

HIPERTENSION PORTAL

Clasificación, diagnóstico y tratamiento

Dr. Lázaro Quevedo Guanche (1)

1. Clasificación

- 1.1. Causas infrahepáticas (presinuoidal)
 - 1.1.1 Cavernomatosis de la vena porta.
 - 1.1.2 Estenosis de la vena porta.
 - 1.1.3 Hipoplasia de la vena porta.
 - 1.1.4 trombosis de la vena porta o de la vena esplénica.
 - 1.1.5 Compresiones extrínsecas de las venas porta o esplénica.

- 1.2. Causas hepáticas (sinusoidal)
 - 1.2.1 Cirrosis portal
 - 1.2.2 Cirrosis posnecrótica.
 - 1.2.3 Cirrosis biliar.
 - 1.2.4 Enfermedad venoclusiva.

- 1.3. Causas suprahepáticas (posinusoidal)
 - 1.3.1 Obstrucción de las venas suprahepáticas.
 - 1.3.2 Obstrucción de venas suprahepáticas y de la cava inferior.

2. Diagnóstico

2.1. Cuadro clínico:

2.1.1. Causas infrahepáticas.

- 2.1.1.1. Antecedentes de onfalitis neonatal, exanguinotransfusión, deshidratación grave, inyección generalizada, procesos inflamatorios o tumores cercanos.
- 2.1.1.2. La hemorragia gastrointestinal es lo más frecuente.
- 2.1.1.3. La esplenomegalia es el signo físico más común al inicio del cuadro clínico pudiendo estar aislada sin otros signos clínicos, acompañada de hiperesplenismo, siendo frecuentemente voluminosa.
- 2.1.1.4. El hígado es normal, lo que contribuye a que se soporten mejor los sangramientos digestivos que en la variedad intrahepática.

(1) Dr. en Ciencias Médicas. Profesor Titular de Cirugía, I.S.C.M.-H.
Especialista de 2do. Grado en Cirugía General. Hospital C. Q. Docente
Hermanos Ameijeiras. Miembro del Grupo Nacional de Cirugía del MINSAP.

2.1.2. Causas intrahepáticas

2.2.1.1. Antecedentes de hepatitis, alcoholismo, malnutrición y obstrucción de las vías biliares extrahepáticas.

2.2.1.2. Los trastornos principales son la hematemesis, ictericia, hepatomegalia o esplenomegalia. La ascitis y la circulación colateral son signos tardíos.

2.2.1.3. Se toleran mal los sangramientos.

2.1.3. Causas suprahepáticas

2.3.1.1. Antecedentes de desnutrición o de diarreas crónicas.

2.3.1.2. Con frecuencia se palpa el hígado voluminoso, acompañado de ascitis y circulación colateral.

2.3.1.3. La esplenomegalia no existe a veces y el sangramiento digestivo es de rara observación.

- La hipertensión portal de causa infrahepática es la más frecuente en los niños y jóvenes, ya que casi siempre se trata de lesiones congénitas o adquiridas en la infancia.

- Las causas hepáticas son las más comunes en la edad adulta. Entre ellas predomina la cirrosis hepática.

- Las causas suprahepáticas son poco frecuentes y las várices a que dan lugar tienen poca tendencia al sangramiento.

2.2. Exámenes de diagnóstico:

2.1.1. Radiografía de esófago, estómago y duodeno en capa delgada.

2.1.2. Esofagoscopia.

2.1.3. Arteriografía del tronco celíaco y mesentérica superior con fase venosa.

2.1.4. Esplenoportografía y manometría por punción esplénica.

2.1.5. Umbilicoportografía con manometría.

2.1.6. Ultrasonografía y doppler (Estado del sistema portal).

2.1.7. Exámenes de laboratorio:

2.1.7.1. Hemograma.

2.1.7.2. Bilirrubina total y fraccionada.

2.1.7.3. Transaminasas.

2.1.7.4. Proteínas totales y fraccionadas.

2.1.7.5. Electroforesis de proteínas.

2.1.7.6. Amoníaco en sangre .

3. Tratamiento

3.1. Sangramiento por várices esofagogástricas

3.1.1. Tratamiento médico:

3.1.1.1. Tratamiento del shock (Ver el presente manual). Se debe utilizar preferentemente sangre fresca.

3.1.1.2. Taponamiento de las várices mediante la sonda de balón (Sengstaken-Blakemore):

- a. Probar antes los balones con un volumen presumiblemente compresivo.
 - b. Introducir por vía nasal hasta evacuar el contenido gástrico.
 - c. Insuflar el balón gástrico con 200 ml de aire se puede añadirse un ampula de azul de metileno (5 ml) y un ampula de contraste yodado.
 - d. Tracción de la sonda con medio kilogramo de peso aproximadamente.
 - e. Si se estima necesario se insuflará el balón esofágico con control manométrico de 30 a 40 mm. de mercurio.
 - f. Desinflar los balones a las 48 horas asi como la tracción dejándolo in situ.
 - g. Si se controla el sangramiento se retira la sonda a las 24 horas posteriores.
 - h. Si el paciente sangra nuevamente se debe colocar nuevamente la sonda, insuflar y llevar al salón para tratamiento quirúrgico de las várices.
 - i. Se deben realizar aspiraciones faringoesofágicas frecuentes mientras dure el taponamiento.
 - j. En los niños se usará sonda de balón infantil llenando el balón con 60ml de agua.
- 3.1.1.3. Profilaxis de la encefalopatía hepato amoniaca:
- a. Aspiración gástrica cada 3 horas.
 - b. Magma de magnesia 30 ml cada 6 horas.
 - c. Neomicina 1,5 grs cada 6 horas.
 - e. Enemas evacuantes cada 8 horas.
- 3.1.1.4. Balance hidromineral. (Ver normas).
- 3.1.1.5. Vitaminoterapia:
- Vitamina K 25 a 50 mgs por vía IM o EV cada 12 horas
- 3.1.1.6. Si las condiciones del paciente lo permiten, antes de pasar el balón se debe realizar una endoscopia o un estudio contrastado de esófago, estómago y duodeno. Mas del 50 % de las hemorragias digestivas altas en el cirrótico son por várices.
- 3.1.1.7. Otra alternativa terapéutica es la escleroterapia, que puede realizarse con cianoacrilato o con el método de ligaduras endoscópicas de las mismas. La escleroterapia o ligadura deben de ser realizadas de inmediato y proseguirse las sesiones hasta la erradicación de las várices en sesiones semanales o quincenales.
- 3.1.1.8. Puede utilizarse la Vasopresina por vía endovenosa, teniendo cuidado con la necrosis de piel, para lo que debe administrarse por vía venocentral.
La dosis habitual es de 0,4 a 0,9 U/min. Puede producir caída del débito cardíaco, de la frecuencia cardíaca y

ascenso de la presión arterial, para reducir estos cambios se usa simultáneamente Nitroglicerina en dosis sublingual de 0,4 mg. Existe la posibilidad de uso de la Somatostatina o análogo de alto costo, aun cuando más efectivo. Se usa al igual que la Vasopresina asociados al balón de Sengstaken-Blakemore.

3.1.1.9. Se ha agregado en los últimos años la posibilidad, que no poseemos aun en el país, de hacer una anastomosis portosistémica intrahepática por vía transyugular (TIPS: transyugular intrahepatic portosystemic shunt) su indicación más clara es la hemorragia digestiva por várices irreductible por otros medios, se ha extendido su uso en los pacientes con ascitis intratable, siendo buena indicación en los pacientes que han sangrado en espera del trasplante hepático

3.1.1.10. Si no se resuelve el sangramiento con tratamiento médico se debe tomar una conducta quirúrgica pudiendo ser la ligadura transesofágica de las várices por vía torácica o la vía abdominal transgástrica. Podría ser utilizada con este fin alguna técnica de desconexión ácigo-portal o una resección esofágica.

Una técnica relativamente sencilla para producir una desconexión ácigo-portal es ligar los vasos de la coronaria estomáquica , ligar los vasos cortos gástricos y ligadura de la arteria esplénica. Una transección esófagogástrica con la pinza PKS 25 puede también ser utilizada.

3.1.2. Tratamiento de la Hipertensión portal:

3.1.2.1. El tratamiento moderno de esta entidad es el trasplante hepático, que se viene realizando con éxito en nuestro país para lo cual el paciente debe reunir las siguientes condiciones :

- a. Debe tener una enfermedad hepática progresiva e irreversible, siendo la esperanza de vida menor de un año.
- b. La enfermedad hepática y sus complicaciones deben ser insolubles por tratamiento médico o quirúrgico estandar.
- c. No deben haber contraindicaciones para el mismo debiendo ser evaluado por los grupos que se dedican a su realización en el país.

3.1.2.2. El resto de los pacientes o aquellos que no pueden ser trasplantados por diversos motivos el tratamiento de elección consiste en una derivación quirúrgica del sistema portal hacia la Vena Cava Inferior que debe ser realizada en un centro docente con experiencia suficiente, preferiblemente de nivel terciario.

3.1.2.2. Indicaciones de la derivación porto-sistémica:

- Pacientes con historia de 1 o más sangramientos y después de la recuperación de uno reciente.
- Hiperesplenismo secundario asociado
- Pacientes con ascitis refractaria a tratamientos médicos

3.1.2.3. Selección de los pacientes con Cirrosis hepática para derivación electiva:

- Deben ser clasificados teniendo en cuenta la clasificación de Child en 3 grupos A, B y C, para su mejor pronóstico.
- Las condiciones óptimas para la derivación serán:
- Pruebas de suficiencia hepática:
- Bilirrubina menor de 1,5 mgs
- Bromosulfaleína menor del 25 % de retención a los 45 minutos
- Albuminemia mayor de 3,5 gr.
- Tiempo de protrombina: menor de 5 seg. de diferencia con el patrón normal.
- Hemoglobina no menor de 12 grs.

3.1.2.4. Técnicas quirúrgicas a emplear:

- Generalmente la selección de la técnica a realizar se basa en el tipo de hipertensión portal si es prehepática, de causa hepática o posthepática.
- Los pacientes todos deben tener estudios vasculares que confirmen el tipo de hipertensión y que demuestren objetivamente el estado del sistema portal y de la Cava inferior para la correcta realización de las anastomosis.
- Una esplenopografía por punción esplénica con manometría es un excelente estudio casi siempre necesario.
- También una Arteriografía hepática con fase venosa puede estar indicada.
- En algunos casos es necesario una Cavografía con visualización de las venas suprahepáticas en los casos de causa posthepática.
- Cuando se va a realizar una derivación esplenorrenal hay que practicar un urograma descendente para valorar las condiciones anatómicas y fisiológicas del tracto urinario.
- La cirugía derivativa está destinada a desviar el flujo del sistema portal hacia el sistema cava. Esto se logra mediante diversas técnicas :
- El shunt esplenorrenal en los bloqueos infrahepáticos y cuando haya hiperesplenismo.
- La anastomosis mesentérico cava se indica cuando existe bloqueo de la vena porta y de la esplénica, pudiendo ser realizada con injerto de vena autóloga, como sería la interposición de vena yugular o por

prótesis.

- Las anastomosis portocava termino lateral o latero lateral, preferentemente en los bloqueos intrahepáticos.
- El shunt esplenorrenal distal (Warren) es una excelente técnica que ha demostrado menos encefalopatía postshunt comparados con los otros pero que sólo debe realizarse en los pacientes clasificados en Child A o A-B.
- De todos los métodos utilizados ninguno ha mejorado la sobrevida en los enfermos por eso se ha favorecido mucho el trasplante que si lo logra.
- Parece razonable utilizar los que se manejen mejor en el lugar en que se van a realizar, aunque los resultados están en relación directa con el estado de los enfermos, por lo que es preferible tratarlos en el nivel terciario.
- En los niños generalmente las derivaciones no son efectivas y con frecuencia se trombosan por lo que es preferible tratarlos con la esclerosis o ligaduras de las várices o algunos de los métodos quirúrgicos no derivativos de ahí que lo indicado en ellos sea el trasplante hepático. En el caso de la cavernomatosis de la porta no tienen indicación de trasplante. Tiene buen resultado la esplenectomía parcial en caso de hiperesplenismo en pacientes que deben ser bien valorados con el hematólogo.