas, 21 diferidas; es decir, que fueron operados luego de pasada la hemorragia y compensados de todos los desequilibrios originados por ésta.

En 8 casos las hemorragias eran incontrolables y fueron operados de urgencia. Por ascitis rebeldes que no obedecían al tratamiento médico, fueron intervenidos 6 pacientes.

Dos operaciones han sido profilácticas, es decir, en pacientes con grandes várices esofágicas que no habían sangrado, teniendo el criterio que en alguna etapa de su evolución iban a sangrar y ya sabemos las terribles consecuencias de estos accidentes.

En 1 caso la indicación fue por el marcado hiperesplenismo que presentaba el enfermo, un chico de 14 años con una hipertensión de 30 cm. de H₂O, operado de quiste hidático de hígado dos años antes.

Cuadro V

TIPO DE OPERACIONES SEGUN INDICACION

Hemorragias	29
Diferidas	21
P. C. T. L.	10
P. C. L. L.	1
Col. P. C.	1
Mc. Dermott	1
Esplenorrenal ..	6
Esplenectomías	
Agudas	8
P. C. T. L.	2
Esplenorrenal ..	1
Deconexión ácigo portal	2
Ligadura a várices	2
Esplenectomías ..	1
Ascitis	6
P. C. T. L.	3
Mc. Dermott	2
Esplenorrenal	1
Profilácticas	2
P. C. T. L.	1
Esplenorrenal	1
Hiperesplenismo	1
Esplenectomías	1

El cuadro V nos muestra el tipo de intervención realizada según la indicación.

En las 21 hemorragias diferidas hemos realizado:

- A) Trece derivaciones porto-cava directas, 10 porto-cava terminolaterales por ser las que bajan más la presión, se trombosaron menos y técnicamente son más fáciles y rápidas de hacer.
- B) Seis anastomosis esplenorrenales en pacientes que tenían trombosis de la vena porta o que habían tenido procesos quirúrgicos en su hipocondrio derecho, lo que nos hacía prever grandes dificultades de abordaje y liberación de las venas porta y cava inferior o en pacientes cuya esplenoportografía nos mostraba una vena esplénica de más de 1 1/2 cm. de diámetro, lo que nos iba a permitir hacer una derivación efectiva
- C) Dos esplenectomías de necesidad en enfermos cuya vena esplénica, por razones anatómicas (venas finas, trombosadas o muy divididas), no nos permitían hacer una derivación.

En las hemorragias agudas, si bien creemos que las derivaciones venosas pueden ser factibles, la deconexión ácigo portal es la operación de elección por su efectividad y por su realización relativamente fácil y al alcance de un cirujano no especializado en estas directivas.

En la ascitis hemos realizado 3 P. C. T. L. después de comprobar, por el clampeo de la vena porta, que la presión residual que quedaba en el cabo hepático era normal o por debajo de ella.

Hemos realizado, además, 2 Mc. Dermott y 1 esplenorrenal (vena esplénica de más de 2 cm. de diámetro).

De la operación de Mc. Dermott debo aclarar que tiene grandes dificultades en su realización y que en el momento actual la opinión es que no tiene mayores ventajas del punto de vista hemodinámico con la láterolateral, más fácil de hacer.

En las profilácticas hemos realizado una derivación porto-cava terminolateral y una esplenorrenal.

En el síndrome de hiperesplenismo, la esplenectomía simple descendió la presión de 30 a 14 cm. de H₂O; no creímos conveniente hacer otra cosa.

¿Cuál ha sido la evolución postoperatoria de los síntomas principales que presentaban los pacientes?

HEMORRAGIAS

De los 29 pacientes operados, 6 repitieron este accidente; en 2 fueron hemorragias pequeñas, únicas, sin trascendencia, llevando seis o siete años de evolución. En los 4 restantes las causas de las hemorragias fueron:

- 1) Trombosis de la anastomosis (seis meses de operada).
- 2) Ulceras agudas de estómago con anastomosis permeable.
- 3) Problema de fibrinólisis.
- 4) Persistencia de hemorragia en paciente muy grave que se realizó esplenectomía.

ASCITIS

De los 6 operados por ascitis, 2 fallecieron de insuficiencia hepática en el postoperatorio inmediato, lo que nos muestra la fragilidad de este tipo de enfermo. Las 4 restantes no repitieron su ascitis.

Además, tenemos 10 enfermos que fueron operados por hemorragias; pero que tenían también ascitis y que no lo repitieron.

INSUFICIENCIA HEPATICA

En los primeros días de la intervención aumenta en grado más o menos variable, comprobado por el funcional hepático, ictericia, aumento o reaparición de la ascitis, etc.; pero generalmente se recupera y retorna al estado que tenía antes de la operación. Sin embargo, 2 pacientes fallecieron de coma hepático en los primeros días de operados.

ENCEFALOPATIA AMONIACAL

Sólo dos palabras de esta complicación postoperatoria de las derivaciones.

De las 21 porto-cava directas, en 5 oportunidades (23,2%) ha habido este tipo de complicación, 2 incontrolables y 3 controlables con tratamiento médico adecuado.

De las 9 esplenorreñales, sólo 1 (11%) ha hecho una severa encefalopatía, en un paciente que probablemente presentaba alguna alteración encefálica anterior.

Los resultados operatorios de este tipo de intervención están resumidos en los dos cuadros siguientes:

Cuadro VI

RESULTADOS

Total operados	38
Mortalidad operatoria	6
Shock operatorio	2
Fibrinólisis → hemorragia	1
Hemorragia, anastomosis	1
Hemorragia digestiva	1
Coma → hepático?, opiáceos?	1
Mortalidad alejada	11
Primer mes	4
Primer semestre	3
Menos de dos años	4

Cuadro VII

SOBREVIDAS EN LA ACTUALIDAD

(4-XII-1964)

Total	21
P. C. T. L.	8
4-6 años	6
1-2 años	2
P. C. L. L. (1 mes)	1
Col. porto-cava (2 años)	1
Mc. Dermott (3 años)	1
Esplenorrenal	5
7 años	1
2 años	2
7 meses	1
1 mes	1
Esplenectomías (1-4 años)	3
Deconexión fécigo portal	2
4 años	1
5 meses	1