

ANASTOMOSIS ESPLENORRENAL *

Dr. TOMAS CHIARA

INTRODUCCION

Este trabajo ha sido realizado con un criterio absolutamente objetivo, y debo aclarar que personalmente no tengo experiencia en la realización del procedimiento. mi única experiencia consiste en haber participado en la operación de algunos pacientes, en su control postoperatorio y en la ligadura de várices sangrantes de urgencia.

MATERIAL USADO

Son enfermos operados todos en Montevideo y su origen es el siguiente: 1) los casos publicados en la Tesis de Anatomía Patológica del Prof. Adj. Dr. Juan A. Folle (1) el cual nos ha autorizado gentilmente para su uso, lo cual agradecemos; corresponden todos a casos operados por el Profesor Pedro Larghero; b) los pacientes operados por el Prof. Palma en su clientela privada y en su Servicio hospitalario y que suman 6; c) los casos publicados en la literatura nacional que han estado a nuestro alcance (2, 3, 4) y que son 7 que corresponden a operados del Prof. Suiffet: 4 anastomosis esplenorrenal y 3 esplenectomías de necesidad.

Suiffet, W. y Scherchener, J. (2) tienen el mérito de haber realizado y publicado por primera vez, en nuestro medio, con éxito, la primera anastomosis esplenorrenal, teniendo la particularidad que se trataba de una cirrosis de Laennec con enorme ascitis y que a los 6 años y 3 meses todavía vivía.

En nuestro medio se han operado otros enfermos por ascitis, pero sobre todo se ha hecho la operación de Wanke [Del Campo, Martínez Prado (8); Palma, Varela Fuentes (9); Muñoz Monteavaro (22)].

Palma ha realizado la primera anastomosis porto-cava con éxito en un paciente con várices esofágicas no sangrantes (10).

* Trabajo de la Clínica del Prof. Palma.

En total las anastomosis esplenorrenales reunidas alcanzan a 17, número insuficiente para sacar conclusiones, sobre todo tratándose de un material heterogéneo proveniente de distintas fuentes y estudiados con distinto criterio, pues son múltiples los internistas que han intervenido en la preparación de los enfermos y en las indicaciones operatorias; a estas 17 anastomosis esplenorrenales realizadas, agregaremos 3 esplenectomías efectuadas por el Prof. Suiffet con intento de realizar anastomosis esplenorrenales, que no fueron posible por shock operatorio o por las condiciones anatómicas de las venas. Es posible que haya otros casos operados, pero no dispusimos de las historias o habrán escapado a nuestra búsqueda bibliográfica; desde ya pedimos excusa por esta omisión que, si existe, es completamente involuntaria.

Analizaremos en el cuadro I la estadística del Profesor W. Suiffet.

En el cuadro II, el resumen de los casos del Prof. P. Larghero.

Cuadro I

7 casos (edad 31 a 56 años).
Etiología: Cirrosis.
Indicación operatoria:
 Hemorragia: 5.
 Ascitis: 2.
Síntomas más importantes:
 Hemorragias: 5.
 Insuficiencia hepática grave: 3.
 Ascitis: 2.
 Hiperesplenismo: 2.
 Várices esofágicas: 2.
Operación:
 Toracofrenolaparotomía.
 Anastomosis esplenorrenal: 4.
 Esplenectomía: 3.
Presión portal (36 H₂O a 20 H₂O).
Complicaciones operatorias: 2 shocks.
Evolución inmediata: 2 muertes.
 Hemorragia digestiva:
 24 horas: hematemesis.
 13 días: hematemesis, coma.
Sobrevidas a 1957: 17 m.; 15 m.; 6 m.;
 6 a. y 2 a. (hemiplejía).

Cuadro II

7 casos:
 3 niños (6 ½, 11 y 12 años).
 4 adultos (32 y 55 años).
Etiología:
 Cirrosis: 6.
 Hígado sano: 1.
Indicación operatoria:
 Hemorragias: 6.
 Hiperesplenismo, ictericia: 1.
Síntomas más importantes:
 Hemorragia digestiva: 6.
 Ictericia: 2.
 Ascitis: 2.
 Hiperesplenismo: 4.
 Várices esofágicas: 5.
Operación:
 Toracofrenolaparotomía: 4.
 Subcostal: 3.
Bazo: 175 a 750 gr.
Evolución inmediata: 3 muertes.
 1) 24 días: Foco sup. necr. adip.
 2) 5 días: Ins. resp. colapso.
 3) 11 días: Hemorragia digestiva.
Sobrevidas: Desconocidas.

Cuadro III y IV, resumen de los casos del Prof. E. Palma.

Cuadro III

6 casos (edad 36 a 57 años).
Etiología: Cirrosis.
 Biliar xant.: 1.
 Varias: 5.
Indicación operatoria:
 Hemorragias: 5.
 Hiperesplenismo: 1.
Síntomas más importantes:
 Hemorragias: 5.
 Insuficiencia hepática grave: 3.
 Ascitis: 3.
 Hiperesplenismo: 3.
 Várices esofágicas: 2.
Operación: Incisión.
 Mediana, supra e infraumbilical: 3.
 Oblicua: 1.
 Oblicua ensanchada: 1.
Presión portal (5 veces):
 Preoperatoria: 38 H₂O.
 Postoperatoria: 3 H₂O.
Anatomía patológica:
 Bazo: 300 a 1.600 gr.
 Hígado:
 Cirrosis: 4.
 Lesiones evolucionadas: 2.
 Angiomatosis intestinal: 1.

Cuadro IV

Lesiones asociadas preoperatorias:
 Úlcera gástrica callosa (gastrectomía previa).
 Hemorragia por punción esplénica (esplenopografía).
Lesiones asociadas postoperatorias:
 Úlcera duodenal sangrante.
 Úlcera péptica.
Mortalidad intraoperatoria: 0.
Evolución inmediata: 2 muertes.
 4º día: Hematemesis, melena, coma.
 13º día: Hematemesis, melena, insuficiencia hepática.
Sobrevida:
 Obs. 1: 15 m. Fallece por úlcera duodenal sangr.; anemia aguda.
 Obs. 2: 17 m. Buena evolución (fallece por complicaciones operatorias, eventración y mal asmático).
 Obs. 3: 32 m. Coma hepático, fallece.
 Obs. 4: 3 años. Fallece. Coma hepático. Cirrosis biliar xantomatosa.

y en el cuadro V y VI la estadística general.

Cuadro V

ESTADÍSTICA GENERAL

Operaciones: 20.
 Anastomosis esplenorenal: 17.
 Esplenectomías: 3.
Indicación operatoria:
A. E. R.:
 Hemorragias: 15.
 Ascitis: 1.
 Hiperesplenismo: 1.
Esplenectomías:
 Ascitis, istericia: 1.
 Hemorragias: 2.
Etiología:
 Cirrosis (variadas): 19.
 Hígado sano: 1.
Bloqueos:
 Intrahepáticos: 19.
 Extrahepático (probable): 1.

Cuadro VI

Lesiones asociadas preoperatorias:	Muertes postoperatorias, 7 casos
1 úlcera gástrica.	(35%):
	5 hematemesis y melena (4º al 13º día).
Lesiones asociadas postoperatorias:	1 necrosis adiposa y absceso retroperitoneal (24º día).
1 úlcera duodenal sangrante.	1 insuficiencia respiratoria (5º día).
1 úlcera péptica.	Sobrevidas:
Complicaciones e incidentes operatorios:	Conocidas: 9.
Shocñ. 5 casos (25%).	Máximo: 6 años.
Trombosis parcial vena esplénica.	Mínimo: 6 meses.
	Desconocidas: 4.

CONSIDERACIONES

De los 17 casos de anastomosis esplenorrenal podemos sacar las siguientes conclusiones:

1) En 15 casos la indicación operatoria surgió de la existencia de hemorragias digestivas; en 1 caso por ascitis y en 1 por hiperesplenismo.

2) En 13 casos la causa etiológica fue cirrosis de distintos tipos; en 1 caso el hígado era normal y en 2 el estudio histológico no fue categórico, pero mostraba lesiones hepáticas degenerativas.

3) En 16 casos el bloqueo fue presumiblemente intrahepático, en 1 probablemente extrahepático, pues la hipertensión era segmentaria, esplénica y coronaria solamente y el hígado sano.

4) La esplenomegalia estaba presente en todos los casos variando de 175 a 1.600 gr.

5) Hiperesplenismo de distinta entidad ocho veces, hecho que puede ser fundamental en la elección de la intervención (6, 12, 9, 13).

6) La presión portal se controló ocho veces, variando sus cifras de 38 antes de la operación a 17 de H²O después y a 3 cm. de H²O en la mesentérica, en una reoperación.

7) La esplenoportografía se realizó cinco veces, provocando una hemorragia intraperitoneal en un caso, que llevó al shock al paciente.

8) La ascitis, estuvo presente en 6 casos, de los cuales 4 fallecieron.

9) Ictericia, en 5 casos, de los cuales 4 fallecieron.

10) Insuficiencia hepática grave 3 veces; 2 fallecieron en el postoperatorio inmediato; estos 3 últimos síntomas, solos o asociados, son siempre índice de gravedad e indicación operatoria discutible.

11) *Lesiones asociadas preoperatorias.*— Dentro de las lesiones asociadas hay que destacar una úlcera gástrica concomitante con la cirrosis, hecho estudiado en nuestro medio por Lanza Seré (5).

12) *Lesiones asociadas postoperatorias.*— Úlcera duodenal y otra yeyunal después de la anastomosis esplenorrenal una, y de gastrectomía y anastomosis esplenorrenal otra; hecho conocido también en la bibliografía 15); Lortat Jacob (11) tiene 3 casos de úlceras postoperatorias, de los cuales uno falleció en los primeros días del postoperatorio por ulceración de la arteria gastroduodenal, caso similar al del Profesor Palma. Palma, después de una anastomosis porto-cava, el cual fue el primero en realizarla en el Uruguay con éxito, tuvo también una úlcera duodenal, según Varela Fuentes (9) y Muñoz Monteavaro (20).

Lortat Jacob plantea la necesidad del tratamiento conjunto de las dos afecciones cuando son concomitantes, y es lo que ha hecho en dos casos: anastomosis porto-cava y gastrectomía y anastomosis porto-cava y vagotomía con piloroplastia.

A) *Complicaciones operatorias e incidentes*

La complicación operatoria más frecuente es el shock, que está vinculado al estado general del paciente: insuficiencia hepática, ictericia, ascitis, anemia aguda por hemorragia preoperatoria o intraoperatoria, anestesia y maniobras quirúrgicas. Aun en los pacientes bien preparados el shock por hemorragia es temible y según Levrat y Truchot (12) los factores más importantes en la hemorragia son: a) déficit de los factores de la coagulación de origen hepático; b) la hipertensión portal; c) trastornos de las funciones esplénicas, y d) la fibrinopenia y los fenómenos de fibrinólisis; todo trauma quirúrgico puede desencadenar una fibrinólisis aguda.

Todo esto está vinculado a la selección de los pacientes que deben ser operados. Suiffet en 1960 (4), relata 5 casos graves de shock operatorio en pacientes bien preparados y estudiados, con cirrosis portal, de los cuales 3 fallecieron dentro de las 48 horas y que tenían presiones portales de 29 cm., 30 y 32 cm.; a 2 de estos enfermos se les hizo esplenectomía solamente. En los otros dos casos, a uno con 35 cm. de H₂O, se pudo hacer anastomosis esplenorrenal, pero estuvo en shock con Levofed durante 60 horas; al otro, con 39 de presión portal, solamente exploración.

En resumen: 3 muertes por shock en 5 enfermos preparados según el criterio que él expone en su trabajo.

Palma, en la observación 5, debió dar 8.500 c.c. de sangre en el acto operatorio y en la observación 6, el shock fue provocado por hemorragia intraperitoneal debido a la punción del bazo al realizar la esplenopografía 2 horas antes. La presión inicial en el acto operatorio era 8 de máxima. El primero falleció al 4º día de hematemesis, melena y coma, y el segundo a los 10 días con hematemesis y melenas.

Esto demuestra la importancia del shock operatorio en la evolución inmediata de los enfermos. Linton desde que da sangre fresca y usa anestesia raquídea hipotensora ha eliminado la hemorragia operatoria; el 54% de sus muertes en anastomosis esplenorrenal han sido por hemorragia (7 pacientes) (15).

La otra complicación temible operatoria es la b), trombosis de la vena esplénica y su extensión al árbol portal. Esta complicación está vinculada a la técnica de la anastomosis, a las dificultades anatómicas, al diámetro y ángulo de la derivación y al gradiente de la presión porto-cava (16,4). En el caso 5 se produjo una trombosis parcial de la esplénica no extendida a la porta, se realizó trombectomía y restablecimiento de la circulación esplenorrenal, la medida de la presión portal demostró el perfecto funcionamiento de la anastomosis.

B) Muertes postoperatorias

La *hematemesis y melenas*, es una causa frecuente de muerte postoperatoria: 5 casos, observaciones 5 y 6 de Palma, al 4 y 13 días ambos con lesiones importantes de insuficiencia hepática y shock en el acto operatorio. Observaciones 7 y 4 de Arcos Pérez y Suiffet (3), fallecen a las 24 horas y a los 13 días después de esplenectomía; shock operatorio, insuficiencia hepática, ictericia y ascitis.

Observación 13 de Larghero, fallece al 11º día por hemorragia digestiva, ictericia y ascitis.

En resumen 5 muertes por hemorragia digestiva, entre los 4 y 13 días en un total de 20 operaciones; porcentaje: 25% de mortalidad por hemorragias digestivas.

Necrosis adiposa y absceso retroperitoneal, observación 8 de Larghero, esta complicación está publicada por (19) cuando se practica pancreatomía caudal; muerte a los 24 días.

Insuficiencia respiratoria, observación 10 de Larghero, fallece al 5º día en colapso.

En resumen: 7 muertes en 20 pacientes, lo que lleva la mortalidad postoperatoria inmediata al 35% en casos no seleccionados.

Wilks (18) en un trabajo de la 1ª y 2ª Cátedra de Clínica Quirúrgica de La Plata, presenta una mortalidad operatoria global de 26,4% y 25% para 12 anastomosis esplenorrenales. Govaerts y Delbrouck (19) en 7 anastomosis esplenorrenales, 2 muertes inmediatas, 28,6%.

Linton (14) 11% de mortalidad inmediata.

Sobrevidas.—De las 17 anastomosis esplenorrenales realizadas las sobrevidas son las siguientes:

- a) De los 7 operados del Prof. Larghero no tenemos datos.
- b) De los 4 operados del Prof. Suiffet hasta 1957 la evolución era buena: sobrevidas de 2 años y 3 meses; 17 meses; 15 meses y 6 meses. En la observación 6 a la cual le había practicado esplenectomía sobrevivió 2 años y fallece por hemiplejía y ascitis.
- c) De los 6 operados del Prof. Palma a 1964, la sobrevida es de:

Observación 1: 15 meses; fallece por úlcera duodenal sangrante, anemia aguda.

Observación 2: 17 meses; buena evolución, fallece por complicación operatoria de eventración y mal asmático, sin hipertensión portal con presión portal de 3 cm. en la mesentérica.

Observación 3: Sobrevida 32 meses, fallece por coma hepático.

Observación 4: 3 años; fallece por coma hepático, cirrosis biliar xantomatosa.

Como se ve en estos 6 operados la mortalidad operatoria es 0%.

Complicaciones postoperatorias 0%.

Fallecimiento postoperatorio inmediato por hemorragia.

Insuficiencia hepática y coma 2 casos.

Por otras complicaciones: 0%.

En las muertes alejadas en ninguna ha habido repetición de hemorragia ni aumento de la tensión portal ni ascitis. Las muertes se han debido a evolución de su cirrosis o a causas intercurrentes.

CONCLUSIONES

Como concepto general y sin pretender comparar esta estadística con la de autores extranjeros (15, 21), queremos enfatizar lo siguiente:

- 1) La frecuencia de indicación por cirrosis hepática con bloqueo intrahepático, en ningún caso hubo bloqueo extrahepático seguro.
- 2) La frecuencia del hiperesplenismo asociado a la cirrosis y su tratamiento con éxito por la A. E. R.
- 3) La no existencia de encefalopatía porto-cava.
- 4) La influencia en las muertes postoperatorias inmediatas del shock operatorio y los considerados malos riesgos quirúrgicos no compensados.
- 5) La frecuencia similar a la de la A. porto-cava de las úlceras gastroduodenales coincidentes o siguiendo a la derivación esplenorrenal (20, 14).
- 6) La efectividad de la anastomosis en el descenso de la hipertensión portal.
- 7) El éxito en un caso de ascitis recidivante.
- 8) La existencia de un caso de várices intestinales de tipo angiomatoso que mejoraron con la derivación y que no hemos encontrado ningún caso similar en la literatura.
- 9) La buena evolución de los casos seleccionados.
- 10) El buen índice de sobrevida, ya que todos los enfermos presentaban lesiones hepáticas importantes y ninguno falleció por aumento de su presión portal, repetición de las hemorragias o encefalopatía porto-cava, sino por afecciones vinculadas a su cirrosis hepática o afecciones intercurrentes.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. FOLLE, J. A.—“La patología de la esplenomegalia congestiva”. Tesis. Fac. Med. de Montevideo. 1959.
- SUIFFET, W. y SCHERCHENER, J.—Hipertensión portal. Ascitis. “Bol. Soc. Cir. Uruguay”, XXII: 3: 1951.
3. ARCCS PEREZ, M. y SUIFFET, W. R.—Indicaciones quirúrgicas en el tratamiento de la hipertensión portal. “Prensa Méd. Arg.”, 44: 689: 1957.
4. SUIFFET, W.—Hipertensión portal. Aspectos quirúrgicos. “Prensa Méd. Arg.”. XLVII, 11: 53: mayo 1960.

5. LANZA SERE, A. "Asociación de cirrosis hepática y ulcus gastroduodenal". Tesis de Doctorado. Fac. Med. de Montevideo, 1957.
6. VARAY, A. et MALLARME, J. L'hiperesplenismo des cirrosis. "Arch. Mal. App. Digest.", 52: 833-68; 1963
7. VARELA FUENTES, B. La cirrosis biliar intrahepática o primitiva. "IV Congr. de Gastr.", 1957.
8. DEL CAMPO, J. C. y MARTINEZ PRADO, G.—A propósito de las ligaduras arteriales en la cirrosis hepática. "Arch. Urug. Med., Cir. y Esp.", 50: 221; 1957.
9. VARELA FUENTES, B. y PAVLOTZKY, M.—"Las fronteras del tratamiento médico quirúrgico en la cirrosis portal". Universidad de la República, 604605; julio 31 de 1962.
10. MUNOZ MONTEAVARO, C.; PALMA, E.; PAVLOTZKY, M.; RISI, F. y DEL CAMPO, F.—Anastomosis porto-cava en cirrosis portal. "Bol. Soc. Cir. Uruguay". XXIX 41-51; 1958.
11. FEKETE, F.; MAILLEUD, J. N.; LORTAT JACOB, J. L. et col. Le traitement chirurgical couple de la maladie ulcereuse et de l'hypertension portal. "Arch. Mal. App. Digest.", 52-3, 234: 220; 1963.
12. LEVRAT, M. et TRUCHOT, R.—"Revue du Practicien", XIV, 2569; Juillet 1964.
13. BOURGEON, R.; CATALANO, H. Gents et col.—"Journal de Chirurgie", 84: 505-525; 1962.
14. LINTON, R. R.; ELLIS, D. S. and GEARY, J. E. "An. Cir.", X: 443-455; 1961.
15. LINTON, R. R.; ELLIS, D. S. and GEARY, J. E.—Analysis of Results of Porto cave Shunts. "Ann. of Surg.", 154: 446-459; 1961.
16. LEGER, L. et MARION, P.—Indications et résultats de la Ch. de la h. p. "Journal de Ch.", 8: 201-221; 1964.
17. MUNOZ MONTEAVARO, C. y PAVLOTZKY, M.—Tratamiento quirúrgico de la hipertensión portal. "Arch. Urug. Med., Cir. y Esp.", 51: 16; 1958.
18. WILKS, A. E.—Trat. quir. H. P. P. "Prensa Méd. Arg.", 25: 1550; junio 1963.
19. GOVAERTS y DELBROUCK. "Acta. Gast. Ent. Belga", 25: 727-762; octubre 1962.
20. MUNOZ MONTEAVARO, C.; URRUTARAZU, J. y PAVLOTZKY, M.—Hem. dig. por úlc. des. de anast. porto-cava. "An. de la Fac. de Med. de Mont.", 44: 548-554; 1959.
21. HALLENBECK, G. A.—Dis. Linton. "Am. Surg.", 154: 457; 1961.
22. MUNOZ MONTEAVARO, C. y PAVLOTZKY, M.—Tratamiento quirúrgico de la hipertensión portal. "Arch. Urug. Med., Cir. y Esp.", LI: 16-39; 1958.