

**Jornadas Nacionales del Centenario
de la SAP**

Mendoza, marzo de 2011

Mesa Redonda

Hemorragia Digestiva Alta

24/03/2011 – 15 hs

Tratamiento Quirúrgico de la HTP

Dr. Luis D. Rojas

Hospital "Prof.Dr. J.P. Garrahan"

Medico Principal del Servicio de Trasplante
Hepático

NIVELES DE TRATAMIENTO

- **1° Nivel: trata el síntoma HDA**
- **2° Nivel: trata la hipertensión portal (HTP)**
- **3° Nivel: trata la enfermedad en forma global**

NIVELES DE TRATAMIENTO

nivel 1

Tratamiento del síntoma **HDA**

Supresión de las várices:

- A) Esclerosis
- B) Ligadura (banding)
- C) Desvascularización **E-G** (Sugiura)
- D) Técnicas endovasculares

NIVELES DE TRATAMIENTO

nivel 1

Procedimientos Endoscópicos- PROS

- Resuelven el sangrado agudo en forma rápida y efectiva
- Es poco invasivo
- Requiere menos infraestructura que la cirugía
- Da espacio para estabilizar al paciente y derivarlo a mayor complejidad si lo necesita
- Puede ser utilizada en HTP de toda etiología

NIVELES DE TRATAMIENTO

nivel 1

Procedimientos Endoscópicos- CONTRA

- Alta tasa de recidivas
- No trata la hipertensión portal
- Se puede utilizar un # limitado de veces
- Puede provocar lesiones esofágicas
- Dificultad c/ varices de techo
- Riesgo de caída de escara y re-sangrado dentro de la semana

NIVELES DE TRATAMIENTO

nivel 2

TRATAMIENTO DE LA HTP

DERIVACIONES PORTO-SISTEMICAS

Percutáneas: TIPS

QX: A) espleno-renal



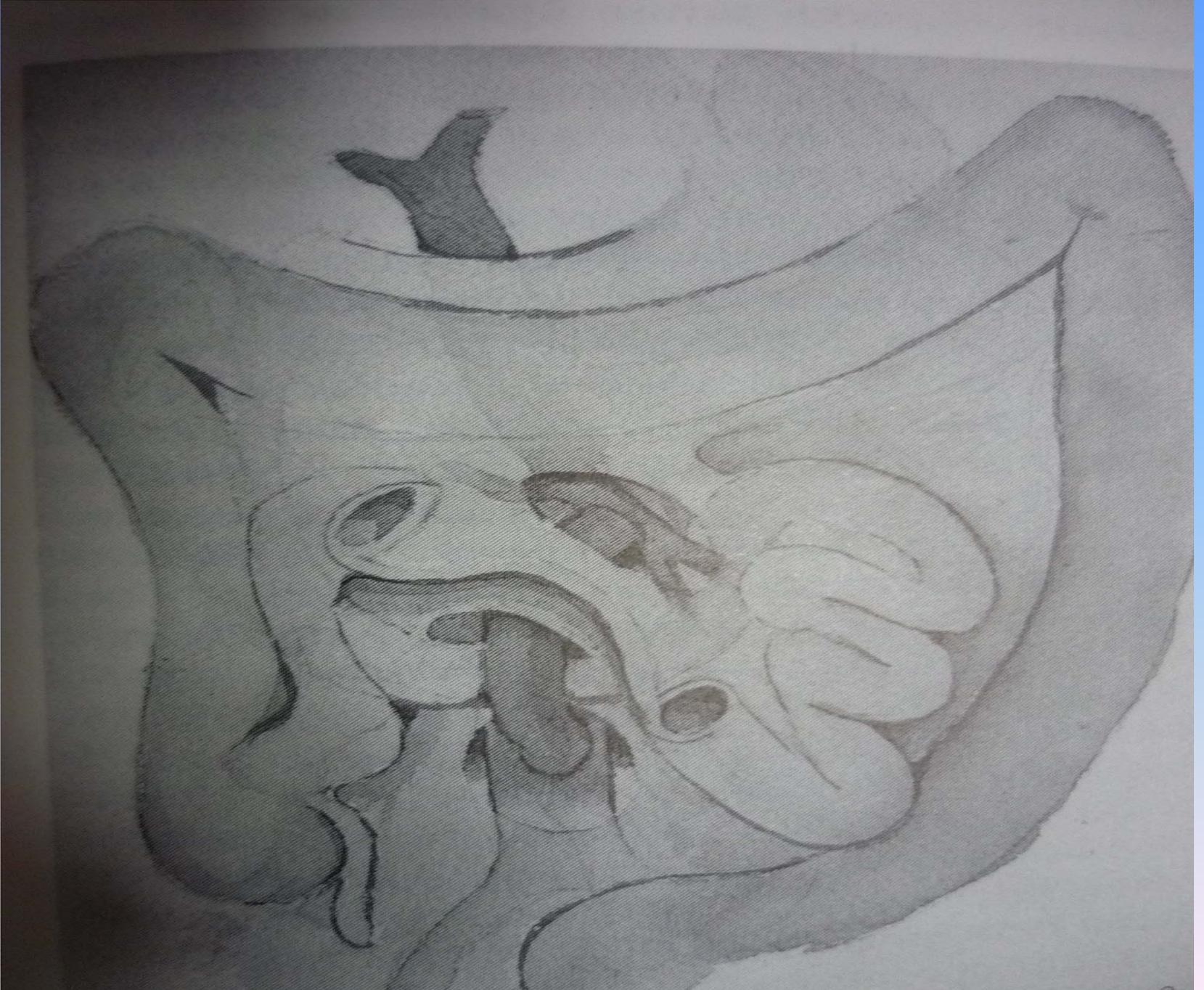
L-L (mejor)

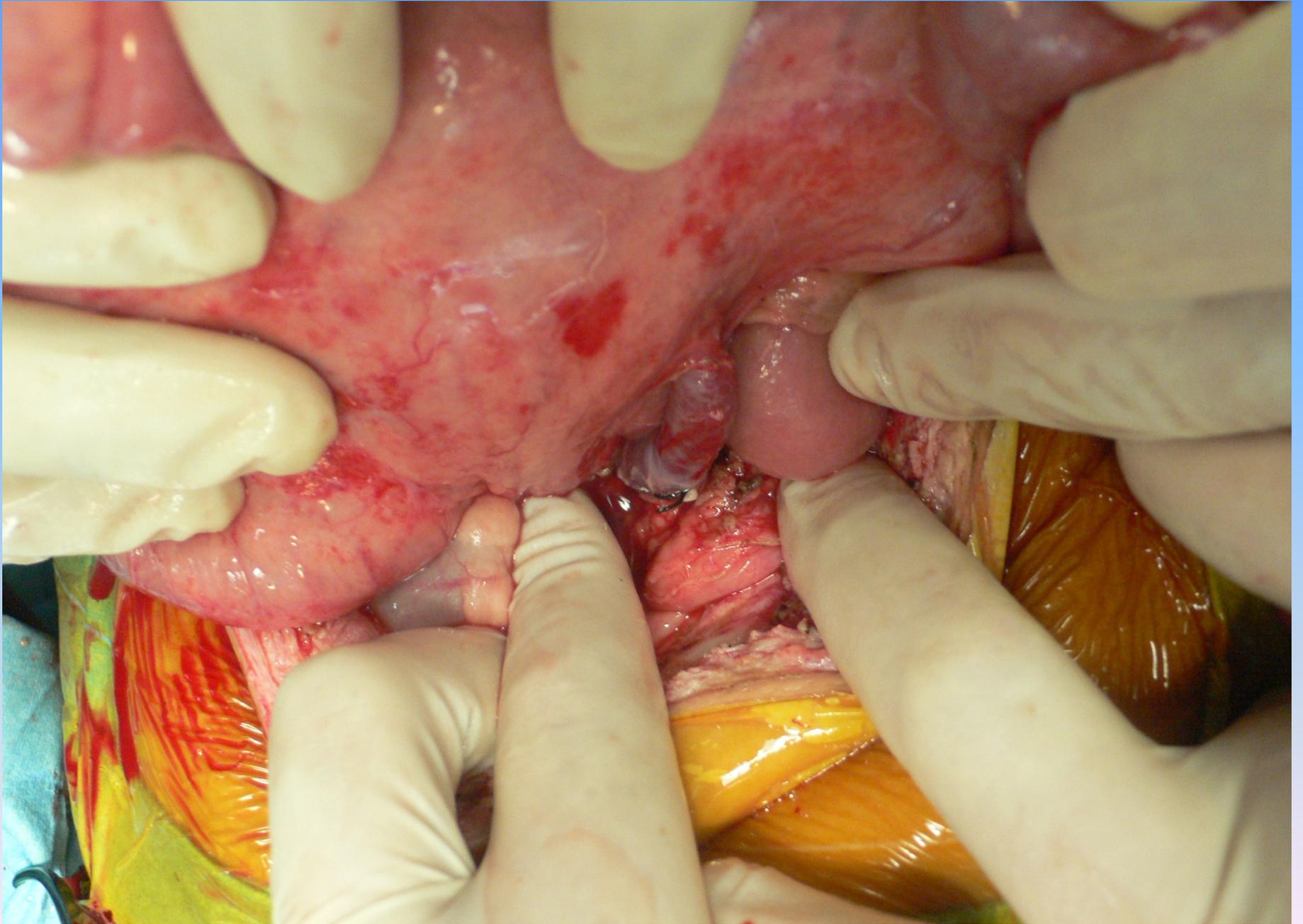


T-L

B) meso- cava con interposición yugular

C) meso-atrial





NIVELES DE TRATAMIENTO

nivel 2

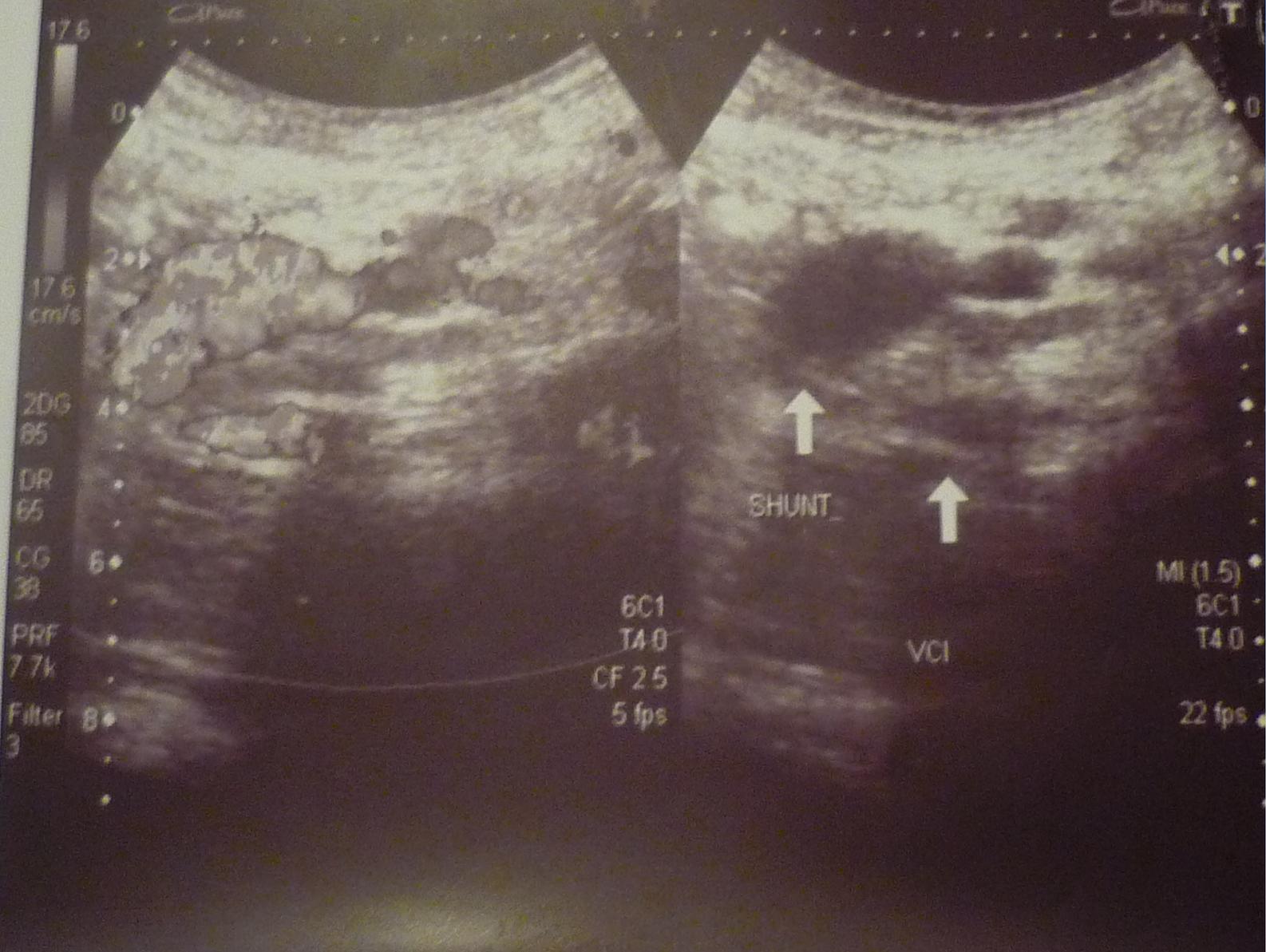
DERIVACIONES P-S : PROS

- Tratan la HTP
- Rápida caída de la presión portal y mejoría del hiperesplenismo
- Buena función en hígados con ↑ resistencia
- Cirugía segura en manos expertas
- Baja tasa de disfunción y/o trombosis
- Bien toleradas en HTP pre-hepática y FHC
- E-R ↔ M-C

TOSHIBA

MAZO ANANIAS:- - O
Hospital J. P. Garrahan - OPE - Adulto

10/03/20
09:40



TOSHIBA

Hospital J. P. Garrahan - OPE - Adulto

09:40

#16

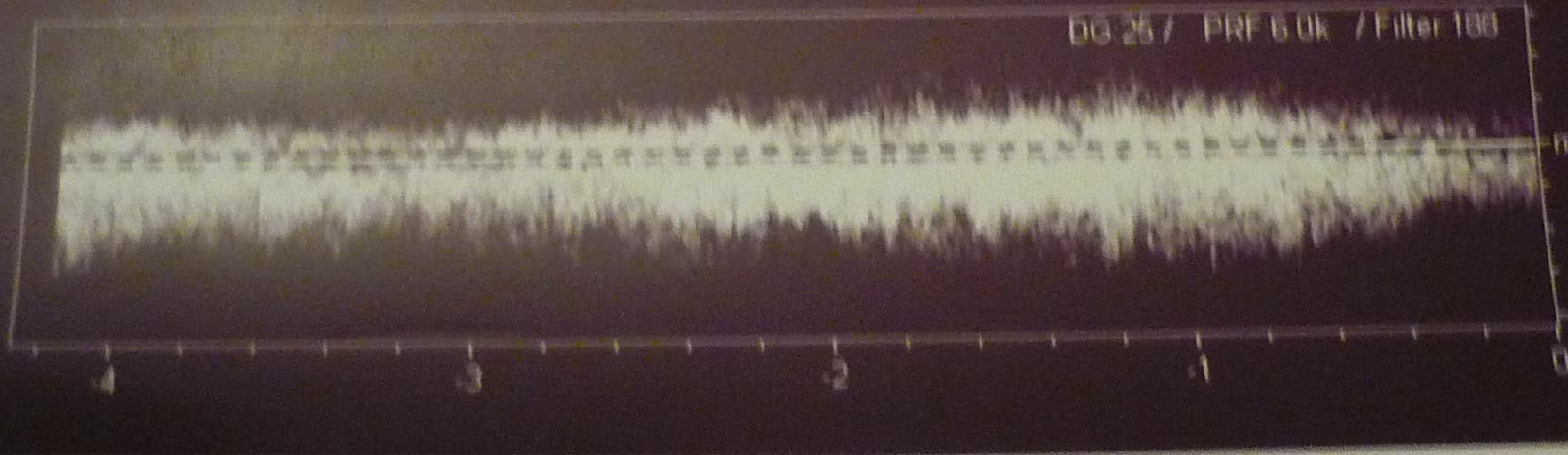


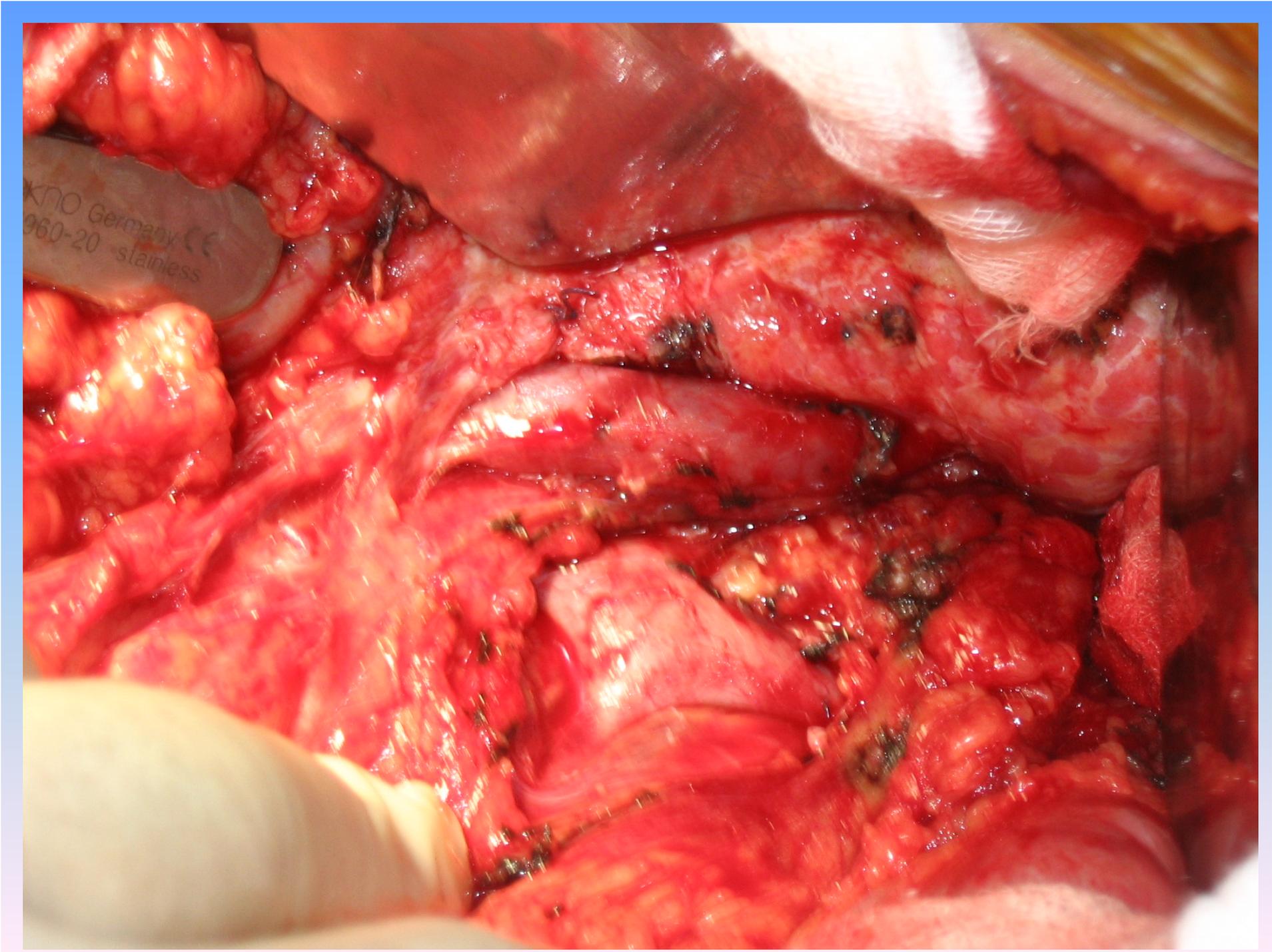
0*
2*
4*
6*
8*

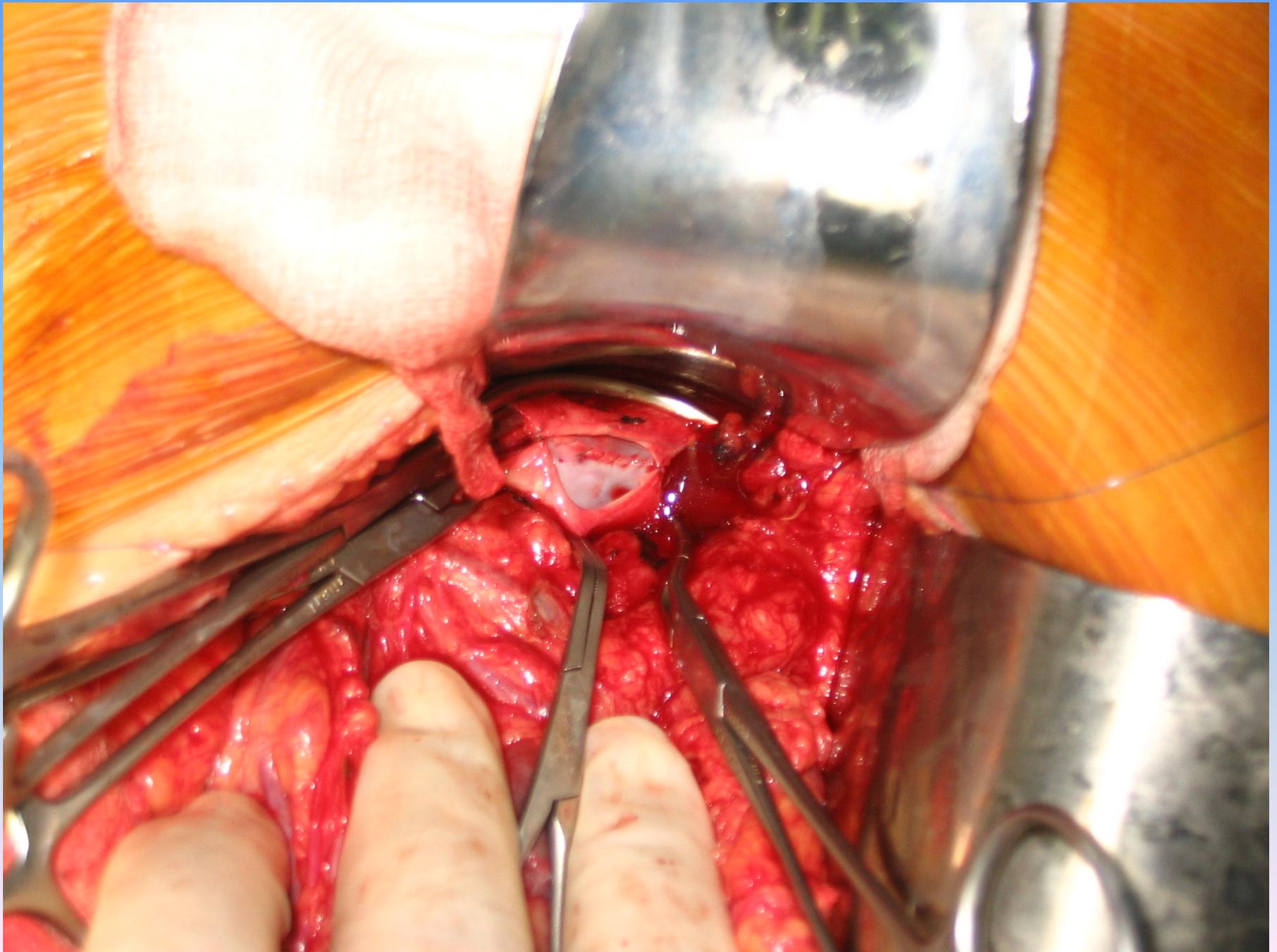


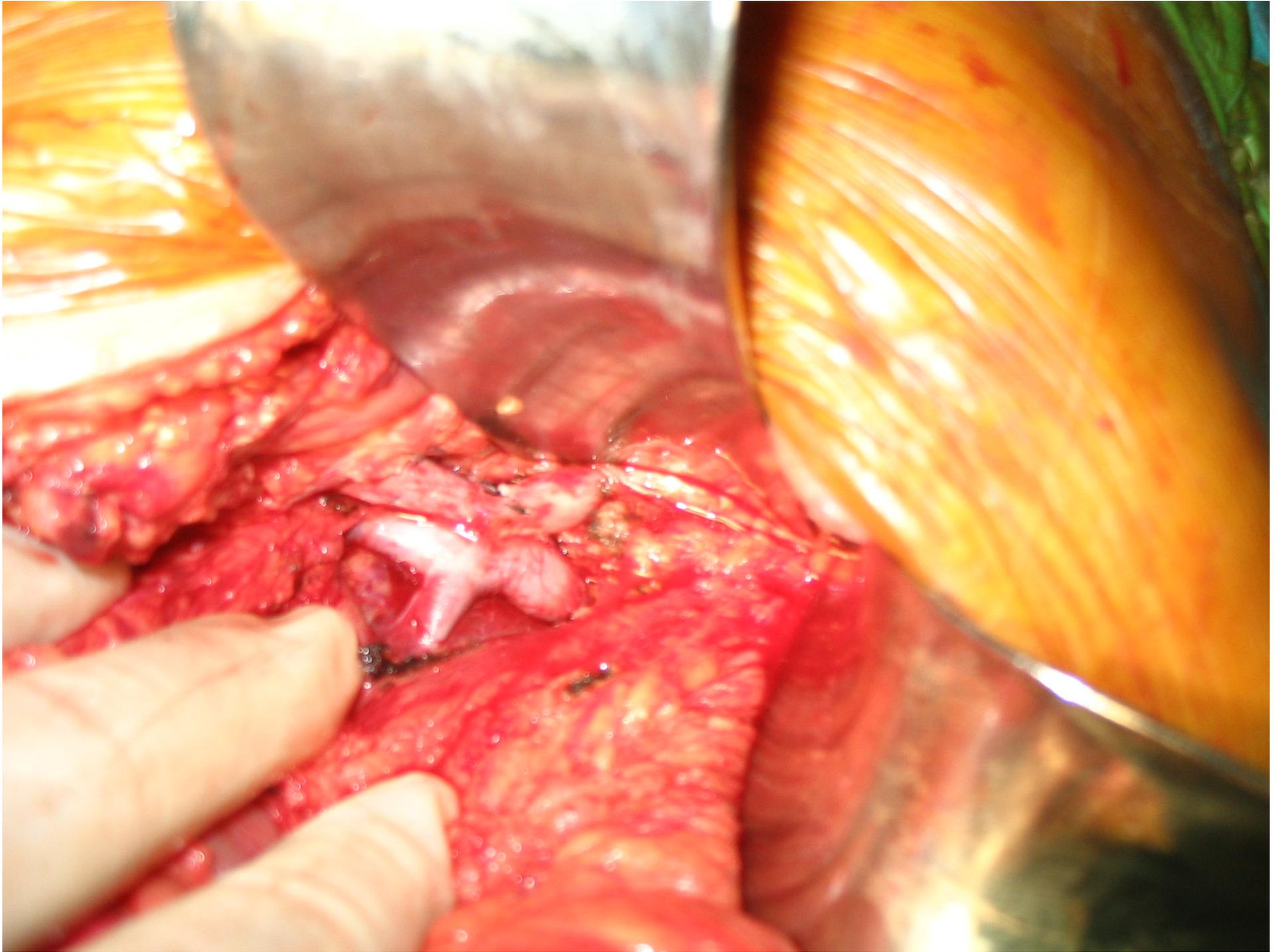
6C1
T40
CF 25
2 fps
30 °
3.0cm

CG 257 PRF 6.0k / Filter 100







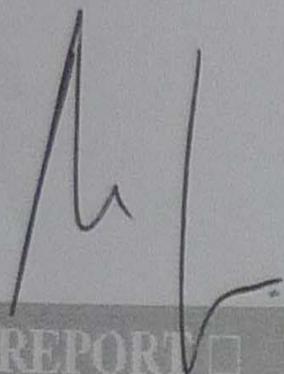


NIVELES DE TRATAMIENTO

nivel 2

DERIVACIONES P-S: CONTRAS

- Mantienen = o empeoran el flujo hepatópeto
- Contraindicados en SHP e HTAP
- Dieta hiperproteica ↑ amonio. Encefalopat?
- Trastornos neurocognitivos
- Aparición de HNF y adenomas en PO tardío
- En pacientes cirróticos Child A puede acelerar el deterioro de la función hepática



INTERNAL MEDICINE

□ CASE REPORT □

Hyperplastic Nodular Hepatic Lesions Following End-to-side Portacaval Shunting in Childhood

Nobuyoshi Fukushima¹, Ryoko Kuromatsu¹, Daiji Uchiyama², Satoshi Itano^{1,3}, Akio Takata¹,
Eiji Ando¹, Shuji Sumie¹, Takuji Torimura¹, Masafumi Uchida², Osamu Nakashima⁴,
Masamichi Kojiro⁴ and Michio Sata¹

NIVELES DE TRATAMIENTO

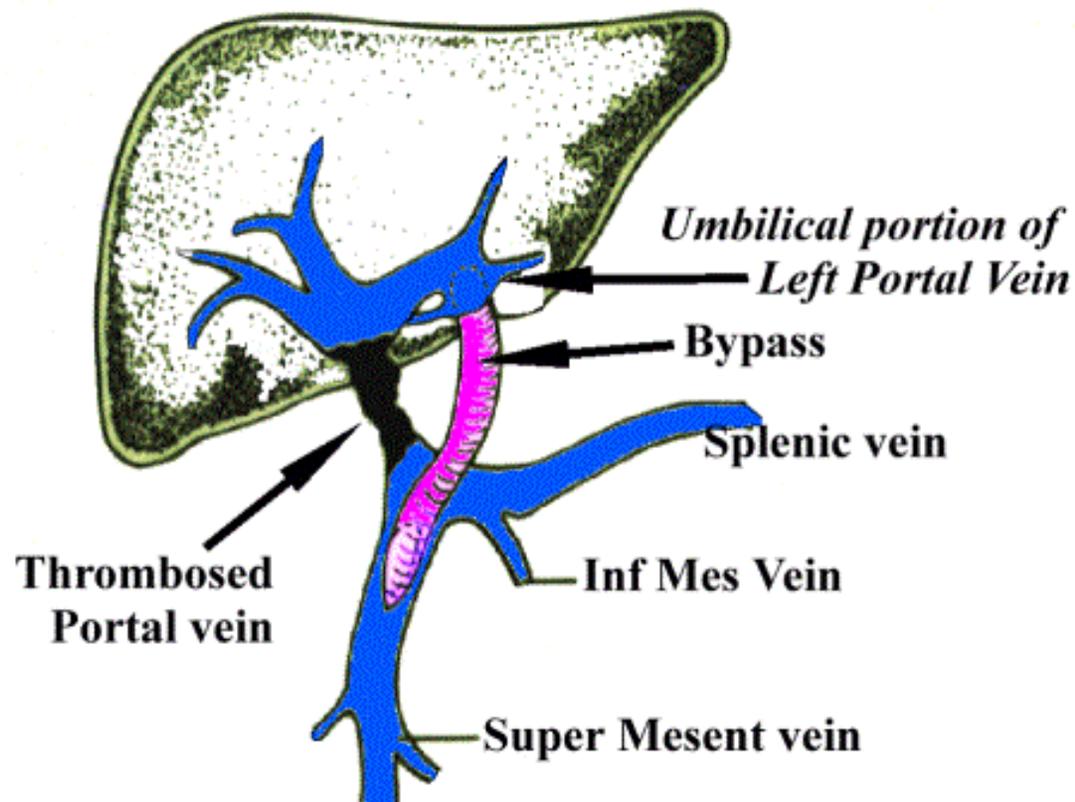
nivel 3

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

- Bypass PORTO-PORTAL (M-REX)
- TRASPLANTE HEPATICO (solo p/ casos excepcionales)

Meso-portal bypass - Concept:

This bypass route the blood flow through the liver which restore physiology



NIVELES DE TRATAMIENTO

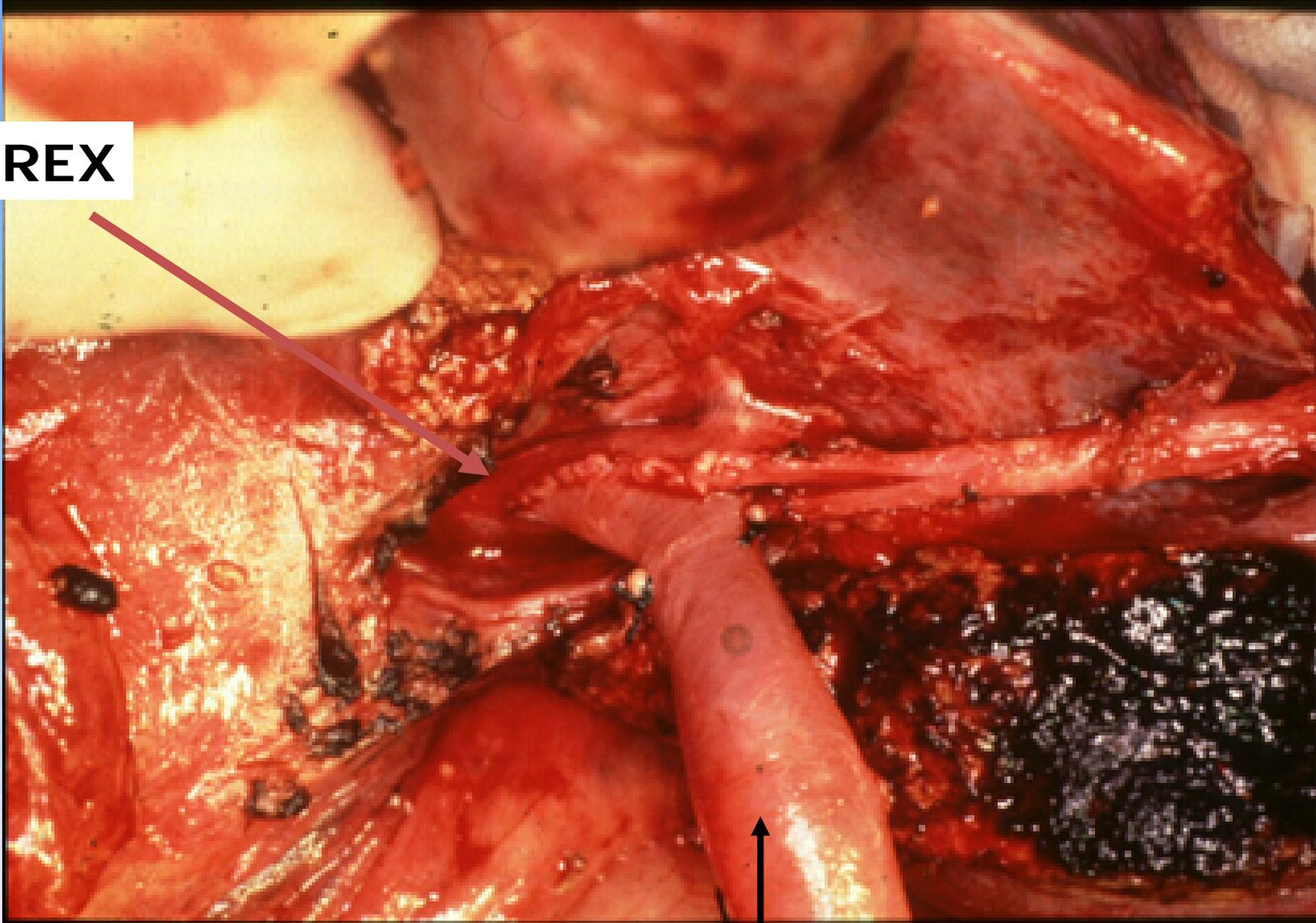
nivel 3

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

Bypass P-P o meso-Rex: PROS

- Restablece la hemodinamia porto-hepática
- Mejora la perfusión del hepatocito
- Sin riesgo de SHP o de HTAP
- Sin riesgo de encefalopatía PS
- Sin riesgo de tumores
- **Shunt c/buena función= paciente curado!!!**

REX



**BYPASS
VVI**

NIVELES DE TRATAMIENTO

nivel 3

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

Derivación Meso-Rex: CONTRA

- Sólo para hígados "sanos"
- Requiere R-Rex y VP izq. Permeables
- Requiere injerto yugular...
- La HTP y sus síntomas tardan un poco más en resolverse
- Anticoagulación???

UTILIDAD en TXH

- La trombosis de la vena porta es una complicación relativamente frecuente (5%) en pacientes trasplantados.
- El bypass P-P resuelve la HTP preservando la perfusión portal intrahepática y por ende el injerto
- Las derivaciones P-S son una 2^o opción, resuelven la HTP, pero pueden presentar complicaciones a mediano y largo plazo en el paciente trasplantado y/o su injerto

USO DE VENA YUGULAR INTERNA AUTOLOGA EN LA TVP EN EL POSTRASPLANTE HEPATICO PEDIATRICO

Servicio de Trasplante Hepático Hospital Prof. J.P.Garrahan



Incidencia TVP en 260 TxH: 9 pac. (3,4%)

Por qué VVI autóloga?

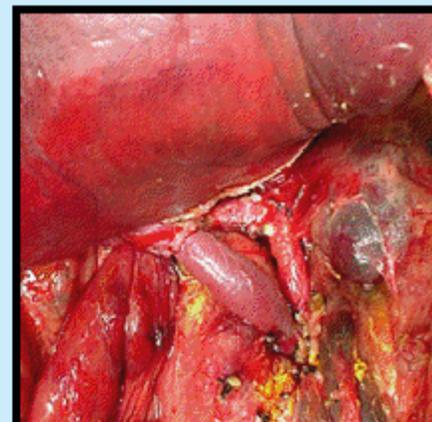
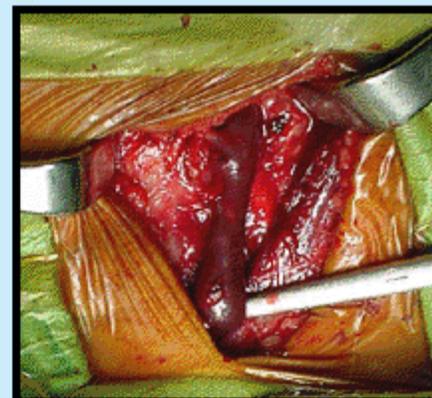
- Longitud y diámetro adecuado.
- Paredes delgadas y sin válvulas.
- Alta tasa de permeabilidad en las derivaciones meso-cava.
- Sin secuelas alejadas por su resección.

Cuando utilizarla?

- Cuando la TVP es sintomática.
- No se dispone de injerto venoso del donante
- No son aconsejables, el uso de prótesis sintéticas ni criopreservadas.

Resultados: 2 Pacientes

- 1 vivo con porta permeable.
- 1 muerto 12 d. con porta permeable.



CONCLUSIONES I

- El tratamiento de la HTP se debe adaptar a cada paciente y situación clínica.
- Amplio espectro de posibilidades terapéuticas, permiten el tratamiento más adecuado para cada caso.
- La técnica del meso-Rex abre un nuevo panorama en el tratamiento de la HTP prehepática.

CONCLUSIONES II

- La derivación MESO-REX plantea la posibilidad de restablecer la perfusión portal intrahepática
- Se evitarían de esta manera las potenciales lesiones hepáticas por hipoperfusión
- Se evitarían las potenciales alteraciones de la vasculatura pulmonar ocasionadas por el shunteo (SHP y HTAP)

CONCLUSIONES III

- La derivación **M-R** es la solución (de ser factible) ideal para la obstrucción portal prehepática inclusive en el paciente trasplantado hepático.
- Podrían indicarse en forma profiláctica, en pacientes que nunca sangraron?
- Las derivaciones **P-S** no mejoran e incluso disminuyen el flujo portal, lo que puede perjudicar la evolución de la cirrosis o al injerto

THE END

- Agradezco la valiosa colaboración del Prof. Jean de Ville de Goyet por sus consejos e imágenes facilitadas

y

¡Feliz Centenario SAP!