

Cirugía de la hipertensión portal

Otras intervenciones

D. Franco

C. Vons

Se han propuesto numerosas intervenciones distintas a las descritas precedentemente para la realización de una derivación portosistémica o para suprimir las várices esofágicas. Es importante conocer la técnica de estas intervenciones que pueden tener una indicación muy específica para ciertos pacientes. Se revisarán sólo aquellas que todavía se utilizan, aunque sea raramente.

Anastomosis esplenorenal central

Principios

Efectuada por primera vez por Clatworthy en 1954 [¹], la anastomosis esplenorenal central se difundió rápidamente en Francia por Bismuth en 1966 [²]. Esta anastomosis es el equivalente de una derivación portal total y utiliza la vena esplénica en continuidad directa con la vena porta, con abocamiento hacia la vena renal izquierda, siguiendo el trayecto más corto posible. Se asocia una esplenectomía. Se puede realizar incluso cuando la vena esplénica es de pequeño calibre, como en los niños. La anastomosis esplenorenal central conservaba la indicación en los enfermos con una trombosis mesentericoportal. Sin embargo, prácticamente la operación de Warren la ha reemplazado en esta indicación. Esta intervención es interesante en los casos raros de enfermos con un hiperesplenismo muy grave, pues la esplenectomía permite siempre corregirlo. Técnicamente resulta más difícil que la anastomosis portocava y que la anastomosis mesentericocava.

Vía de acceso

No es necesaria la incisión toracoabdominal preconizada inicialmente por Clatworthy. Basta con una incisión subcostal izquierda que sobrepase ligeramente hacia la parte derecha del epigastro, rodeando la punta de la costilla X. Se necesita un separador subcostal, tirando a la izquierda. El cirujano se coloca a la izquierda del paciente. El primer ayudante se coloca frente al cirujano, y el segundo ayudante a su derecha.

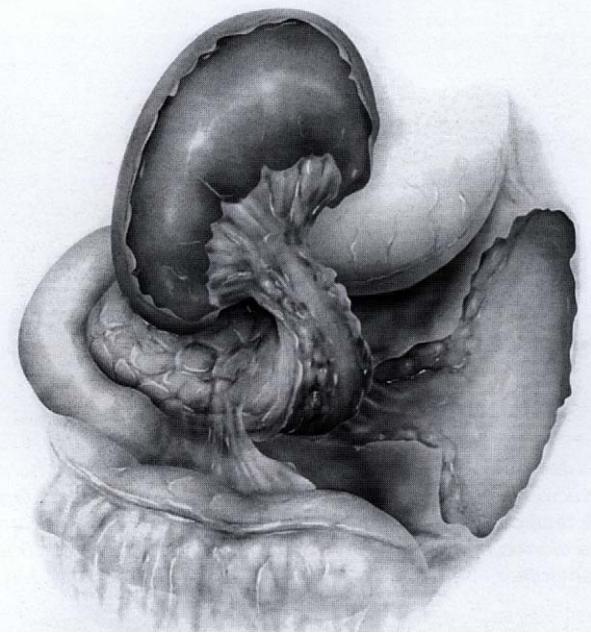
Dominique FRANCO: Chirurgien des hôpitaux, professeur des Universités.
Corinne VONS: Chirurgien des hôpitaux.
Service de chirurgie générale et digestive, hôpital Antoine-Béclère, 157, rue de la Porte-de-Trivaux, 92141 Clamart cedex.

Disección esplenopancreática

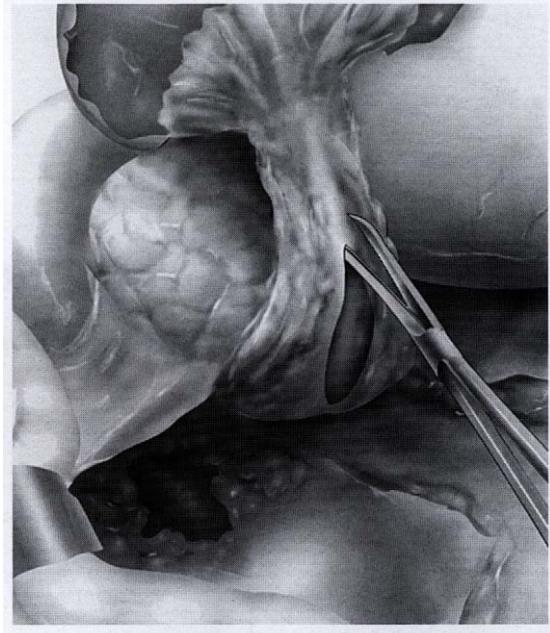
El primer tiempo es una disección esplenopancreática. Cuando es muy voluminosa, la esplenomegalia dificulta este tiempo operatorio. El clampaje de la arteria esplénica en el borde superior del páncreas puede resultar útil para bajar el bazo. Primero se libera el borde inferior del bazo. La disección de la parte superior del ángulo cólico izquierdo facilita esta maniobra. Se secciona el peritoneo parietal posterior. A veces existe, a nivel de las inserciones posteriores del bazo, una red venosa que dificulta y hace sangrante este tiempo de la disección. Es preferible seccionarlo entre dos pinzas hemostáticas en lugar de ligarlo con la ayuda de un disector. Se ligan los elementos del epiplón gastroesplénico, al igual que los vasos cortos del estómago cuyas venas son a menudo muy voluminosas, sobre todo en su parte superior donde existen a menudo dos o tres vasos gruesos, especialmente cortos y frágiles. Los pedículos esplénicos se ligan de forma separada en el hilio esplénico pero no se seccionan. De esta forma puede conservarse el bazo para que sirva de tractor por su propio peso durante los tiempos operatorios posteriores. Después de la liberación completa del bazo se diseca la cola del páncreas para bascular hacia la derecha el bazo y el páncreas distal. Durante la disección esplenopancreática se debe evitar entrar en la celda renal hacia atrás. La disección esplenopancreática se realiza manteniéndose en contacto con el parénquima pancreático hasta la línea mediana. Este tiempo es generalmente poco hemorrágico. Al final de este tiempo queda expuesta la cara posterior del páncreas (fig. 1).

Disección de la vena renal izquierda

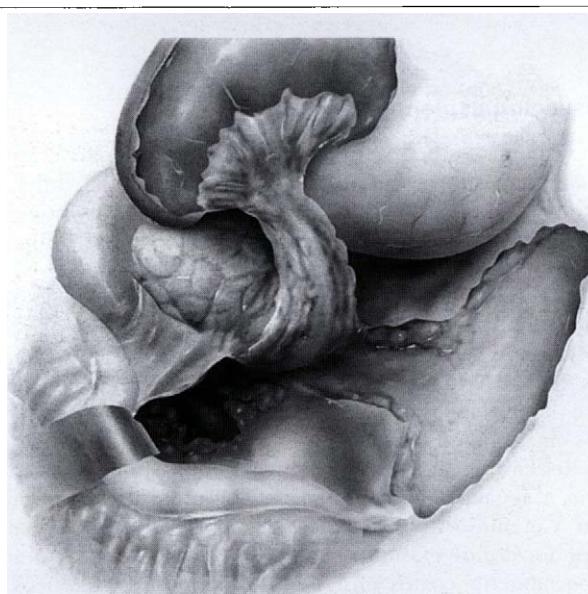
La disección de la vena renal izquierda se realiza inmediatamente a la izquierda de la aorta. Se secciona el tejido retroperitoneal. A menudo es espeso en los enfermos con hipertensión portal y el descubrimiento de la cara anterior de la vena renal se realiza por incisión progresiva de este



1 Disección esplenopancreática. El bazo y el páncreas se basculan hacia la derecha permitiendo exponer la cara posterior del páncreas y el relieve de la vena esplénica.



3 Incisión de la hojilla que aplica la vena esplénica contra la cara posterior del páncreas.



2 Disección de la vena renal izquierda. Es preferible ligar y seccionar las colaterales suprarrenal y genital. Se puede liberar un amplio segmento de la vena renal para facilitar su aproximación a la vena esplénica.

tejido, disociándolo. La situación de la vena renal es diferente de un enfermo a otro y este tiempo quirúrgico para descubrir la vena puede ser largo y requiere paciencia. A veces se descubre primero la vena suprarrenal media que es más superficial. Su dirección es generalmente perpendicular a la de la vena renal (fig. 2). Una vez que se ha identificado la vena renal se libera su cara anterior entre la aorta y la celda renal que no debe abrirse. La vena renal recibe una o dos venas genitales en su borde inferior y una vena suprarrenal en su borde superior. Estos vasos deben ligarse y seccionarse para movilizar mejor la vena renal. Después se libera la cara posterior de la vena renal seccionando las eventuales ramas aferentes posteriores. Se pasan dos lazos alre-

dedor de la vena. Una vez que se haya liberado totalmente la vena renal, se colocan dos clamps Bulldog fuertes en sus dos extremos para verificar la ausencia de afluentes supplementarios que deberían ligarse

Disección de la vena esplénica

Diseccionando primero la vena renal izquierda se puede determinar la longitud aproximada de la vena esplénica necesaria para la confección de la anastomosis. La hoja situada por detrás de la vena esplénica y que la aplica sobre el surco pancreático, se incide longitudinalmente hasta la raíz del mesenterio (fig. 3). La vena esplénica recibe numerosas venas pancreáticas generalmente dispuestas en dos filas paralelas en la cara posterior del páncreas. Se pasa un lazo alrededor de la vena, eligiendo una zona donde las venas colaterales son menos numerosas (fig. 4). Se puede entonces ligar la vena esplénica y seccionarla (fig. 5). La sección se realiza en su parte media, dejando la parte distal sobre la cola del páncreas. El hilo de la ligadura proximal se deja largo lo que permite ejercer una ligera tracción sobre el muñón venoso esplénico para exponer mejor las venas pancreáticas. Pueden existir de 10 a 20 colaterales que se ligan con hilo fino y se seccionan. La liberación de la vena esplénica se realiza hasta que el muñón de la vena disecada recae, sin acodarse y con un trayecto directo, hasta la cara anterior de la vena renal izquierda (fig. 6). La vena mesentérica inferior se liga y se secciona durante esta disección. Los elementos celulolinfáticos del borde izquierdo de la raíz mesentérica se seccionan para disminuir el espacio que separa la vena esplénica de la vena renal izquierda.

Confección de la anastomosis

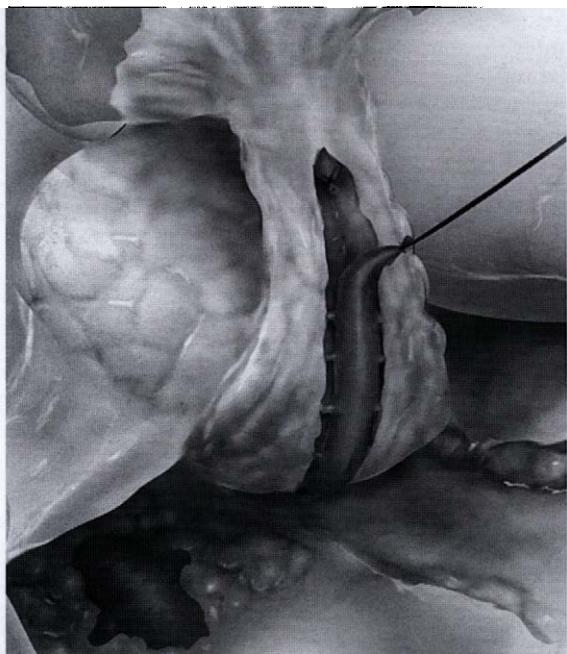
Después de tomar las presiones en la vena renal y de la vena esplénica, se coloca un clamp Bulldog sobre la vena esplénica en su parte central. La vena esplénica se recorta en bisel adaptándola a su inserción en la vena renal izquierda (fig. 7). Es importante no dejar una longitud excesiva de la vena esplénica que ocasionaría una acodadura después de la realización de la anastomosis. Es preferible que la anas-



4 Disección de la vena esplénica. Se coloca un lazo alrededor de la vena esplénica en una región donde las colaterales son menos numerosas, frecuentemente en la región donde se unen los dos tercios internos con el tercio externo de la vena.



6 La vena esplénica debe recaer sin acodaduras hacia la vena renal izquierda, al final del tiempo de disección. Si los elementos celulolinfáticos se interponen entre los dos vasos, pueden ser seccionados.



5 Ligadura y sección de la vena esplénica.



7 Recorte de la vena esplénica.

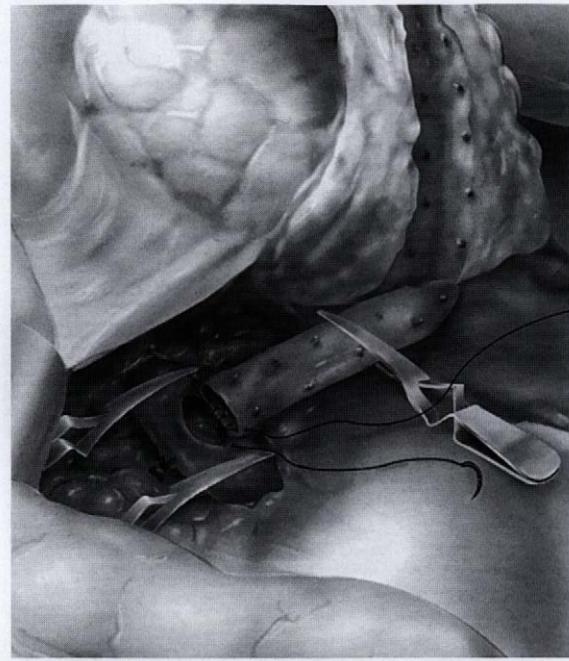
tomosis esté en ligera tracción. El recorte de la vena esplénica se hace reposicionando el páncreas. Los dos bordes de la vena esplénica se marcan con hilo fino vascular. Se lava con suero fisiológico heparinizado. Se colocan dos clamps Bulldog en la vena renal efectuando un clampaje total de la vena. También se puede pinzar lateralmente la vena renal izquierda con un clamp de Satinsky. No es necesario pinzar con clamp la arteria renal. La incisión sobre la vena renal se hace de forma longitudinal. Se puede recortar una porción de la vena renal cuando es ancha. La anastomosis esplen-

renal se hace con puntos separados de hilo vascular. Se empieza por colocar el punto medial de la cara posterior. Los puntos se anudan hacia el exterior (fig. 8). Se miden las presiones después de retirar los clamps de la anastomosis.

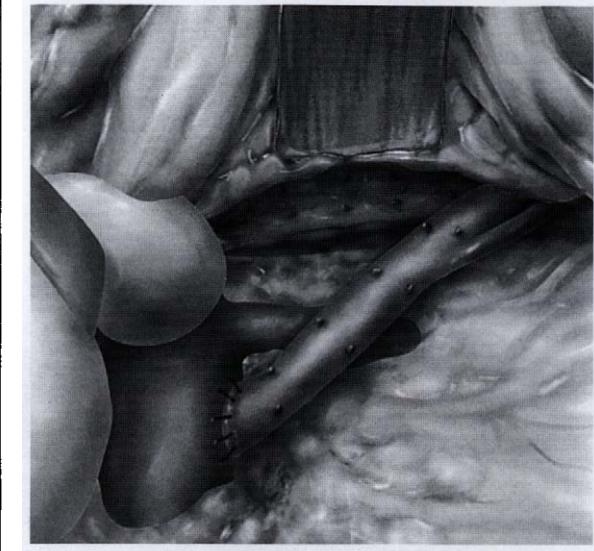
Fin de la intervención

Se retira el bazo, cuyos elementos vasculares se han ligado previamente.

Es inútil reperitonizar. Tampoco es útil dejar un drenaje. El cierre de la pared se realiza según la técnica habitual.



8 Presentación de la anastomosis esplenorenal central.



9 Vista de la anastomosis esplenocava.

Otras anastomosis esplenorenales

Anastomosis esplenorenal laterolateral

En la anastomosis esplenorenal central es necesaria una esplenectomía. Se puede realizar una anastomosis esplenorenal lateral para evitar una esplenectomía o una disección demasiado extensa de la vena esplénica. La derivación portal realizada de este modo no es selectiva [5]. Esta técnica es interesante cuando la disección de la vena esplénica resulta difícil por la fragilidad de su pared o por una pancreatitis crónica. Casi siempre se necesita interponer un injerto.

La vena esplénica y la vena renal izquierda deben abordarse igual que en la operación de Warren, tras levantar el mesocolon transverso.

Anastomosis esplenorenal por vía retroperitoneal

[20]

El enfermo se coloca en ligero decúbito lateral derecho, con el flanco izquierdo sobre elevado, el brazo izquierdo a lo largo del cuerpo. La incisión se realiza de forma oblicua en el flanco izquierdo, pasando por el borde inferior de la costilla XI. Se inciden los músculos y se disecan, rechazándolos hacia lo alto del fondo de saco pleural. Se abre la celda renal izquierda y se sigue sobre la cara anterior del riñón izquierdo hasta la vena renal izquierda, disecándola como se ha descrito antes para liberarla en unos 5 cm.

La vena esplénica se identifica levantando ligeramente hacia arriba el borde inferior del páncreas. Esta identificación puede ser difícil. La vena esplénica se debe liberar de 4 a 6 cm, hasta su unión con la vena mesentérica inferior. A continuación se debe resecar el tejido celulolinfático retroperitoneal para la mayor aproximación posible de las venas renal y esplénica. Si se dispone de una longitud suficiente de la vena renal, sin tensión, ésta se puede ligar y seccionar en sentido distal de las venas genital y suprarrenal que servirán para el drenaje venoso renal izquierdo. Si no se da este caso, se puede realizar una ligadura en sentido proximal de estas aferencias sin que exista mayor riesgo para el

riñón izquierdo, efectuándose el drenaje venoso renal izquierdo por las venas capsulares. La vena esplénica se pinza con clamp lateralmente y se realiza una anastomosis renoesplénica terminolateral con la ayuda de puntos sueltos de hilo fino vascular. Los hilos se anudan hacia el exterior. A veces la longitud disponible de la vena renal no es suficiente y puede emplearse un injerto entre los dos vasos. Después de tomar las presiones, la pared se cierra sin drenaje. Esta intervención está particularmente indicada en los pacientes con una pancreatitis crónica, y con antecedentes de intervenciones abdominales, gastrectomías, anastomosis quistoyeyunal o hepatoyeyunal que dificultan y hacen muy hemorrágico el acceso intraperitoneal a la vena porta, a la vena mesentérica superior y a la vena esplénica. Esta técnica es difícil.

Anastomosis esplenocava

Principios

La anastomosis esplenocava fue propuesta por Orozco en 1978 como una alternativa de la anastomosis esplenorenal distal de Warren, con el mismo objetivo: derivar selectivamente la sangre venosa de las várices esofágicas sin modificar la presión portal [17]. Se realiza la anastomosis ya sea directamente sobre la vena cava, o bien interponiendo la vena renal izquierda.

Vía de acceso

La anastomosis esplenocava, descrita inicialmente por vía media supraumbilical, puede hacerse por incisión subcostal con prolongación derecha o izquierda, que permite una mejor exposición.

Disección de la vena esplénica

Como en la operación de Warren la vena esplénica se diseña en el borde inferior del páncreas después de la incisión del colon transverso desplazado hacia arriba. La vena esplénica se secciona a la altura del abocamiento de la vena mesentérica inferior, que se liga. El extremo mesentérico de la vena esplénica se cierra con una sutura continua de



10 Anastomosis esplenorenal izquierda terminoterminal.



11 Disección de la vena coronaria estomáquica después de la abertura del epiplón menor.

ida y vuelta de hilo vascular fino. La vena esplénica se diseña del páncreas y se ligan todas sus aferencias pancreáticas con hilo fino.

Disección de la vena cava

El ángulo duodenoyeyunal se desplaza hacia la derecha y se abre el retroperitoneo. La vena renal se diseña hacia la línea mediana, hasta su unión con la vena cava inferior. El eje de la arteria mesentérica superior debe ser desplazado con suavidad hacia la derecha para exponer la vena cava y facilitar la anastomosis esplenocava.

Confección de la anastomosis

Se coloca un clamp vascular sobre el borde izquierdo de la vena cava inferior, bajo la terminación de la vena renal izquierda. Se hace una incisión de la misma longitud que el diámetro de la vena esplénica. La anastomosis esplenocava, terminolateral se hace con puntos sueltos de hilo vascular fino, haciendo los nudos en el exterior. Se realiza primero el plano posterior, comenzando por el punto del medio (fig. 9).

Fin de la intervención

En la técnica descrita por Orozco, se realiza la misma desvascularización que en el procedimiento de Warren, para procurar que se preserve la selectividad de la anastomosis [17].

Variantes

Cuando no se puede alcanzar la vena cava con la vena esplénica disponible, o cuando los vasos mesentéricos superiores limitan la exposición, una anastomosis renoesplénica terminoterminal puede ser una alternativa (anastomosis esplenocava indirecta). La vena esplénica se diseña y se liga de la forma habitual. La vena renal se diseña intentando en la medida de lo posible conservar las venas genital y suprarre-

nal [18]. El extremo de la vena renal se gira hacia la vena esplénica y se realiza una anastomosis terminoterminal, con puntos sueltos de hilo vascular fino según la técnica habitual (fig. 10).

Indicaciones

Los resultados de la anastomosis esplenocava directa [18] son idénticos a los de la anastomosis esplenorenal distal. Estas indicaciones podrían ser la ausencia de riñón izquierdo o una variación anatómica de la vena renal izquierda que impidiese la realización de una anastomosis esplenorenal distal tal como fue descrita por Warren.

Anastomosis coronariocava

Principios

También se trata de una anastomosis destinada a derivar selectivamente la sangre venosa de las varices esofágicas preservando el flujo sanguíneo portal. Su principio es la derivación de la vena coronaria estomáquica en la vena cava inferior directamente o más a menudo con la interposición de un injerto de vena safena o yugular. Es preferible realizar esta intervención sólo cuando la vena coronaria estomáquica es ancha, alrededor de los 10 mm.

Vía de acceso

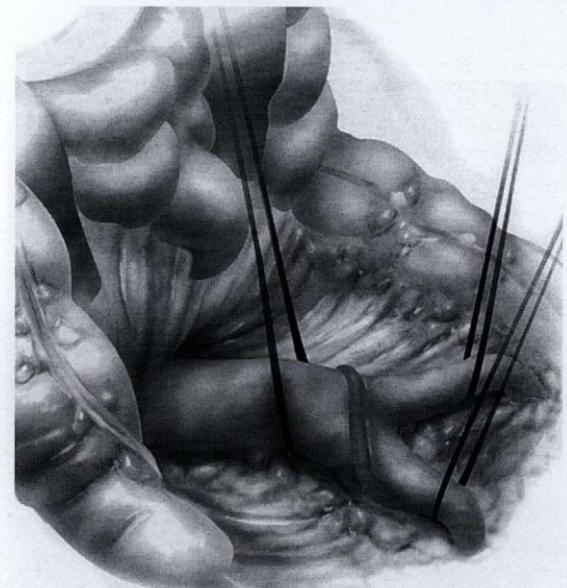
En la descripción original [19] la vía de abordaje es una incisión media, pero permite una mejor exposición la vía subcostal derecha. Se debe preparar una región inguinal en el campo operatorio para el caso de que fuese necesario un injerto venoso.

Disección de la vena coronaria estomáquica

El primer tiempo es la disección de la vena coronaria estomáquica después de la apertura de parte flácida del epiplón menor. Su relieve es en general fácilmente visible



12 Vista de la anastomosis coronariocava.



13 Disección de la vena cava inferior y de las venas ilíacas primitivas después de la abertura de la terminación de la raíz del mesenterio.

en la parte derecha del codo coronario (fig. 11). Se diseña lo más cerca posible de su abocamiento en la vena porta, sobre los 2 cm. La disección de la vena porta se debe hacer con precaución debido a su fragilidad, incluso cuando es ancha.

Disección de la vena cava

La disección de la vena cava inferior se realiza como para una anastomosis portocava. La cara anterior de la vena cava inferior se diseña hasta el abocamiento de la vena renal izquierda.

Anastomosis coronariocava - preparación de un injerto

Raramente se puede hacer una anastomosis directa entre la coronaria estomáquica y la cava inferior debido a la distancia que separa las dos venas. Se necesita entonces un injerto venoso intermedio. Se elige más bien una vena safena interna, pues su calibre está más adaptado al de la vena coronaria que el de la yugular interna. El tamaño del injerto safeno depende de la distancia entre la parte terminal de la vena coronaria y la vena cava. El injerto se anastomosa primero con la vena cava en la parte izquierda de su cara anterior. La anastomosis se realiza con puntos separados de hilo vascular fino. El extremo libre del injerto se pasa a continuación por el hiato de Winslow y se aproxima a la coronaria estomáquica. Ésta se secciona ligando su extremo distal. Inokuchi efectúa la anastomosis entre la vena coronaria estomáquica y el injerto con la ayuda de una pinza automática. La anastomosis puede hacerse muy bien manualmente con puntos separados de hilo vascular fino (fig. 12). El control de la anastomosis se hace tomando las presiones por punción directa de la vena coronaria estomáquica.

Fin de la intervención

No existe una verdadera desconexión como en la técnica de Warren pero, al principio de su experiencia, Inokuchi asocia una esplenectomía a esta derivación [4]. Nosotros hemos realizado esta intervención en varios casos sin especiales dificultades. Está particularmente recomendada en caso de trombosis portal extensa que no afecta la vena coronaria estomáquica.

Anastomosis cavoiliomesentérica

Principios

Se trata de una variante de la anastomosis cavomesentérica descrita en 1962 por Farge [5]. Permite acercar la vena cava inferior, prolongada por la parte terminal de la vena ilíaca derecha, en contacto con la vena mesentérica superior y realizar una anastomosis sin injerto. Para la movilización de la vena cava inferior y de la vena ilíaca derecha se necesita la sección de las dos venas ilíacas. Están pues contraindicada en caso de bloque intrahepático, dado el riesgo de edema de las extremidades inferiores. Se utiliza sobre todo en los niños para quienes esta anastomosis no comporta riesgo de edemas en sus extremidades inferiores.

Vía de acceso

El paciente se coloca en decúbito dorsal, con el brazo derecho a lo largo del cuerpo.

El cirujano a la derecha del enfermo, y el primer ayudante frente a él.

La incisión es una laparotomía mediana, a caballo sobre el ombligo.

Disección de la vena cava

La vena cava se aborda después de haber elevado la raíz del mesenterio y el ciego. El peritoneo se incide a nivel de la reflexión del peritoneo parietal sobre el mesenterio (fig. 13). Este tiempo puede ser hemorrágico debido a la hipertensión portal y son necesarias numerosas ligaduras vasculares. La cara anterior de la vena cava inferior se identifica fácilmente. Se debe separar de la arteria ilíaca primitiva derecha que la cruza oblicuamente por delante. La vena cava se libera en todas sus caras, en sus bordes laterales, las colaterales lumbares se ligan y seccionan. Por delante, la vena cava inferior se libera de la parte posterior de la tercera porción duodenal. Hacia abajo la vena ilíaca primitiva izquierda se libera sobre 1 cm. La vena ilíaca primitiva derecha se libera hasta la terminación de la vena ilíaca



14 Anastomosis cavoiliomesentérica.

interna. Las dos venas ilíacas primitivas tienen pocas colaterales. Se pasa un lazo alrededor de la vena cava y de las dos venas ilíacas primitivas. Es importante verificar que todas las ramas colaterales posteriores están ligadas y seccionadas. En este punto se puede evaluar la longitud de la vena (cava + ilíaca primitiva) disponible y verificar que sea suficiente.

Disección de la vena mesentérica superior

Tirando hacia abajo la raíz del mesenterio y hacia arriba la raíz del mesocolon transverso, se expone la cara anterior de la vena mesentérica superior después de la incisión de la hojilla peritoneal que la recubre. Como en la anastomosis mesentericocava convencional, se libera la vena mesentérica superior en su cara anterior y su borde derecho y parcialmente en su cara posterior. Generalmente, es preciso ligar la vena cólica superior derecha para disponer de un segmento de la vena mesentérica que sea lo más largo posible. La tercera porción del duodeno se debe disecar para acortar la distancia entre la vena mesentérica superior y la vena cava. Se crea un trayecto en el espesor del mesenterio entre la vena mesentérica superior y la vena cava inferior y se coloca un lazo en el trayecto.

Confección de un injerto iliocava

Se colocan tres clamps, sobre la vena cava por arriba y las venas ilíacas primitivas por abajo, lo más distalmente posible. La vena ilíaca primitiva izquierda se secciona a ras de la vena cava. El muñón rectal y el orificio de la cava se cierran con una sutura continua de hilo vascular fino. Se debe seccionar la vena ilíaca derecha lo más bajo posible. Su extremo se sutura con una continua de hilo vascular fino. Se dispone entonces de un largo trayecto vascular constituido por la vena cava, prolongado por la vena ilíaca primitiva derecha. Este largo segmento venoso se gira alrededor de la tercera porción del duodeno de forma que el extremo de la vena ilíaca primitiva derecha se ponga en contacto con la vena mesentérica superior (fig. 14). Se pasa por el trayecto previamente identificado con lazos.

Confección de la anastomosis

La vena mesentérica superior se pinza con clamp lateralmente y se incide lo más cerca posible de su cara posterior. La anastomosis se hace con puntos separados de hilo vascular fino, comenzando por el punto medio de la cara posterior. Los nudos se anudan en el exterior. En el momento del desclampaje, se toma la presión en la vena mesentérica superior, con la vena ilíaca primitiva pinzada o no con clamp.

Fin de la intervención

La peritonización se realiza cerrando primero la incisión peritoneal posterior en la cara posterior de la raíz del mesenterio y después la incisión peritoneal anterior a nivel de la raíz del mesocolon. El cierre parietal se realiza de la forma habitual y sin drenaje.

Anastomosis «improvisadas» [1]

En algunos enfermos con una trombosis portal difusa, algunas venas colaterales del sistema porta pueden estar lo suficientemente dilatadas para que se puedan anastomosar a la vena más próxima del sistema cava. Las venas varicosas que se utilizan con mayor frecuencia son una vena paracoledociana, la vena mesentérica inferior y la vena ileoceccocoloapendicular. El carácter varicoso de estas venas dificulta su disección. Tanto esta disección como el clamping no deben hacerse en contacto con la vena misma sino con el tejido graso que la rodea. El riesgo de fracaso se sitúa alrededor del 50 %.

Transposición torácica del bazo

Principios

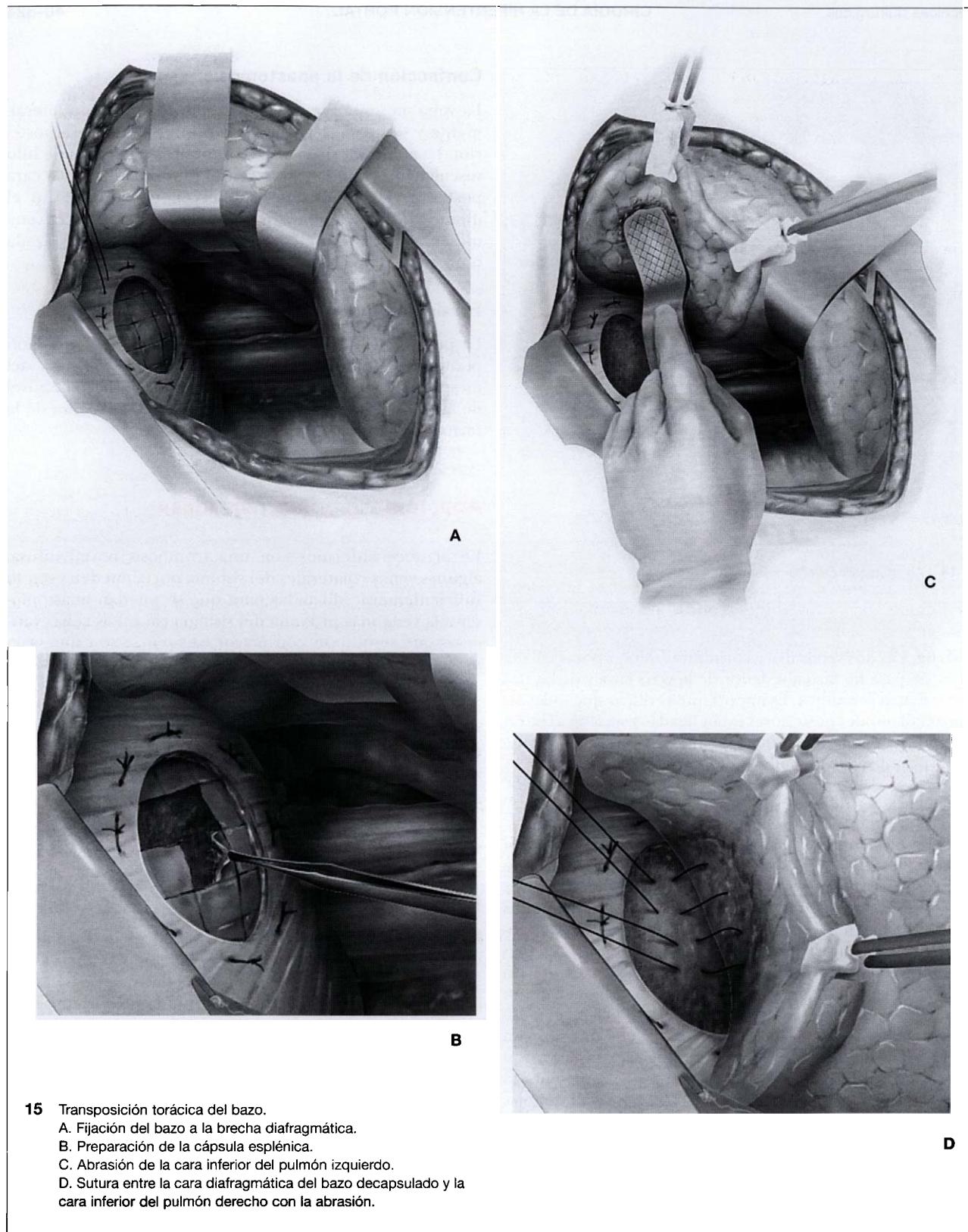
La transposición del bazo en la cavidad pleural izquierda crea una red venosa colateral entre los sistemas porta y pulmonar. Esta red colateral supone una derivación de la sangre portal y es el equivalente de un shunt portosistémico. Se ha propuesto sobre todo en caso de obstrucción de la cava inferior en los enfermos con un síndrome de Budd-Chiari con ascitis [1]. También se puede realizar en los enfermos con una trombosis portal difusa cuando no es viable ninguna de las otras técnicas.

Técnica

Comporta dos tiempos

Tiempo abdominal

La incisión es subcostal izquierda. El cirujano está a la derecha del paciente, el ayudante enfrente. El reborde costal se traciona hacia arriba con la ayuda de una valva. Se abre la hoja gastroesplénica y se identifica la arteria esplénica en el borde superior del páncreas. Se realiza una ligadura doble para evitar la hemorragia cuando se realiza la resección de la cápsula esplénica. Se realiza una desvascularización esofagogastrica con ligadura de la vena coronaria estomáquica, y una desvascularización de la parte inferior del esófago e inicial del estómago, preservando los vasos cortos. Después se cierra la pared abdominal según la técnica habitual sin drenaje.



15 Transposición torácica del bazo.

- A. Fijación del bazo a la brecha diafragmática.
- B. Preparación de la cápsula esplénica.
- C. Abrasión de la cara inferior del pulmón izquierdo.
- D. Sutura entre la cara diafragmática del bazo decapsulado y la cara inferior del pulmón derecho con la abrasión.

Tiempo torácico

La incisión se realiza en el octavo espacio intercostal izquierdo, empezando a la altura de la línea axilar anterior y terminando a la altura de la línea media del omoplato. Con el tórax abierto se efectúa una pequeña incisión sobre el diafragma un poco lateral respecto a su centro fibroso. A través de esta incisión se expone la cara diafragmática del bazo. La porción del diafragma en contacto con el bazo se abre circularmente de forma que el ori-

ficio tenga un diámetro de 10 cm. La hemostasia diafragmática debe revisarse cuidadosamente. El bazo se fija a los bordes del orificio diafragmático con la ayuda de una fila de hilos finos no reabsorbibles para evitar una hernia del bazo a través del diafragma (fig. 15 A). Seguidamente se hacen múltiples incisiones rectangulares en la cápsula del bazo. Progresivamente se retira la cápsula del bazo, rectángulo a rectángulo (fig. 15 B). La hemostasia del parénquima esplénico decapsulado se controla mediante compresión con compresas. Después se realiza una abrasión

de la cara diafragmática del lóbulo pulmonar inferior izquierdo para provocar una hemorragia (fig. 15 C). Pueden producirse algunas fugas gaseosas sin repercusiones. Se aproximan los parénquimas esplénico y pulmonar, preparados de esta forma, con puntos separados de hilo reabsorbible fino. Se empieza por la parte más profunda del campo. Es preciso evitar todo espacio «muerto» entre el pulmón y el bazo (fig. 15 D). Se drena la pleura con un tubo ancho y se cierra la toracotomía. La circulación colateral efectiva se crea en un mes.

Aunque no tenemos experiencia personal en esta intervención, parece dar buenos resultados y debe pensarse en ella en las situaciones en que ningún otro acto es técnicamente realizable. Parece que el conjunto de este procedimiento puede realizarse con una única toracotomía [2].

Esplenectomía

La esplenectomía aislada es una mala intervención para el tratamiento de la hipertensión portal aunque puede hacer disminuir transitoriamente las várices esofágicas. Conserva, sin embargo, una indicación muy específica en la hipertensión portal segmentaria por obstrucción de la vena esplénica durante una pancreatitis crónica, neoplasias corporo-caudales del páncreas u otros procesos tumorales de esta región. En estos enfermos, las várices esofágicas y gástricas se alimentan de la red de vasos cortos y la esplenectomía sola es muy eficaz para disminuir las várices esofágicas.

Resección digestiva

Las várices duodenales, del intestino delgado, o colorrectales pueden desarrollarse a raíz de una intervención quirúrgica, que con mayor frecuencia pone en contacto un asa y la pared abdominal, como en el curso de la confeción de una colostomía o de una ileostomía. Igualmente,

las várices vaginales o vesicales pueden desarrollarse después de una intervención creando adherencias entre el intestino delgado o el colon y la vagina, o la vejiga urinaria, sobre todo después de una histerectomía total. Si estas várices son responsables de hemorragias periostomales, digestivas o incluso intraperitoneales, el tratamiento de elección para la prevención de las recidivas hemorrágicas es una derivación portosistémica. Si ésta no es factible, se puede realizar una resección segmentaria del asa de intestino delgado donde están las várices [16], una colectomía segmentaria [6,8] o una resección duodenal [19]. Sin embargo, las várices pueden formarse de nuevo por los mismos motivos y los resultados a menudo son transitorios o decepcionantes [2].

Otras intervenciones

Se han descrito múltiples variantes de derivaciones portales sobre las várices. No haremos más que citarlas: la anastomosis portorenal izquierda [7], anastomosis mesenterico-cava terminolateral tras el descenso mesentericopancréatico [14], anastomosis mesentericocava laterolateral después de la sección de la tercera porción duodenal [12], anastomosis mesentericocava por giro de la vena cava, sin disección de las venas ilíacas [13], esofagogastrectomía polar superior [15]. En general, estas intervenciones sólo se han realizado en un número muy reducido de pacientes.

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención: FRANCO D et VONS C. – Chirurgie de l'hypertension portale: autres interventions. – Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France), Techniques chirurgicales – Appareil digestif, 40-824, 1997, 8 p.

Bibliografía

- [1] Akita H, Sakoda K. Portopulmonary shunt by splenopneumopexy as a surgical treatment of Budd-Chiari syndrome. *Surgery* 1980 ; 87 : 85-94
- [2] Attias E, Smadjia C, Vons C, Traynor O, Franco D. Bleeding from intestinal varices after Warren shunt. *J Clin Gastroenterol* 1987 ; 9 : 585-587
- [3] Bismuth H, Moreaux J, Hepp J. L'anastomose spléno-rénale centrale dans le traitement de l'hypertension portale. *Ann Chir* 1966 ; 20 : 1441-1445
- [4] Clatworthy HW, Boles ET. Extrahepatic portal bed block in children: Pathogenesis and treatment. *Ann Surg* 1959 ; 150 : 371-383
- [5] Cooley DA. Side to side splenorenal anastomosis with splenic preservation for portal hypertension. *Surg Gynecol Obstet* 1963 ; 627-628
- [6] Cornet A, Thomeret G, Dubost C, Debesse B, Renault P, Hillemand B et al. Hémorragie digestive par rupture de varices du côlon. Résection colique segmentaire. Guérison. *Sem Hôp Paris* 1966 ; 42 : 171-175
- [7] Erlik D, Barzilai A, Shramek A. Porto-renal shunt. A new technic for porto-systemic anastomosis in portal hypertension. *Ann Surg* 1964 ; 159 : 72-78
- [8] Faivre J, Balabaud C, Beraud C. Rectorragies récidivantes par varices rectales. *Arch Fr Mal App Dig* 1970 ; 59 : 801-808
- [9] Farge C, Auvert L. L'anastomose ilio-mésentérique. Procédé améliorant l'anastomose veineuse cavomésentérique pour l'hypertension portale. *Presse Med* 1962 ; 70 : 2217-2218
- [10] Inokuchi K, Kobayashi M, Kusaba A, Ogawa Y, Saku M, Shizaki T. New selective decompression of esophageal varices by a left gastric venous-caval shunt. *Arch Surg* 1970 ; 100 : 157-162
- [11] Maillard JN, Hay JM, Flamant Y. Les anastomoses « de fortune » dans les hypertensions portales par thrombose du système porte. *Ann Chir* 1978 ; 32 : 693-697
- [12] Maillard JN, Lortat-Jacob JL, Benhamou JP, Mouiel J. Les possibilités d'anastomose mésentérique-cave latéro-latérale après section duodénale. *Ann Chir Thorax Cardiovasc* 1964 ; 3 : 879-887
- [13] Marion P. Une dérivation mésentérique-cave. Anastomose latéro-terminal de la veine mésentérique supérieure et de la veine cave inférieure. *Mém Acad Chir* 1960 ; 86 : 184-189
- [14] Marion P, Gounot J, Bouchet A. Anastomose mésentérique-cave latéro-latérale avec décroisement mésentérique-pancréatique. *Lyon Chir* 1962 ; 58 : 753-756
- [15] Marion P, Gounot J, Desgouttes JL. Cesogastrectomie polaire supérieure pour varices œsophagiennes par obstruction portale. *Lyon Chir* 1958 ; 54 : 107-108
- [16] Moncure AC, Waltman AC, Vandersalm TS, Linton RR, Levine FH, Abbott WM. Gastrointestinal hemorrhage from adhesion-related mesenteric varices. *Ann Surg* 1976 ; 186 : 24-29
- [17] Orozco H, Guevara L, Hernandez J. Selective splenocaval shunt. An alternative choice. *Surgery* 1978 ; 84 : 691-692
- [18] Orozco H, Mercado A, Takahashi T, Cappelain F, Rojas G, Chan C. Selective splenocaval shunt for bleeding portal hypertension: fifteen year evaluation period. *Surgery* 1993 ; 113 : 260-265
- [19] Rosen H, Silen W, Simon M. Selective portal hypertension with isolated duodenjejunal varices. *N Engl J Med* 1967 ; 277 : 1188-1190
- [20] Stoney RJ, Mehigan JT, Olcott C. Retroperitoneal approach for portasystemic decompression. *Arch Surg* 1975 ; 110 : 1347-1350