

# ANGIOLOGÍA

---

VOL. VII

MARZO - ABRIL 1955

N.º 2

---

## VARICES DEL ESÓFAGO POR HIPERTENSIÓN CAVAL SUPERIOR

F. MARTORELL

*Departamento de Angiología del Instituto Policlínico  
de Barcelona (España)*

Una de las más dramáticas y graves hemorragias del aparato digestivo es la producida por la existencia de varices esofágicas. Estas varices se presentan habitualmente como consecuencia de un obstáculo al retorno de la sangre portal hasta el sistema cava. Existen dos tipos de hipertensión portal: la debida a una obstrucción en el hígado, llamada hipertensión portal de origen intrahepático, como ocurre en la cirrosis; y la que se origina por la obstrucción del tronco o ramas principales de la vena porta, llamada hipertensión portal extrahepática, como ocurre en el síndrome de Banti. El interés del caso que presentamos radica en la existencia de unas varices esofágicas no secundarias a una hipertensión portal sino a una hipertensión caval superior postoperatoria. Un aneurisma arteriovenoso por herida de bala entre el tronco braquiocefálico y la vena cava superior fué tratado por pluriligidura, ligando, entre otros vasos, la vena cava superior por encima de la comunicación con la vena ázigos. Vamos a relatar a continuación su historia clínica.

**OBSERVACIÓN CLÍNICA (\*).** — En 1949 reconocimos a un enfermo de treinta y dos años, que, como consecuencia de una herida de arma de fuego en la parte alta del tórax, sufrió grave insuficiencia cardíaca por aneurisma arteriovenoso.

La exploración permitía obtener los siguientes datos: cianosis ligera de la cara; arterias y venas dilatadas y sinuosas en la mitad derecha de la cabeza y del cuello. A nivel del hombro, acusada red venosa de circulación complementaria. Notable disminución del índice oscilométrico, de la presión arterial y de la temperatura local a nivel del brazo derecho, ausencia del pulso radial. Atrofia de la eminencia tenar.

«Thrill» supraclavicular derecho, que se propaga por las carótidas y subclavias, teniendo su máximo a nivel del tronco innominado. Soplo continuo de refuerzo sistólico a nivel del tronco innominado, que se propaga en dirección centrípeta hasta el entrecruzamiento del esternón con la línea mamilar, en dirección centrífuga has-

(\*) Esta Observación se publicó más ampliada en el «Journal International de Chirurgie», tomo XII, n.º 1, pág. 32; enero-febrero 1952.

ta la axilar, y con más intensidad en la totalidad de las carótidas. En la zona preesternal se palpa la pulsosidad de arterias de circulación complementaria.

*Diagnóstico:* Aneurisma arteriovenoso traumático entre el origen del tronco braquiocefálico arterial y la vena cava superior. Insuficiencia cardíaca.

El cuadro de insuficiencia cardíaca se acentúa, por cuyo motivo se decide el tratamiento operatorio.



Fig. 1. — Imagen radiográfica de las varices esofágicas situadas en el tercio superior del esófago, mientras el tercio inferior, lugar habitual de su presentación, se halla exento de ellas.

provocaría la ruptura del tronco venoso

Se procede a la ligadura de las arterias carótida primitiva y subclavia y de las venas yugular externa, yugular interna y subclavia.

Segundo tiempo intrapleural. — A continuación se convierte la ligadura provisional del tronco braquiocefálico en definitiva, ejecutando la ligadura con cinta de algodón. La situación de la fistula impide la ligadura del tronco venoso braquiocefálico, por cuyo motivo se liga la vena cava superior, asimismo con cinta de algodón. Desaparecido el «thrill», se da la operación por terminada, suturando las dos incisiones después de suprimir el neumotórax de la inferior por insuflación.

*Curso postoperatorio.* — Al terminar la operación, el enfermo presenta acentuada

Se proyecta cerrar el orificio arterial por vía transvenosa, ejecutando un primer tiempo por vía transpleural que permita la oclusión temporal del tronco braquiocefálico y de la vena cava superior. A continuación, oclusión temporal de los vasos cervicales y resección parcial de la clavícula, esternón y primera costilla, capaz de descubrir la comunicación arteriovenosa.

Vamos a ver a continuación cómo las dificultades operatorias y la fusión de los vasos con el plano óseo, cuya separación hubiese ocasionado la muerte por hemorragia, nos obligó a una solución operatoria menos buena, la pluriligidura, con la cual, por primera vez, realizábamos la ligadura terapéutica de la vena cava superior.

*Operación:* 27 de febrero de 1951.

Primer tiempo intrapleural. — Incisión horizontal sobre la tercera costilla derecha y resección de ésta desde el borde del esternón hasta la línea axilar anterior. Ligadura de los vasos mamarios internos. Sección del segundo cartílago costal. Abertura de la pleura.

Liberación del tronco braquiocefálico, de la vena cava superior, del neumogástrico y del frénico. Oclusión temporal del tronco braquiocefálico para isquemiar la región cervical. Se retira el retractor costal y se abandona temporalmente el campo operatorio.

Tiempo cervical. — Incisión horizontal sobre la clavícula derecha. Al liberar los vasos de la región se hallan íntimamente fusionados y adheridos a la región retroesternal. Su liberación provoca una hemorragia venosa que se cohibe con dificultad. Se desiste de la resección esternoclavicular; que forzosamente

braquiocefálico.

cianosis de la mitad superior del cuerpo, hinchazón de la cara y exoftalmo bilateral. La respiración es lenta y estertorosa. Tarda bastante en despertar.

Al día siguiente sorprende ver el cambio que se ha efectuado. La cianosis casi no existe. La hinchazón de la cara y el exoftalmo se han atenuado mucho. El calibre de las arterias y venas de la cabeza y del cuello ha disminuido de manera notable. El pulso de la radial derecha, antes inexistente, se palpa con facilidad. Debo recordar

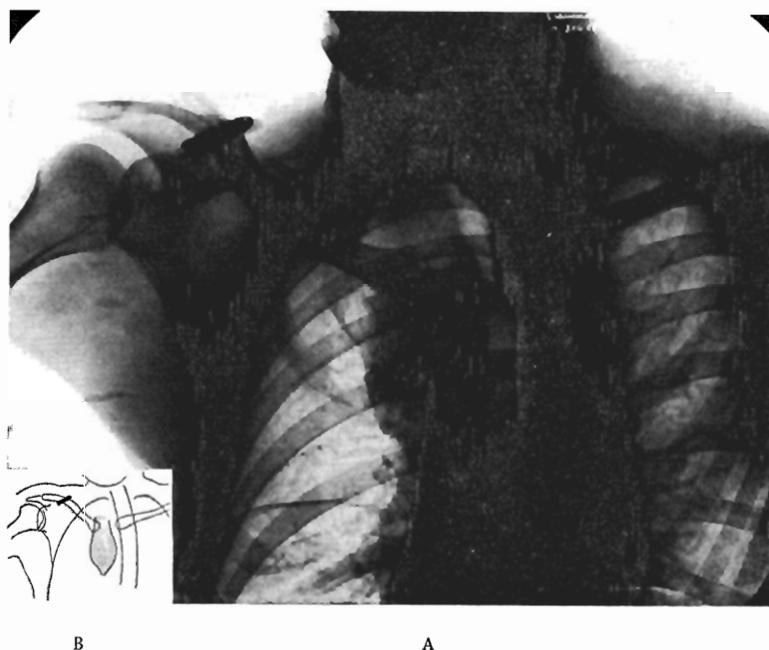


Fig. 2. — A) Imagen radiográfica de la considerable dilatación de la vena cava superior a los cuatro años de su ligadura. Obsérvese la bala visible en la unión del tercio externo con el tercio medio de la clavícula  
B) Esquema de la radiografía anterior

que el tronco braquiocefálico, la carótida primitiva y la arteria subclavia derechos fueron ligados.

Los días siguientes transcurren con toda normalidad, saliendo de la clínica a los quince días de la operación.

Unos meses más tarde sufría una crisis con disnea, tos, oliguria y hepatomegalia, de la que se recupera en pocos días.

En la pared del vientre y del tórax han aparecido voluminosas venas de circulación complementaria de tipo vena cava-cava. El tamaño del corazón ha disminuido considerablemente.

Un año después, con motivo del nacimiento de su hijo, me comunica que está muy bien.

Pasa cuatro años de este modo, hasta enero de 1955, en que vuelve a consultarme por una melena que ha sufrido hace pocos días. La exploración radiográfica muestra (fig. 1) la existencia de varices en el tercio superior del esófago. La vena cava superior está considerablemente dilatada (fig. 2). El corazón sigue reducido de volumen.

Bajo el punto de vista de su insuficiencia cardíaca la operación practicada ha sido efectiva, persistiendo la disminución de tamaño de su corazón agrandado. Pero la ligadura de la vena cava superior determinó en este enfermo primero un síndrome agudo de hipertensión caval superior y después un síndrome crónico de hipertensión caval superior bien tolerado durante varios años. Durante éstos, se había desarrollado una intensa circulación colateral en el tórax y en el abdomen (fig. 3). En estas venas dilatadas era muy fácil comprobar que la sangre venosa se dirigía en sentido descendente.

Mientras la circulación complementaria se desarrolló en las venas tegumentarias, el curso fué satisfactorio; pero la hemorragia digestiva sufrida por el enfermo últimamente indicaba la posibilidad del desarrollo de una circulación complementaria submucosa a nivel del esófago. La exploración radiográfica confirmó la existencia de varices en el esófago situadas en el tercio superior del mismo (fig. 1). Recordamos que las varices esofágicas en los casos de hipertensión portal se desarrollan en el tercio inferior. En este caso parece ser que el



Fig. 3.— Evidente circulación colateral tóracoabdominal, desarrollada en el curso de los años tras la ligadura terapéutica de la vena cava superior

desarrollo considerable de todo el sistema ázigos como vía de circulación complementaria llegó a dilatar también las venas de la parte alta del esófago, tributarias de dicho sistema ázigos.

#### S U M M A R Y

One of the most hazardous types of bleeding from the gastrointestinal tract is that occurring from esophageal varices. Such varices usually arise following an obstruction to the return of portal blood to the systemic venous system. There are two common types of portal obstruction: that occurring in the liver, the intrahepatic

type; and that occurring in the portal vein, the so-called Banti's syndrome or extrahepatic type.

The patient on whom the author is reporting showed evidences of superior caval hypertension after surgical ligation manifested by enlargement of the superior caval vein, thoraco-abdominal collateral circulation and esophageal varices in the upper third. It is perhaps the first case of esophageal varices recorded in the literature secondary to the superior caval vein ligation.