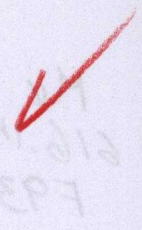


#26

211



MED.
F 398 m.
2003



MANEJO DE LA TROMBOSIS DEL SISTEMA PORTAL

CENTRO MEDICO QUIRURGICO BOLIVIANO BELGA

AUTOR: Dr. CHRISTIAN ABEL FERRUFINO MENDEZ
Residente del Servicio de Cirugía de 3er. Año
C.M.Q.B.B.

TUTOR: Dr. ALEJANDRO SAUMA ROMERO
Jefe del Servicio de Cirugía General y Digestiva
C.M.Q.B.B.

Cochabamba - Bolivia

#26

RESUMEN: La trombosis del sistema portal que comprende a la vena porta y en algunos casos a la vena esplénica y mesentérica, es una patología poco frecuente en nuestro medio, pero muy importante de saberla identificar y tratar cuando se presenta, por el alto riesgo de hemorragia digestiva alta recurrente y potencialmente fatal que conlleva.

Si estas medidas iniciales no controlan el sangrado digestivo alto, y se tiene un

El objetivo de este estudio es analizar las características clínicas, el manejo y las opciones quirúrgicas ofrecidas a pacientes con diagnóstico de cavernomatosis portal.

Se estudiaron 14 pacientes, de los cuales, presentaron trombosis del sistema portal con mesentérica y esplénica permeable en 6 pacientes (42%). Cavernomatosis global (porta, esplénica y mesentérica) en 5 pacientes (35%). Trombosis portal y esplénica con mesentérica permeable en 1 paciente (7.4%). Y shunt esplenorenal espontáneo y mesentérica permeable en 2 pacientes (14%).

El tratamiento quirúrgico fue el siguiente: Derivación mesocava con vena yugular en 8 pacientes (67%). Shunt coronarocava en 1 paciente (8.3%). Derivación esplenorenal 1 paciente (8.3%). 1 paciente (8.3%) esplenectomía y

desconexión azigoportal. Y 1 paciente (8.3%) operación de Siugura. El manejo en estos pacientes inicialmente debe ser médico conservador, a la espera de que se produzcan Shunts espontáneos, otra medida que permite esperar esta situación es la esclerosis o ligadura de las varices esofágicas.

gastrointestinal bleeding, it is important to identify and to treat this problems.

Si estas medidas iniciales no controlan el sangrado digestivo alto, y se tiene un confluente espleno-mesenterico permeable la mejor opción es la quirúrgica, con los procedimientos que ya mencionamos.

agnosis of portal cavernomatosis was made. A thrombotic occlusion of the portal vein with patent splenic and mesenteric veins was found in 6 patients (42%). A widespread cavernomatosis, comprising the portal vein, the splenic and the mesenteric veins was found in 5 patients (35%). A portal vein occlusion with an spontaneous sbunt between the splenic and the renal vein with a patent mesenteric vein occurred in 2 patients (14%). A thrombotic occlusion of the portal and splenic veins with a patent mesenteric vein occurred in only one patient (7.4%).

The surgical approach in these cases comprised an interposition of a yugular vein between the mesenteric vein and the inferior vena cava in 8 patients (67%), a communication between the gastric coronary vein and the inferior vena cava in one patient (8.3%), a communication between the splenic and renal vein,

SUMMARY: Thrombotic occlusions of the portal system, comprising the portal vein and in some cases the splenic and mesenteric veins, commonly described as portal cavernomatosis, are uncommon clinical problems. Since in these cases there is high risk of recurrent and potentially fatal upper gastrointestinal bleeding, it is important to identify and to treat these problems.

The purpose of this study is to analyze the clinical findings and surgical management of 14 patients in which the diagnosis of portal cavernomatosis was made. A thrombotic occlusion of the portal vein with patent splenic and mesenteric veins was found in 6 patients (42%). A widespread cavernomatosis, comprising the portal vein, the splenic and the mesenteric veins was found in 5 patients (35%). A portal vein occlusion with an spontaneous shunt between the splenic and the renal vein with a patent mesenteric vein occurred in 2 patients (14%). A thrombotic occlusion of the portal and splenic veins with a patent mesenteric vein occurred in only one patient (7.4%).

The surgical approach in these cases comprised an interposition of a jugular vein between the mesenteric vein and the inferior vena cava in 8 patients (67%), a communication between the gastric coronary vein and the inferior vena cava in one patient (8.3%), a communication between the splenic and renal vein,

an splenectomy associated with an interruption of the azigos and portal vein and an splenectomy associated with an esophageic transection and interruption of the azigos and portal vein in one patient each (8.3%). Initially, this patients were managed conservatively waiting for the development of spontaneous shunts.

Other measures which helped to delay a surgical procedure comprised sclerosis or ligation of varicose esophageal veins. When these measures were unsuccessful in order to prevent recurrent upper gastrointestinal bleeding and there was a patent splenic and mesenteric system, a surgical communication between the mesenteric and the inferior vena cava was the best option. However, if the mesenteric and splenic veins were occluded, other surgical alternatives comprising the different options described are recommended.

INTRODUCCION.- La vena porta esta formada por la unión de la vena mesénterica superior y la vena esplénica. Tiene un trayecto de 5 a 8 cm hasta su entrada en el hileo hepático donde se bifurca en dos ramas, derecha e izquierda para cada lóbulo (1).

El 100% de la sangre portal se recupera en las venas hepáticas, cuando la circulación portal esta obstruida dentro o fuera del hígado, se produce una hipertensión portal con desarrollo de circulación colateral para dirigir la sangre portal al sistema venoso general, creándose colaterales y de estas las principales por sus manifestaciones clínicas son las venas: gástrica izquierda, gástrica posterior y las venas gástricas cortas que se anastomosan con la vena intercostal diafragmoesofágica y acigos menor del sistema cava lo cual conduce a varicosidades en la capa submucosa del tercio inferior del esófago y el fondo del estomago y la vena hemorroidal superior del sistema portal que se anastomosa con la vena hemorroidal inferior del sistema cava, originándose las varices rectales (2).

Si la Obstrucción de la vena porta es extrahepática, se forman colaterales adicionales intentando salvar el bloqueo y retornar la sangre al hígado. Las venas concomitantes, venas del ligamento suspensorio y venas diafragmaticas

y omentales entran en la vena porta más allá del bloqueo creando la apariencia de un cavernoma (3) (Tabla 1).

La obstrucción de la vena porta extrahepática con un hígado sano es una causa frecuente de hipertensión portal en los niños. El curso natural de la enfermedad se caracteriza por hemorragias recurrentes durante los primeros años de vida y el desarrollo de esplenomegalia e hiperesplenismo, en algunos casos la hemorragia puede ser fatal. Debido a que el riesgo de hemorragia puede disminuir con la edad por desarrollo de shunts portosistémicos espontáneos es que se intenta mantener un tratamiento conservador mientras sea posible en espera de shunts espontáneos, para lo cual la ligadura o esclerosis de varices esofágicas puede ser de utilidad, pero en muchos pacientes este no es el caso (4).

La trombosis de la vena porta es una condición poco frecuente que puede presentarse en niños y adultos. Se asocia a una amplia variedad de factores precipitantes y tiene un amplio espectro de presentaciones clínicas. Existen muchas condiciones que pueden llevar a la trombosis de la vena porta, siendo las más frecuentes las perinatales y dentro de estas causas tenemos (5):

- Onfalitis en recién nacidos

- Perfusiones con catéter umbilical
- Procesos inflamatorios e infecciosos intraabdominales
- Condiciones que implican una disminución del flujo portal.
- Invasión directa o compresión extrínseca de la vena porta por tumores
- Estados de hipercoagulabilidad
- Manipulación de la vena porta.

La hipertensión portal presinusoidal es causada por obstrucción del flujo a través del sistema venoso portal en la porción extrahepática de la vena porta o de sus ramas. La circulación hiperdinámica en modelos de estenosis de vena porta es menos importante que los que se ven en la cirrosis, debido probablemente a la producción de óxido nítrico y a los shunts intrapulmonares (6). Esta diferencia se debe a que el sistema reticuloendotelial hepático no funciona en pacientes con cirrosis.

La trombosis de la vena porta de causa primaria se considera que existe en un 8% de casos y en niños se diagnostican por la hipertensión portal. La etiología puede variar de acuerdo a la edad en niños es más frecuente por onfalitis que causa tromboflebitis de la vena umbilical y finalmente de la vena porta, sin

embargo no existe una causa clara para la trombosis pero es evidente que un tercio de los pacientes existe un estado de hipercoagulabilidad subyacente (7).

El 70% de los pacientes que presentaron hemorragia digestiva alta por sangrado de varices esofágicas pueden tener recurrencia del mismo y esto depende de la severidad y daño que tenga el sistema portal.

El manejo de la hemorragia variceal puede ser dividido en dos fases. La primera que trata del episodio de sangrado agudo. La segunda trata la prevención de hemorragias recurrentes en las que se incluye terapias no operativas como las farmacológicas, taponamiento con balón, esclerosis y ligadura variceal por vía endoscópica y embolización transhepática de la vena coronaria, todos estos procedimientos han sido efectivos en diferentes grados en controlar el resangrado variceal agudo (8). Sin embargo la opción quirúrgica es importante tanto para el manejo de emergencia como el manejo electivo de esta patología, especialmente en pacientes en quienes tienen problemas esplenicos mayores y las medidas conservadoras o los tratamientos farmacológicos para controlar la hemorragia fallan (9).

La era moderna de la cirugía por hemorragia variceal comenzó en 1945 cuando Whipple, Blakemore y Lord publicaron los resultados de shunts portocava y esplenorenal en paciente con hipertensión portal. Sus resultados tan buenos como muchos mostraron que los shunts portosistémicos eran efectivos en el tratamiento de la hemorragia variceal (10). Cuando existe indicación quirúrgica es importante determinar la permeabilidad de las venas del sistema portal realizando un esplenoportografía o una ileoportografía preoperatoria. Lo interesante en la cirugía en la trombosis portal, es que en general el hígado es sano, y el riesgo de encefalopatía post shunt es casi nulo, y una vez resuelto el problema de las varices estos pacientes quedan prácticamente curados, se debe en lo posible mantener el bazo, por el riesgo de sepsis que representa la esplenectomía.

PATOLOGIAS

Con este trabajo tratamos de mostrar cual fue el manejo que se siguió en los pacientes con trombosis del sistema portal en el Centro Médico Quirúrgico Boliviano Belga.