

Cirugía en hipertensión portal

Surgery in portal hypertension

Del Castillo, Mario*

ROL DEL CIRUJANO EN EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN PORTAL

Terblanche J. Ann Surg 1989; 209: 381.

Los pacientes portadores de hipertensión portal que son referidos al cirujano se pueden clasificar en cuatro categorías: aquellos con sangrado agudo, recurrente que no responde al tratamiento médico; los que tienen sangrado recurrente y que paran espontáneamente; aquellos pacientes con várices que nunca sangraron y finalmente los pacientes con formas inusuales de hipertensión portal.

Se analizan las opciones quirúrgicas desde las primeras derivaciones porto-sistémicas como son las porto-cava, que reportan una alta morbi-mortalidad, en algunos casos hasta de 40%; las meso-cavas que fueron abandonadas por la alta incidencia de trombosis, las esplenorenal que son las que menos causan encefalopatía pero contraindicadas en pacientes con ascitis severa; las desconexiones u operaciones de transección, indicadas en determinados casos, como la hipertensión portal por esquistosomiasis; la transección esofágica amplia con o sin esplenectomía para emergencias, usada sobre todo en los casos en que la escleroterapia falla.

Otra opción quirúrgica importante en el paciente con hipertensión portal por causa hepática es el trasplante de hígado.

EL SHUNT ESPLENORRENAL DISTAL EN LA PERSPECTIVA DE LA UNIVERSIDAD DE EMORY EN 1990.

Henderson JM, Millikan WJ, Galloway JR. Am J Surg 1990; 160. 52-9.

Un centro hospitalario que maneje pacientes con várices sangrantes debe estar dotado con todas las posibles alternativas terapéuticas que comprende: farmacoterapia, escleroterapia endoscópica, shunts descompresivos y trasplante hepático. El hecho es saber aplicar cualquiera de estas terapias en el paciente indicado y en el momento adecuado.

La anastomosis esplenorenal distal ha sido uno de los tratamientos quirúrgicos más estudiados en la Universidad de Emory a lo largo de los últimos 18 años. Como consecuencia se ha podido establecer que puede controlarse un sangrado por várices llevando a cabo una descompresión selectiva con un shunt transesplénico, manteniendo un adecuado flujo portal. Además se ha demostrado que alrededor de un 30% de pacientes son mejor tratados con este tipo de descompresión selectiva.

Las indicaciones de anastomosis esplenorenal distal son: pacientes con Child A con cirrosis no alcohólica; pacientes con trombosis portal; pacientes con cirrosis alcohólica

en los cuales ha fallado la escleroterapia y finalmente en aquellos pacientes con cirrosis no alcohólica en los cuales no esté indicado el trasplante hepático.

LA OPERACIÓN DE SUGIURA MODIFICADA EN HIPERTENSION PORTAL Y VARICES ESOFAGICAS

Abounda GM, Baissony H, Al-Nakib B, Menkarios AT, Silva SG. *Surgery* 1987; 101: 91-8.

Se estudian 50 pacientes con hipertensión portal y várices esofágicas que presentaron sangrado digestivo alto y que fueron manejados según el siguiente protocolo: después de las medidas iniciales de resucitación se realizaba una endoscopia para confirmar la presencia de várices y se establecía un tratamiento inicial con vasopresina, suplementado en ciertos casos con la sonda de taponamiento gastroesofágico.

Si no se podía controlar el sangrado en las primeras 24 horas se procedía a un shunt meso-cavade urgencia (grupo 1, n=10). En caso contrario se hacía una evaluación detallada del paciente, que incluía exámenes de función cardio-respiratoria, hepática, renal, series radiográficas gastrointestinales, gamagrafía hepática y esplénica, arteriografías esplénicas, venogramas renales y cava inferior, esplenoportografía y una biopsia hepática percutánea.

Si el paciente presentaba una anatomía vascular aparente, era clase A o B en la clasificación de Child, sin ascitis y sin evidencias de enfermedad hepática activa, era sometido a un shunt esplenorenal distal (grupo 2, n=14). Al resto de pacientes se le practicó una operación de Sugiura modificada que consistía en realizar a través de un abordaje abdominal, esplenectomía, desvascularización gastro-esofágica hasta 6 a 8 cm por encima del diafragma, transección esofágica y vagotomía ultra-selectiva (grupo 3, n=26).

Los pacientes fueron seguidos entre 1.5 y 6 años siendo el rango de edad entre 10 meses y 72 años. Solo un paciente del grupo 3 fue catalogado como cirrosis alcohólica. La mortalidad operatoria observada fue de 20, 14.3 y 7.7% respectivamente para cada grupo. Los pacientes del grupo 1 tuvieron un 30% de recurrencia de sangrado seguidos del grupo 2 con 14.3% y un solo paciente (3.4%) del grupo 3. La encefalopatía fue frecuente en el Grupo 1, seguida del grupo 2 y sin ningún caso en el grupo 3. La tasa de supervivencia a 6 años fue de 60, 85 y 92% respectivamente.

Las principales complicaciones con el procedimiento de Sugiura fueron disfagia, estenosis esofágica, reflujo gastro-esofágico, fuga en la gastrostomía y fístula esofágica.

Se concluye que la operación de Sugiura modificada, es la intervención de elección en pacientes no alcohólicos con hipertensión portal, ya que provoca la desaparición de las várices esofágicas, eliminando el riesgo de sangrado sin descomprimir el flujo portal. Además, presenta baja morbilidad operatoria, baja tasa de resangrado, ausencia de encefalopatía y excelentes tasas de supervivencia.

EVALUACION DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSION PORTAL

Galambos JT. *Am J Surg* 1990; 160: 14-18

El manejo de los pacientes con hipertensión portal requiere de una minuciosa evaluación integral, con la finalidad de determinar la mejor opción terapéutica.

Básicamente se debe dilucidar la posible causa de la hipertensión, el tipo de enfermedad hepática, la reserva funcional del hígado así como algunos aspectos psico-sociales del paciente.

Usualmente la primera evidencia de hipertensión portal es la presencia de várices esofágicas, ya sea en forma de sangrado agudo o por sospecha clínica.

Una endoscopia digestiva alta definirá no sólo la presencia sino los factores de riesgo para un eventual sangrado.

La evaluación de la enfermedad hepática es de suma importancia ya que a pesar de ser la cirrosis una de las principales etiologías, existen otras causas que también deben ser tomadas en cuenta. Si existe alguna terapia específica debe iniciarse a la brevedad.

La determinación de la reserva funcional hepática se hace en base de mediciones semi-cuantitativas del metabolismo hepatocelular, dimensiones del hígado y variables hemodinámicas.

STATUS DE LA ESCLEROTERAPIA PARA VARICES ESOFAGICAS SANGRANTES EN 1990.

Westaby D, Williams R. Am J Surg 1990; 160:32-36.

Se revisa los alcances terapéuticos de la escleroterapia en el manejo de las várices esofágicas en sus diferentes manifestaciones.

En el caso de sangrado agudo se ha demostrado que el uso de la inyección de escleroterapia en forma inmediata puede controlar la hemorragia en el período de admisión, en forma similar que el empleo de taponamiento con sonda de sengstaken-Blakemore, y uso de vasoconstrictores, existiendo la ventaja de presentar una mejor tasa de sobrevida. Se considera que el doble efecto de controlar el sangrado y prevenir la recurrencia es el responsable de esta mejoría. La mayor limitación es la dificultad de orden técnico, sin embargo en manos experimentadas se puede alcanzar altos índices de éxito.

Para la prevención del resangrado el uso de repetidas sesiones de escleroterapia, luego de controlar el episodio agudo, en algunas series no ha demostrado que mejora las tasas de sobrevida. El mayor problema es la alta tasa de recurrencia de sangrado que no ha disminuido a pesar de combinarse con otras medidas terapéuticas, como el uso de propanolol por ejemplo. Sin embargo se está a la espera de nuevos estudios para definir esta controversia.

Los autores justifican el empleo de la inyección de escleroterapia como prevención del primer sangrado, por la elevada tasa de mortalidad relacionada al primer episodio (50%), además que han podido demostrar cierto beneficio en un grupo de pacientes de alto riesgo, en los cuales se les seleccionó en base a criterios endoscópicos y parámetros de evaluación de la reserva funcional hepática.

¿HA MODIFICADO LA ESCLEROTERAPIA EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON SANGRADO POR VARICES?

Terblanche J. Am J Surg 1990; 160: 37-42

La escleroterapia es actualmente el tratamiento de elección en la mayoría de pacientes con sangrado por várices esofágicas. A pesar que el uso de la inyección de escleroterapia ha modificado el manejo de estos pacientes aún permanecen ciertas dudas y controversias a discutir.

De ser posible, todo paciente con un episodio agudo de sangrado, debe ser tratado con escleroterapia en un centro especializado.

La cirugía, con sus diversas alternativas, debe reservarse para aquellos 5-10% de pacientes en los cuales no se puede controlar el sangrado.

Existen muchas opciones terapéuticas, para el manejo, a largo plazo de aquellos pacientes, en los cuales se les ha controlado el sangrado. Las sesiones repetidas de escleroterapia es una de ellas y es la de elección en la mayoría de los centros especializados.

Todo paciente con várices esofágicas y escasa reserva funcional de hígado, deben ser candidatos a trasplante hepático y deben ser sometidos a un régimen de escleroterapia mientras se planea la intervención.

El uso de shunts porto-sistémicos y/o desvascularizaciones o transección esofágica, debe plantearse en aquellos pocos pacientes en los cuales la escleroterapia ha fallado en eliminar las várices o la recurrencia de sangrado.