

VENA PORTA - ANOMALÍA

FULVIO O. PARISATO y EDUARDO FLORENCIO PATARO

*Policlínico de Avellaneda. Servicio de Clínica Quirúrgica (Jefe, Vicente F. Pataro).
Buenos Aires. (República Argentina)*

Al efectuar una colecistectomía por litiasis biliar hemos encontrado una disposición anatómica poco frecuente de la vena porta. Ésta se hallaba por delante del coledoco, ocultándolo por completo, lo que obligó a una disección y liberación sumamente cuidadosa del cístico. Este hallazgo nos ha despertado el interés de actualizar el tema.

Como se recordará, la vena porta se extiende de la cabeza del páncreas al hilio del hígado. Su longitud es de 8-10 cm y su diámetro de 8-10 mm. Está formada por la reunión de tres venas: la mesentérica superior, la mesentérica inferior y la esplénica. Así constituido, el tronco de la vena porta se dirige oblicuamente de abajo a arriba y algo a la izquierda hacia el surco transversal del hígado, donde termina bifurcándose.

En su origen el tronco de la vena porta está situado detrás del páncreas, cruza la cara posterior de la primera porción del duodeno, situándose a continuación entre las dos hojas del epiplon gastrohepático. En su primera porción, es decir, detrás del páncreas, la vena porta corresponde por delante del cuello del páncreas excavado en un canal vertical que prolonga el de la mesentérica superior, por dentro de la aorta, por detrás de la cava inferior separada por la lámina de Treitz, por fuera y a la derecha el coledoco. La segunda porción, por detrás del duodeno, corresponde por delante a la cara posterior del duodeno, por detrás a la cava inferior, por fuera y a la derecha al coledoco, por dentro es alcanzado por la arteria hepática. La tercera porción, entre las dos hojas del epiplon gastrohepático, ocupa la parte derecha de este epiplon, el coledoco camina por su lado externo y en un plano anterior. La arteria hepática, situada primero en el borde interno de la vena porta, pasa a su cara anterior hasta el hilio del hígado, dando la arteria pilórica y la gastroduodenal.

Por medio de la hoja posterior del epiplon gastrohepático, la vena porta contribuye a formar la pared anterior del hiato de Winslow, y por medio de este hiato se relaciona con la vena cava inferior que forma el labio posterior de dicho hiato. Por medio de la hoja anterior del epiplon menor se relaciona con la cara inferior del hígado (fig. 1).

Las anomalías congénitas de la vena porta son poco comunes. Puede haberlas dobles, con transformación cavernosa y con cambios en la posición anatómica. Las más frecuentes son las variaciones de sus ramas mesentéricas y esplénicas. La disposición prepancreática es extremadamente rara. Sólo hay 18 casos relatados en la literatura mundial, de los cuales 8 se encontraron en América del Norte, 7 en

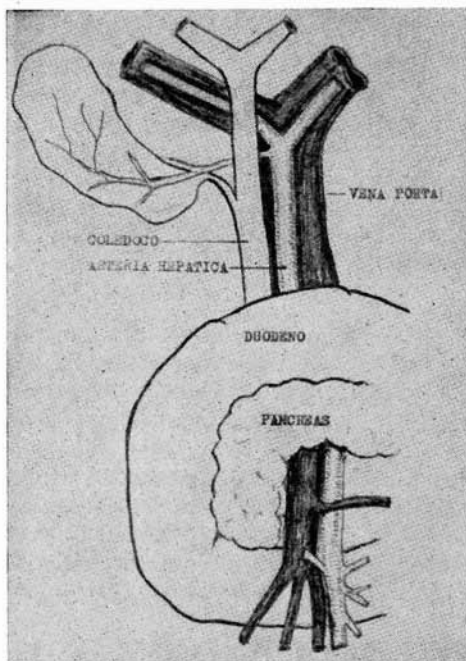


FIG. 1. Disposición anatómica normal de la vena porta pasando por delante de la tercera porción del duodeno, por detrás del páncreas y de la primera porción del duodeno.

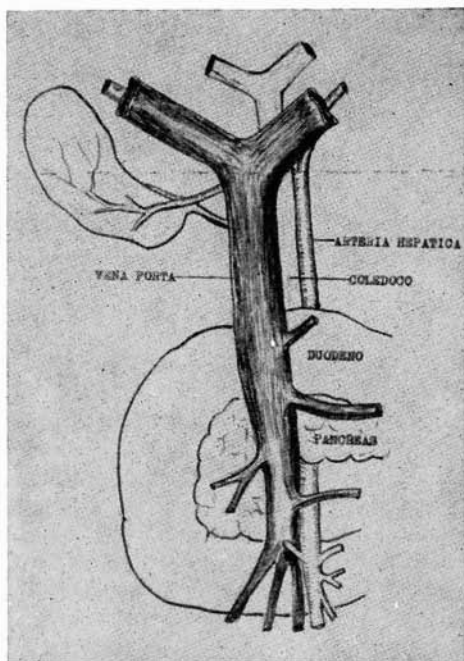


FIG. 2. Nuestro hallazgo: La vena porta pasando por delante de la tercera porción del duodeno, delante del páncreas y de la primera porción del duodeno, ocultando más arriba el coledoco.

Alemania, uno en España, uno en la Argentina. Nosotros aportamos un nuevo caso.

En 1921, KNIGHT, H. O. (EE. UU.) (5), relata el primer caso de vena porta prepancreática descubierta en la disección de un cadáver (fig. 3-A).

En 1926, SCHNITZLER, J. (Alemania) (11), relata un caso con vena porta prepancreática y *Situs inversus* parcial del estómago y del duodeno, hallados durante una intervención quirúrgica (fig. 3-F).

En 1932, PERNKOPF, E. (Alemania) (8), relata dos casos, uno encontrado por él al diseccionar un cadáver y otro por LEHMAN al operar un paciente donde la vena porta comprime el duodeno. Otros dos casos de PERNKOPF (7) tenían *Situs inversus* parcial de las vísceras abdominales superiores (figs. 3-D y E).

En 1934, STENGEL, F. (Alemania) (14), relata dos casos encontrados accidentalmente en autopsias. Los dos tenían la misma configuración: la vena porta cruzando por delante la tercera porción del duodeno. El hecho de haber hallado esta disposición en dos autopsias efectuadas en la misma semana hizo creer a STENGEL que esta anomalía no era tan rara (fig. 3-A).

En 1951, SONZINI ASTUDILLO, C. (Argentina) (13), realizando una colecistectomía, encuentra la vena porta por delante del coledoco (fig. 3-A).

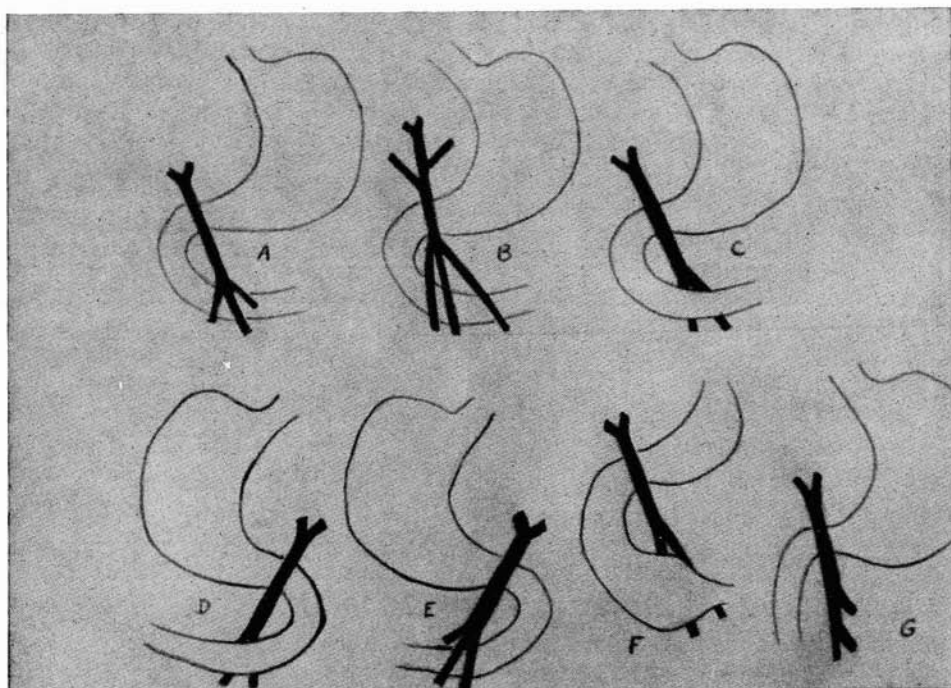


FIG. 3. Esquema de variedades de vena porta prepancreática halladas en la literatura mundial.

En 1954, SNAVELY, J. C. y BREAKELL (EE. UU.) (12), relatan un caso de doble vena porta, yendo la rama más pequeña a la vesícula y al lóbulo derecho del hígado. La vena esplénica y la coronaria se unían y desembocaban en la porta por encima del duodeno. Únicamente la rama mesentérica es la que se relacionaba con la cara anterior del duodeno y del páncreas. En la vena porta existía también una estenosis causante de la hipertensión portal y de la muerte por hemorragia a nivel de las varices esofágicas (fig. 3-B).

En 1958, ROVIRALTA, E. (España) (10), relata un caso de obstrucción duodenal en un recién nacido. Durante la operación se encontró una vena porta prepancreática con otras anomalías congénitas incluyendo una incompleta rotación del intestino delgado y colon (fig. 3-G).

En 1959, BERNARD, L. J., PERRY, F. A. y WALKER, M. (EE. UU.) (1), y en 1961, BLOCK, M. y ZIKRIA, F. (EE. UU.) (2), encuentran esta anomalía durante la operación por obstrucción de la primera parte del duodeno (fig. 3-G). El caso de BERNARD tenía también una úlcera duodenal penetrante en la vena porta, causando masivas hemorragias gastroduodenales (fig. 3-A).

En 1961, BOLES, E. T. y SMITH, B. (EE. UU.) (3), relatan cuatro casos en niños. Todos tenían anomalías congénitas asociadas, sin sintomatología clínica (figs. 3-A, E y G).

En 1962, RENNER, D. S. y CHILD, Ch. G. (EE. UU.) (9), relatan un caso de un niño de siete semanas de edad que fue operado con diagnóstico de atresia biliar, encontrando una vena porta anómala por delante del páncreas y primera porción del duodeno y posterior a la tercera porción del duodeno. Como se esperaba se halló la atresia biliar, solucionándose con la prótesis en Sterling, J. A. (15) (figura 3-C).

ESTÓMAGO DUODENO

Normal			Situs Inversus		Situs Inversus parcial	
A	B	C	D	E	F	G
19 Casos KNIGHT (1) BERNARD (1) STENGEL (2) PERNKOPF (2) BOLES (2) SONZINI (1) PARISATO PATARO (1)	SNAVELY (1)	RENNER CHILD (1)	PERNKOPF (1)	PERNKOPF (1) BOLES (1)	SCHNITZ- LER (1)	BLOCK (1) BOLES (1) ROVIRALTA (1)
10	1	1	1	2	1	3

La etiología de esta anomalía se explica recordando la embriología.

La vena porta está formada por las venas onfalomesentéricas (vitelinas) derecha e izquierda, las cuales tienen tres anastomosis. La más cefálica descansa dentro del hígado formando la porción transversa del seno portal, llegando a ser la rama izquierda más importante de la división de la vena porta (*pars transversa* de la vena porta izquierda). La anastomosis media descansa en la cara posterior (dorsal) del intestino primitivo. Y la más caudal lo hace sobre la cara anterior (ventral) del intestino.

Cuando el intestino rota, la anastomosis media queda posterior a la primera porción del duodeno, mientras que la anastomosis caudal queda anterior a la tercera porción del duodeno. Parte de las venas onfalomesentéricas derecha e izquierda desaparecen. De esto puede persistir una vena tortuosa alrededor del duodeno, cosa que no pasa si al mismo tiempo el intestino rota de manera que la vena porta en su porción intrahepática corre en línea directa del mesenterio al hígado.

Nueve de los casos relatados tenían a su vez dos o más anomalías congénitas. Tres casos tenían *Situs inversus* y tres *Situs inversus* parcial del estómago y duodeno. Otro caso asociado a neumatosis quística intestinal. El caso de RENNER y CHILD, así como el de BOLES, se hallaban asociados a atresia biliar.

En nuestro caso se mantenía la dirección de la vena porta, indicando que las porciones de las venas onfalomesentéricas habían desaparecido normalmente. La anastomosis media, que tendría que haberse desarrollado posterior al intestino, lo ha hecho en su cara anterior. La anastomosis caudal presentaba una posición normal, ya que pasaba por la cara anterior de la tercera porción del duodeno. La vena porta, de calibre normal, tenía por lo tanto una posición prepancreática, pasando por la cara anterior de la primera porción del duodeno y cubriendo el

coledoco en su totalidad, lo que obligó a una disección cuidadosa y prolija para liberar el coledoco y el cístico para efectuar la colecistectomía. El coledoco era de calibre y aspecto normal (fig. 2).

RESUMEN

Relatamos un caso de vena porta prepancreática colocada por delante del páncreas y de la primera porción del duodeno. Este hallazgo inesperado se realizó durante una colecistectomía. Se han revisado los 18 casos de la literatura mundial. Debe tenerse presente esta vena porta prepancreática, dado que la existencia de esta anomalía puede ofrecer dificultades operatorias.

SUMMARY

A case of pre-pancreatic portal vein is presented. The situation of the portal vein was anterior to the pancreas and first portion of the duodenum.

BIBLIOGRAFÍA

1. BERNARD, L.; PERRY, F. A.; WALKER, M.: *Predudodenal portal vein causing duodenal obstruction with bleeding duodenal ulcer. A case report.* «Ann. Surg.», 150:909;1959.
2. BLOCK, M. y ZIKRIA, E. A.: *Predudodenal portal vein causing duodenal obstruction associated with pneumatosis cystoids intestinalis.* «Ann. Surg.», 153:407;1961.
3. BOLES, E. T. y SMITH, B.: *Predudodenal portal vein.* «Pediatrics», 28:805;1961.
4. GILFILLAN, R. S.: *Anatomic study of the portal vein with its main branches.* «Arch. Surg.», 61:449;1950.
5. KNIGHT, H. O.: *An anomalous portal vein with its surgical dangers.* «Ann. Surg.», 74:697;1921.
6. PATTEN, B. M.: «Human Embriology». Blackiston Co Inc. New York-Toronto, 1953. páginas 642-646.
7. PERKOPF, E.: *Der partielle Situs Inversus der engeweide beim menschen.* «Ztschr. Anat.», 79:577;1926.
8. PERKOPF, E.: *Eine seltene anomalie im verlaufe des pfortaderstammes zugleich ein beitrag zur entwicklungsgeschichte der pfortader beim menschen.* «Ztschr. Anat.», 97:293;1932.
9. RENNER, D. S. y CHILD, CH. G.: *Prepancreatic portal vein. Case report.* «Ann. Surg.», 157:481;1963.
10. ROVIRALTA, E.: *Vena porta predudodenal y otras malformaciones.* «Rev. Española Pediatría», 14:487;1958.
11. SCHNITZLER, J.: *Ueber eine eigentumliche missbildung mit stenosierung des magenausgangs.* «Med. Klin.», 22:723;1926.
12. SNAVELY, J. G. y BREAKELL, E.: *Fatal hemorrhage from esophageal varices due to malformations and congenital stenoses in the portal venous system.* «Am. J. Med.», 16:459;1954.
13. SONZINI ASTUDILLO, C.: *Variedad anatómica de la vena porta. Hallazgo quirúrgico.* «Prensa Med. Argentina», 38:2148;1951.
14. STENGEL, F.: *Über zwei fälle von predudodenal verlauf der pfortader bei normaler lage von amgen und duodenum.* «Ztschr. Anat.», 102:661;1934.
15. STERLING, J. A.: *An artificial biliary tree for use in biliary agenesis.* «J. Albert Einstein Med. Ctr.», 8:218;1960.
16. TESTUT, L. y LATAJET, A.: «Tratado de Anatomía Humana», Ed. Salvat, Barcelona 1930.