

# REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Año XXII

SAN JOSE, COSTA RICA  
Julio, Agosto, Setiembre de 1955 - Nos. 255-257

Tomo XIV

## TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERTENSION PORTAL

Por:

Dr. ANDRES VESALIO GUZMAN

DR. ESTEBAN A. LOPEZ

Dr. RANDALL FERRIS YGLESIAS

Del Departamento de Cirugía General, Servicio de Cirugía Cardiovascular  
Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica

La causa más común de la hipertensión portal es la obstrucción del sistema porta, la que a su vez puede ser intra o extrahepática. Como compensación, las venas se dilatan en los órganos del aparato digestivo, especialmente en el esófago produciendo várices que se rompen al no resistir la creciente presión, dando origen a hemorragias graves, algunas veces incontrolables, que causan la muerte. La terapéutica médica es nula en estos casos. En un estudio de 150 cirróticos bien controlados que reporta un autor, el cincuenta por ciento de los casos que presentaban hematemesis murieron dentro de los doce meses posteriores a la primera hemorragia y para otro autor, la mortalidad es del 80 por ciento dentro de ese mismo año.

### CONSIDERACIONES GENERALES:

Las dos grandes causas intrahepáticas de hipertensión portal, son: la cirrosis de Laennec y la Cirrosis post necrosis o post hepatitis. Entre

---

Trabajo presentado en el Congreso Médico Nacional, San José, noviembre de 1954 y en el Congreso Médico Centroamericano, Tegucigalpa, Honduras diciembre de 1954.

---

las causas extrahepáticas de bloqueo, el llamado Síndrome de Banti, puede ser causado por variadas condiciones, tales como el Síndrome de Cruveilhier-Baumgarten, la trombosis de la vena porta, trombosis y dilatación cavernosa de la vena esplénica.

#### OPERACIONES Y TECNICAS:

El fin primordial del tratamiento quirúrgico en la hipertensión portal es reducir esa hipertensión a cifras normales o sub-normales. La única forma adecuada de proceder es derivando la circulación porta directamente en la circulación venosa sistémica cuya presión es menor. La anastomosis porta caval, ya sea la directa en que se anastomosa la vena porta a la vena cava inferior o bien la que anastomosa la vena esplénica con la vena renal izquierda o anastomosis esplenorrenal, son las dos derivaciones de elección y las únicas que son efectivas.

Se han propuesto otras operaciones: la ligadura transtorácica de várices esofágicas; esplenectomía, resección del esófago, ligadura de arterias hepática y esplénica. Los resultados de estas intervenciones son dudosos en las primeras tres y nulos en las últimas dos. La ligadura transtorácica de várices es una operación de emergencia que salva la vida del enfermo cuando el tamponamiento es ineficaz, pero que debe ser seguida de un segundo tiempo, cuando las condiciones del paciente ya lo permitan, consistente en una anastomosis porta caval o esplenorrenal. La esplenectomía da resultados únicamente cuando el proceso de hipertensión está localizado y circunscrito a la vena esplénica en sí, antes de la desembocadura de la vena coronaria estomacal. La resección del tercio o la mitad inferior del esófago sólo está indicada cuando las operaciones de derivación o de ligadura de várices no se pueden practicar. La ligadura de las arterias hepática y esplénica no ha dado los resultados esperados. En nuestros casos hemos tratado de practicar siempre shunts en operaciones de derivación porta caval y sólo hemos desistido de ellas cuando las condiciones anatómicas o la mala condición del paciente nos lo han impedido.

Hemos empleado la incisión torácica-abdominal hacia el noveno espacio intercostal con el paciente en decúbito lateral izquierdo o derecho y con angulación de la mesa en la forma aconsejada por Sattinsky y Blakemore, ya sea para la ejecución de la anastomosis porta caval o esplenorrenal.

Hemos empleado la anastomosis término-lateral con sutura continua de seda 00000. En un caso de anastomosis portacaval hemos usado un autoinjerto de vena femoral común, pues lo corto de la vena porta nos impedía realizar la operación.

Hemos procedido a practicar una amplia disección de la vena porta, desde detrás del duodeno hasta su entrada en el hígado, en donde se liga y secciona, usando para obturarla provisionalmente

una pinza de Blalock. Se expone luego la vena cava inferior ampliamente y se libera de tejido areolar, hacia arriba de las venas renales. Se ocluye lateralmente y en forma parcial la cava con una pinza de Satinsky y con la tijera curva del mismo nombre se corta una elipse de aproximadamente 2 y medio centímetros de largo, procediendo luego a practicar la anastomosis término-lateral. En la ejecución de la anastomosis esplenorenal, se sigue un procedimiento idéntico, anastomosando la vena esplénica, después de extirpar el bazo, a la vena renal izquierda. En la ligadura transtorácica de várices esofágicas, una vez practicada la resección de la séptima costilla, se abre la pleura mediastinal sobre el esófago y se divide y liga el ligamento pulmonar inferior liberando y movilizándolo el segmento infra aórtico del esófago, que se abre longitudinalmente en extensión de 3 centímetros a una distancia de 5 centímetros hacia arriba del cardias. Se localizan tres columnas de várices, las que se obturan separadamente con una sutura continua de crómico, comenzando bien arriba y terminando en la mucosa del cardias y luego devolviéndose. Se cierra después en forma acostumbrada el esófago, con puntos separados de seda, anudando hacia adentro.

De rutina determinamos la presión en el sistema porta por medio del manómetro de columna, usando solución fisiológica de cloruro de sodio, cuando nos proponemos practicar una operación de shunt, antes y después de hacer la anastomosis, con el objeto de determinar el grado de presión y el resultado del tratamiento.

#### ESTUDIO Y SELECCION DE CASOS:

Hay que valorar de inmediato el estado general, la función hepática y hacer estudios radiológico y esofagoscópico que comprueben las várices esofágicas.

En Costa Rica el estado general y el grado de anemia de los cirróticos es crítico pues se suman al síndrome, el parasitismo y la nutrición deficiente, cuando no es que esta última es causa de la cirrosis. A todo esto se agrega, en todos los hipertensos portales, el efecto de las hemorragias. La determinación de la función hepática es indispensable y consiste en la dosificación de la bilirrubina en el suero, turbidez del timol, prueba de Hanger, retención de bromsulfoaleína, porcentaje de concentración de protrombina, proteínas fraccionadas del suero. Cuando la hipertensión portal se acompaña de daño hepático severo, la mortalidad operatoria es naturalmente muy alta. Blakemore y Linton, reportan una mortalidad del 37 al 39.9 por ciento en los casos con función hepática seriamente alterada y de 83 por ciento en los que la concentración de seroalbúmina es menor del 3 por ciento. Para la selección de nuestros casos, a más de exigir no menos de 3.500.000 eritrocitos y 10.5 gramos de hemoglobina, nos basamos en las tres condiciones exigidas por Linton: seroalbúmina no menor de 3 gramos por ciento, retención de bromosulfoaleína no mayor

---

de 10 por ciento en treinta minutos y respuesta favorable del tiempo de protrombina a la inyección diaria de vitamina K.

**Causas de Hipertensión Portal y Tratamiento Quirúrgico en Ocho Pacientes:**

CAUSA:	Nº casos	OPERACION:			RESULTADOS:		
		Porta. Cava:	Esple. norenal	Otras?	Cura. dos:	Mejo. rados	Muer. tos:
Bloqueo intrahepático (Cirrosis de Laennec)	2	1	—	1	—	1	1
(Cirrosis post necrótica)	3	1	1	1	2	—	1
Bloqueo extrahepático. (Síndrome de Banti)	3	1	—	5	2	—	1
<b>T o t a l . . . .</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>50%</b>	<b>13.5%</b>	<b>37.5%</b>
Calidad de Riesgos MALOS:	4						24.25%
BUENOS:	4						13.25%

**COMENTARIO GENERAL SOBRE NUESTROS CASOS OPERADOS:**

Se han intervenido ocho pacientes. Por cirrosis de Laennec, dos; por cirrosis postnecrosis, tres; por bloqueo extrahepático o síndrome de Banti, tres. A estos ocho pacientes se les han practicado once procedimientos quirúrgicos, consistentes en uno o más de los siguientes: anastomosis porta cava, tres casos; anastomosis esplenorenal, un caso; ligadura de la vena porta y arteria hepática, un caso; ligadura

transtorácica de várices esofágicas y esplenectomía, un caso; esplenectomía, dos casos; esplenectomía y resección de esófago, un caso. Los riesgos operatorios los hemos considerado buenos únicamente en la mitad de los casos operados. Los resultados han sido los siguientes: curados (en virtud de no haber repetido las hemorragias después de la operación), cuatro casos. Mejorados, un caso (mejoría notable del estado general, aumento de las proteínas, desaparición de la ascitis, y de las hemorragias durante un año). Este es un caso de ligadura de la vena porta y de la arteria hepática. Muertos, tres pacientes, dos de ellos por síndrome de nefrón distal y el tercero por trombosis venosa mesentérica.

#### RESUMEN Y CONCLUSIONES:

Presentamos el comentario general sobre las causas y tratamiento quirúrgico de la hipertensión portal. Las causas principales, en ocho casos operados, han sido la cirrosis y el síndrome de Bantl. La operación de preferencia ha sido la anastomosis porta caval.

El éxito operatorio depende de la buena selección de los casos, eliminando aquellos con grave daño hepático.

La mortalidad operatoria de nuestra serie no difiere de la que describe la literatura reciente y consideramos que tenemos que hacernos cargo, en nuestro medio, de pacientes de esta clase cuyo estado general, desnutrición y parasitismo aumentan el ya severo riesgo quirúrgico condicionado por el estado de su hígado y las repetidas hemorragias. Sin embargo, en vista de que la mortalidad sin operación es de casi 100 por ciento dentro de relativamente poco tiempo después de presentarse la primera hematemesis, justifica la intervención quirúrgica.

#### B I B L I O G R A F I A :

1. Jahnke, Jr., Edward J. et al, An Evaluation of the Shunt Operation for Portal Decompression, Surg., Gyn. Obst. 1953:97:471,
  2. Blakemore, Arthur H., Porta caval Shunting for Portal Hypertension 1952:94:441,
  3. Linton, R. R., The Selection of Patients for Portacaval Shunts with a Summary of the results in 61 cases. Ann. Surg., 1951: 134:433,
  4. Crile Jr., George, Treatment of Esophageal Varices by Trans-esophageal Obliteration, Surg. Gyn. Obs., 1953:96:572,
  5. Satinsky, Victor P., Thoraco-Abdominal Approach for Portacaval Anastomosis. Ann. Surg. 1948:128:938.
-