



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-203 - TRATAMIENTO ATÍPICO DE LA HIPERTENSIÓN PORTAL. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Campo Betancourth, Carlos Felipe; Rodríguez Laíz, Gonzalo Patricio; Gomis Martín, Álvaro; Llopis Torremocha, Clara; Pérez López, Rebeca; Alcázar López, Cándido Fernando; Franco Campello, Mariano; Ramia Ángel, José Manuel

Hospital General Universitario, Alicante.

Resumen

Introducción: La hipertensión portal (HTP) es un incremento del gradiente de presión venosa hepática (GPVH) > 5 mmHg, con relevancia clínica cuando supera 10 mmHg. Puede generar complicaciones como ascitis, hemorragia por varices o encefalopatía. La causa más común es la cirrosis hepática, pero existen múltiples etiologías a nivel prehepático, hepático y posthepático. Los primeros intentos de tratamiento quirúrgico datan de finales del siglo XIX, con derivaciones portosistémicas experimentales en perros (Eck/Pavlov) y la primera con éxito en humanos en 1903 (Vidal). A mediados del XX, Whipple popularizó esta técnica mejorando sus resultados, convirtiéndose en tratamiento de elección de la HTP. Sin embargo, la aparición de alternativas endoscópicas (ligadura de varices con bandas), percutáneas (TIPS), y el trasplante hepático han relegado a la cirugía de la derivación portosistémica a un papel anecdótico. Presentamos dos casos clínicos de HTP en los que el tratamiento habitual no era viable por las condiciones clínicas que presentaban y en los que se optó por un tratamiento quirúrgico no convencional.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 44 años con trombofilia por síndrome antifosfolípido, en tratamiento con acenocumarol, intervenida hacía 17 años por cavernomatosis portal con aneurisma de vena mesentérica superior, practicándosele derivación meso-cava con prótesis anillada de PTFE. Ingresó por dolor abdominal y masa palpable. TAC abdominal muestra dilatación aneurismática de $11,6 \times 8,4$ cm con trombosis parcial que se extiende a venas mesentéricas y a la derivación, sin flujo. Dada la abundante circulación colateral abdominal, realizamos derivación venosa espleno-renal por abordaje retroperitoneal (lumbotomía izquierda) usando una de las 2 venas renales izquierdas de la paciente, disminuyendo la presión portal de 18 a 4 mmHg. Fue reintervenida por hemorragia de pequeña vaso superficial renal, controlado sin consecuencias. Una colección del lecho quirúrgico se resolvió percutáneamente y fue alta a los 16 días de la intervención. Su evolución clínica ha sido muy buena, con disminución importante del aneurisma, ya trombosado, asintomática tras 10 meses de seguimiento. Caso 2: hombre de 50 años con cirrosis por VHC y alcohol, diagnosticado de gran colangiocarcinoma intrahepático en segmentos VI/VII. En quirófano presenta GPVH de 13 mmHg con presión portal de 17 mmHg. Tras sectorectomía posterior derecha, la presión portal aumentó a 21 mmHg. Realizamos derivación portocava parcial usando la vena renal derecha (desconectada del riñón y anastomosada lateralmente a Porta) bajando la presión portal a 16 mmHg y el GPVH a 9 mmHg. En el postoperatorio presentó encefalopatía leve, controlada farmacológicamente, siendo alta al 8º día sin desarrollar insuficiencia hepática ni empeoramiento de la encefalopatía. Un mes y medio tras la intervención hay permeabilidad de la derivación (TAC abdominal). A los 5 meses ingresa por empeoramiento de su cirrosis, con mala evolución, siendo exitus.

Discusión: En la actualidad, la mayor parte del tratamiento de la HTP se realiza con métodos poco invasivos, principalmente debido a los avances en las técnicas, pero también por el acceso al trasplante hepático. No obstante, las técnicas de derivación quirúrgica portosistémicas, tanto usuales como atípicas, deben formar parte del armamentario de cirujanos hepáticos como herramientas útiles en casos seleccionados.