

# CASOS DE INTERES

## HIPERTENSION PORTAL DE ORIGEN TRAUMATICO

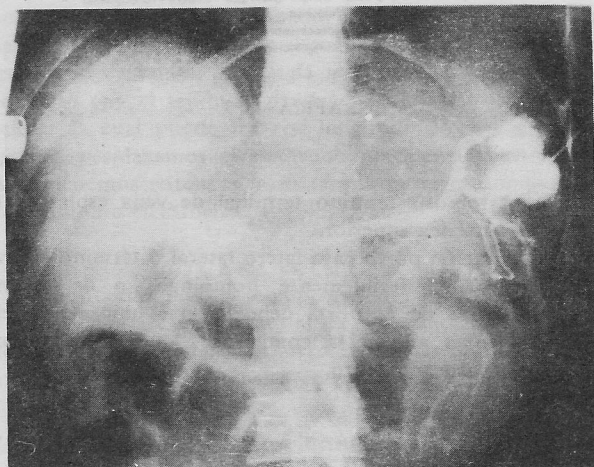
ADOLFO VELEZ GIL, M. D. \*

GREBY MEDINA, M. D. \*\*

O. J. E. historia Clínica ( Hospital Universitario del Valle No. 28 - 61 - 99 ) de 20 años, sexo masculino, empleado en una farmacia, procedente de Cerrito, el 24- III - 68 recibió herida con arma cortopunzante en hipocondrio izquierdo; ingresó al Hospital Universitario del Valle, en estado de shock y abdomen defendido.

Hallazgos en laparotomía : hemoperitoneo 4.000 cc.; herida perforante en vena porta; 2 heridas en lóbulo izquierdo del hígado y otra en la 3a. porción del duodeno. Como tratamiento se suturaron las distintas heridas.

Tres semanas después, una esplenopografía ( Gráfica No. 1 ) demostró estrechez de la vena en el sitio de las suturas, circulación colateral; en estas circunstancias el paciente solicitó alta; 6 semanas después una esofagografía ( Gráfica No. 2 ) tomada por Consulta Externa mostró várices esofágicas, en esta ocasión se le propuso una derivación portosistemática que no aceptó.



GRAFICA No. 1



GRAFICA No. 2

### CONSIDERACIONES ANATOMOFISIOLOGICAS Y FISIOPATOLOGICAS DEL SISTEMA PORTAL.

Recordamos que la vena porta recibe sangre del estómago, duodeno, páncreas, bazo, intestino delgado, colon y porción superior del recto a través de las venas : mesentéricas, esplénica, coronarias estomacales, cística etc., originándose el tronco venoso y portal detrás del istmo pancreático, frente de vena cava inferior a nivel de la 2a. vértebra lumbar, asciende por detrás de la 2a. porción del duodeno, hacia el epiplón menor por detrás del colédoco y la arteria hepática dividiéndose en sus ramas en el hileo hepático.

La lenta circulación con flujo venoso portal de 1.000 cc. por minuto, suministra el 60 a 80% de oxígeno al hígado; contiene en sus sistema el 20% del volumen sanguíneo total, cuya obstrucción o bloque agudo conduce a consecuencias peligrosas de orden cardiovascular; la obstrucción crónica produce alteraciones en los órganos desde los cuales y a los que es transportada la sangre, la presión venosa portal es de 6 a 10 mm. de Hg. superior a la presión de la vena cava inferior.

### COMENTARIOS Y DISCUSION

Aunque es rara la hipertensión Portal de origen traumático

\* Jefe del Departamento de Cirugía. División de Ciencias de la Salud. Universidad del Valle. Cali, Colombia.

\*\* Residente de 4o. año en el Servicio de Cirugía General. Departamento de Cirugía.

tico, es una de las causas que manejadas adecuadamente, puede prevenir su desarrollo de ulterior aparición.

En año 1958 Niedner y Mattas ligaron la vena porta de dificultades en el reparo, como consecuencia el paciente hizo hipertensión Portal, que requirió una derivación esplenorrenal con buen resultado.

En 1960 Patton y Johnston ( 1 ) reportan 2 casos de hipertensión portal secundaria a heridas de vena porta con arma de fuego, que presentaron hematemesis y melenas tres meses y un año después, respectivamente, a quienes se les practicó derivación de vena colateral de la vena mesentérica a vena cava inferior con aceptables resultados.

En el año 1958 en el Hospital Universitario del Valle un paciente con heridas en vena porta, las cuales se suturaron presentó hipertensión portal; al revisar heridas de la vena porta encontramos 6 casos.

A continuación se describen brevemente las características de estos 6 casos. En 4 el tipo de arma era cortopunzante. En cuanto a la localización se observó que en dos casos era en el origen de la porta uno en el tronco venoso y otro en la rama derecha. En dos casos la localización no estaba descrita. En todos los casos con excepción de uno, se trataba de sección incompleta o laceración. El tratamiento aplicado fué sutura en 5 casos y ligadura en uno. La mortalidad fué de cuatro, dos en sala de operación, uno en la sala de recuperación y uno en sala general. De los dos sobrevivientes al escribir este relato, uno estaba asintomático y el otro tenía hipertensión portal.

La trombosis venosa portal de origen traumático reconoce como causas :

Las lesiones directas de diversos tipos : cortopunzante, por arma de fuego, accidentes de trabajo.

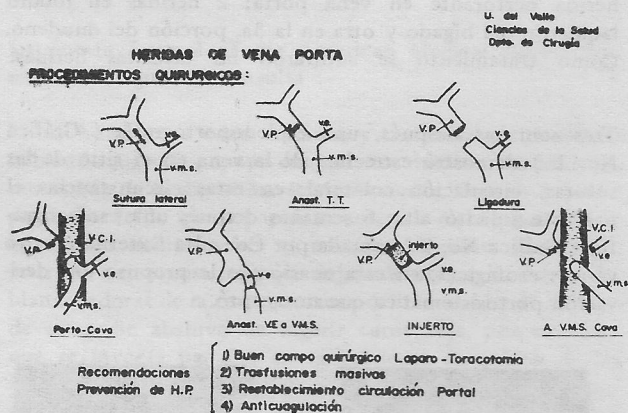
Los cuadros de hematemesis, palidez, circulación colateral en hemiabdomen superior, pruebas de funciones hepáticas normales antecedentes de herida en hipocondrio derecho nos debe hacer pensar en hipertensión portal traumática, que se confirma por medio de esófagografía, esplenopografía.

Hasta el año 1938 la ligadura de vena porta se consideraba mortal tanto en los animales como en los humanos; el conocimiento de fisiología portal las transfusiones de sangre, el control de líquidos y electrolitos y el uso de antibióticos han mejorado notablemente el manejo de estas heridas.

Para evitar problemas de hipertensión portal, debe hacerse reparo adecuado de la lesión venosa. Como recomendación especial antes de individualizar la porta, comprimir el pedículo hepático con presión digital y ampliar el campo operatorio prolongado la incisión hacia el tórax, transfusiones masivas de sangre, expansores y soluciones electrolíticas. Anticoagulación con heparina 2 miligramos ( Kgrs ) peso por día durante la operación y hasta 1 semana después (4). Es importante el uso de agujas y material adecuado. ( Gráfica No. 3 ).

Transcribimos el informe de pautas quirúrgicas que presenta J. G. Fish ( 2 ) :

1. Reparación lateral por laceración.
2. Anastomosis término terminal con y sin resección de pequeños segmentos de vena, para secciones completas de acuerdo al tipo de herida.



GRAFICA No. 3

3. Anastomosis término terminal de vena esplénica o mesentérica superior.
4. Derivación porto cava latero lateral o término lateral
5. Injertos preferiblemente homólogos o de teflán.
6. Ligadura de la porta debe hacerse únicamente en pacientes en malas condiciones que no permitan otro procedimiento.

#### REFERENCIAS.

1. Patton T. B., Johnston G. G., Portal hypertension as the result of Penetrating Abdominal Trauma. Amer. J. Surg. 99 : 651, 1960.
2. Fish J. C., Reconstruction of the portal Vein, case reports and Literature review. Amer. Surgeon 32 : 472, 1966.
3. Syunbas P. N. et al. Experimental vein grafting in the portal venous system. Surgery 50 : 1, 1961.
4. Beach, M., Torrer E. y col. Acute occlusion of the portal vein in dogs. Surg. Gynec. Obstet. 121 : 766, 1965.