

## ANASTOMOSIS PORTO-CAVA \*

Dr. ROBERTO RUBIO

A partir de agosto de 1962 y hasta la fecha, he operado 8 pacientes afectos de hipertensión portal por cirrosis hepática. La operación efectuada fue en 7 casos anastomosis porto-cava y en 1 caso anastomosis esplenorrenal.

Se presentarán y analizarán a continuación, algunos aspectos de interés de esta serie de enfermos.

*Edad.*—La totalidad de los pacientes estuvieron comprendidos entre los 40 a los 62 años. Seis de ellos se encontraron comprendidos entre los 50 y los 53 años de edad.

*Sexo.*—Cuatro pertenecieron al sexo masculino y cuatro al femenino.

*Antecedentes.*—Siete de los pacientes presentaron marcados antecedentes de etilismo. En sólo 1 caso no existieron antecedentes de etilismo ni de hepatitis.

*Sintomatología.*—La totalidad de los pacientes presentaron severas hemorragias esofagogástricas. En tres de ellos fue el primer episodio. Cinco habían presentado tiempo atrás episodios semejantes. En 1 caso la hemorragia había sido tres años antes, pero los restantes tuvieron ésta un tiempo más corto que fue siempre menor de un año. Todos los casos presentaron más de una hemorragia.

En 5 casos hubo necesidad de colocarles balón de Sengstaken-Blakemore. En 4 casos la sonda-balón fue efectiva y la hemorragia cesó dentro de las 48 horas. En 1 caso (observación B. G. D.) el taponamiento por sonda no fue efectivo y se debió operar de urgencia.

*Función hepática.*—En 2 de los 8 casos las bilirrubinas totales se encontraron elevadas, llegando en 1 de ellos a 4,30 mgr.

\* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "F". Prof. Dr. Héctor Ardao.

y en otro a 3 mgr. %. En los 6 casos restantes, la bilirrubinemia total estaba por debajo de 1,5 mgr. %.

Las albúminas en plasma, en 7 casos se encontraron 3 gr. % o por encima. Solamente en 1 caso la albúmina fue de 2,10 gr. % y de 1,95 gr. % en el examen previo a la operación.

En 3 casos los pacientes presentaron ascitis: en 2 de ellos leve, pero en otro de importancia, requiriendo paracentesis (más de 4 lts.).

En términos generales, se puede considerar que la función hepática fue buena en 5 casos, aceptable en 2 y mala en 1 observación (bilirrubinemia 3 mgr. %, albúmina 1,95 gr. %; ascitis, obnubilación psíquica).

*Esplenoportografía.*— En 5 casos la presión por punción esplénica fue entre 40 y 43 cm. de agua. En 1 caso fue de 59 cm. y en los dos restantes fue de 30 a 32 cm. de agua respectivamente. La porta estaba permeable en todos los casos. Existieron importantes várices esofagogástricas en todos ellos.

*Indicación quirúrgica.*— En todos los casos la indicación de anastomosis porto-cava se hizo para evitar la repetición de hemorragias esofagogástricas severas. No se efectuó esta operación con criterio profiláctico en ningún paciente.

*Oportunidad operatoria.*— En 1 caso (B. D. C.) se operó de urgencia a las 48 horas de repetir una hematemesis severa que requirió intubación con sonda de Sengstaken-Blakemore. En 2 casos (L. V. de G. y R. de F.) se operó como urgencia diferida, es decir, dentro del mes de la hemorragia que motivó el ingreso de la paciente a hospital. En el primer caso la hemorragia repitió. En ese lapso se estudiaron con esplenoportografía ambos pacientes. En los 2 casos se empleó con éxito la sonda de Sengstaken-Blakemore. En los 5 casos restantes, la indicación de la operación derivativa fue de elección y no tuvo por lo tanto ningún carácter de urgente.

*Vía de abordaje.*— En 5 casos se efectuó toracofrenolaparatomía. En 3 casos se hizo abordaje abdominal por incisión transversa. Se prefiere el abordaje por toracofrenolaparatomía que facilita y acorta el acto quirúrgico. No han existido complicaciones postoperatorias imputables a este abordaje.

*Exploración quirúrgica y operación realizada.*— En todos los casos el hígado tenía el típico aspecto cirrótico. En 5 casos se encontraba agrandado: en 2 tenía tamaño normal y en otro se encontraba disminuido de tamaño.

En una observación se encontró ascitis.

*Enfermedades asociadas.*—En 2 casos se encontró litiasis vesicular, siendo acompañado en uno de ellos de colédocolitis y marcada pericoledocitis. En ambos casos se efectuó colecistectomía en el mismo acto operatorio. En uno de ellos acompañado de coledocostomía.

Dos pacientes habían sido operados con anterioridad de las vías biliares y presentaron adherencias importantes subhepáticas.

*Presiones en vena porta.*—Previamente a la anastomosis porto-sistémica, las presiones en la vena porta estuvieron comprendidas entre 27 y 49 cm. de agua. En todos los casos, menos

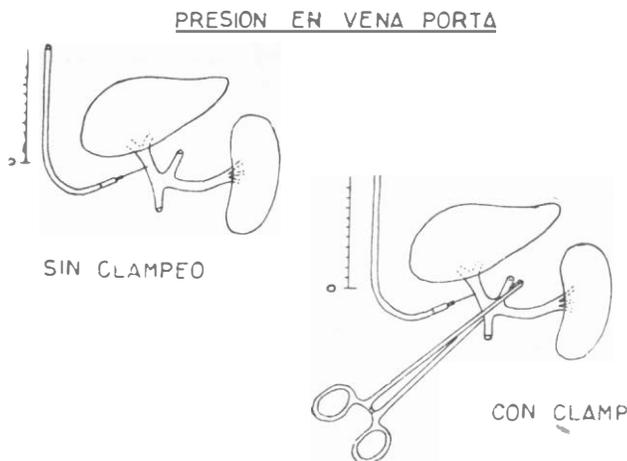


Fig. 1.—Toma de presiones de la vena porta durante el acto operatorio. Sin clampeo y con clampeo de ésta.

uno, se observó descenso importante de la presión portal después de la derivación. Las cifras tensionales estuvieron comprendidas entonces entre 13 y 21 cm. de agua. Solamente en 1 caso (J.K.) el descenso fue de poca significación, yendo de 32 cm. antes a 28 cm. después de la anastomosis. En el único caso que se efectuó anastomosis esplenorrenal, no fue posible tomar la presión después de efectuada la anastomosis, pero se tuvo la seguridad del buen funcionamiento de ésta por su excelente calibre y la marcada reducción de tensión de la vena esplénica a la palpación.

En todos los casos se efectuó anastomosis término-lateral. Como acto previo, en todos ellos se observó un marcado descenso de la presión en la vena porta, inmediatamente después de clampeada ésta (ver figura 1).

*Postoperatorio inmediato.*— De los 8 pacientes operados fallecieron 2, a las 78 horas y 29 días respectivamente.

Se considerará separadamente la evolución postoperatoria de estos pacientes.

En los 6 casos restantes no existieron complicaciones postoperatorias, salvo una infección de herida operatoria en uno de ellos. Tres pacientes presentaron subictericia, que desapareció luego progresivamente. Dos pacientes presentaron ascitis poco importante, que retrocedió espontáneamente.

*Evolución alejada.*— Los 6 pacientes se encuentran en buenas condiciones en el momento actual. Ninguno de ellos ha tenido hemorragias digestivas nuevamente. Uno de los pacientes (M. Z.) reingresó al Hospital de Clínicas meses después, presentando manifestaciones de encefalopatía amoniaca que retrocedió con tratamiento médico. El EEG fue normal.

Solamente en 1 caso (B. de C) se efectuó esplenoportografía de control a los dos meses de la operación. La presión esplénica fue de 14 cm. de agua, siendo la anastomosis funcionante. No existían várices, pero la vena esplénica estaba aún dilatada

*Causa de muerte de los casos.*— L. V. de G., paciente con insuficiencia hepatocítica importante (bilirrubinemia 3 mgr. %, albúmina 2,20 gr. y 1,95 gr. %; ascitis, adinamia y confusión mental). Se opera como urgencia diferida. Anastomosis portocava término lateral. En las primeras 12 horas del postoperatorio presenta colapso importante que debió ser tratado con noradrenalina. Mejora, pero a las 72 horas repite el colapso con cianosis y chuchos de frío y fallece.

Necropsia: anastomosis y vena porta permeable. Líquido hemático oscuro en estómago.

Causa de muerte: insuficiencia hepática postoperatoria.

J. K., paciente con buena función hepatocítica. Gran obeso (100 kilos de peso). Operación de elección. La presión peroperatoria en la vena porta cae de 32 a 28 cm. de agua. Postoperatorio: primeros días sin particularidades. Al cuarto día presenta melena, comenzando a desmejorar progresivamente. Al octavo día: subictericia, ascitis y extensa equimosis parietal: dehiscencia de herida operatoria, primera reintervención. A los diecisiete días: hematemesis y melena, segunda reintervención: esplenectomía y ligadura de pedículo coronario estomacal y gastroesofagotuberositario anterior y posterior. Repite hematemesis y melena. Se coloca sonda de Sengstaken-Blakemore y fallece a los veintinueve días del postoperatorio.

Necropsia: trombosis de vena porta. Anastomosis portocava permeable, pero estrecha a expensas de la comisura inferior. Persistencia de várices esofagógicas.

Causa de muerte: trombosis de vena porta, hemorragia esofagogástrica por várices persistentes. Insuficiencia hepática postoperatoria secundaria.

## COMENTARIO

Del análisis de la pequeña serie de pacientes operados de hipertensión portal que se presenta, es posible extraer algunas conclusiones que, por otra parte, coinciden integralmente con conceptos emitidos por autores de vasta experiencia en este terreno.

Todos los casos operados eran cirróticos que habían presentado severas hemorragias digestivas. No se cree aconsejable efectuar operaciones derivativas portosistémicas como indicación profiláctica: es decir, a pacientes que nunca hubieran presentado hemorragia.

La sonda de Sengstaken-Blakemore fue efectiva en 4 de los 5 casos en que fue empleada y permitió llevar adelante con éxito posteriormente el acto quirúrgico planeado. Para obtener estos resultados es necesario contar con personal entrenado en su manejo.

La mortalidad operatoria fue de 2 casos.

Blakemore presenta una mortalidad de 40% en anastomosis porto-cava en pacientes con insuficiencia hepática de cierta importancia. La causa de muerte de uno de los casos de esta serie fue la insuficiencia hepática postoperatoria. Se trataba de una paciente con enfermedad hepática importante, puesta de manifiesto por las pruebas funcionales preoperatorias y su cuadro clínico característico.

La muerte del otro paciente se debió a la trombosis de la vena porta y a que se repitieron las hemorragias por hipertensión portal persistente. La causa de la trombosis portal fue seguramente una anastomosis defectuosa que se manifestó ya en el acto operatorio por un descenso poco marcado de la presión en la vena porta consecutiva a la derivación. Es fundamental que la anastomosis sea amplia y sin tensión. Se comprende fácilmente que para llenar esta primera condición y obtener una anastomosis funcionante satisfactoriamente y durable, la anastomosis porto-cava ofrece mayores garantías que la esplenorenal.

La evolución inmediata y alejada de los restantes 6 casos ha sido ampliamente satisfactoria. Ninguno de ellos ha presentado hemorragias digestivas. Uno de los pacientes (M. Z.) presentó manifestaciones de encefalopatía amoniaca que retrocedieron con un correcto tratamiento médico. Se debe, sin em-

bargo, señalar y enfatizar que este paciente, al igual que otro (R. F.) de esta serie, no siguieron en ningún momento el tratamiento dietético indicado.

Es indudable que los resultados inmediatos y alejados de esta cirugía, no sólo dependen de que el paciente presente una buena función hepatocítica y que se realice una operación técnicamente perfecta, sino que es necesario también que se cumplan una serie de medidas importantes de orden médico, tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio inmediato y alejado. Será llevando adelante en forma armónica estas medidas por un eficiente equipo medicoquirúrgico, que se podrán obtener resultados realmente alentadores en el tratamiento de esta grave enfermedad. Pero en último término, también es fundamental contar con la valiosa e imprescindible colaboración del paciente, que sólo se podrá obtener si existe un cierto nivel educacional de éste, acompañado de condiciones socioeconómicas decorosas.

## SUMARIO

Ocho pacientes con hipertensión portal por cirrosis hepática fueron operados a partir de agosto de 1962. A 7 se les efectuó anastomosis porto-cava y a 1 anastomosis esplenorrenal.

Todos estos pacientes habían presentado hemorragias esofagogástricas severas. Cinco de ellos requirieron ser tratados con sonda de Sengstaken-Blakemore que fue efectiva en 4 casos. Inmediatamente después de efectuado el shunt porto-sistémico, la presión en la vena porta descendió a cifras entre 13 y 21 cm. de agua. En un caso la presión continuó elevada y fue de 28 cm. de agua. Dos pacientes fallecieron en el postoperatorio a las 78 horas y 29 días respectivamente. La causa de muerte fue, en el primer caso, de insuficiencia hepática progresiva y, en el segundo trombosis de la porta y persistencia de la hipertensión portal que se manifestó por hemorragia severa en el postoperatorio. Seis pacientes tuvieron un buen postoperatorio inmediato y se encuentran actualmente bien. Ninguno de ellos ha vuelto a presentar hemorragias digestivas.