

Tratamiento quirúrgico de la hipertensión portal. ¿La mejor opción?

Los pacientes que sobreviven al primer evento de sangrado por várices esofágicas tienen un alto riesgo de resangrado que resulta cercano a 60% a un año, con el mayor riesgo dentro de las primeras seis semanas de la hemorragia inicial, la mortalidad asociada a los eventos de sangrado permanece alrededor de 20% en las series recientes.¹ Se define como falla a profilaxis secundaria la presencia de un solo sangrado clínicamente significativo causado por hipertensión portal, entendiendo como clínicamente significativo la presencia de hematemesis/melena, un índice ajustado de requerimiento transfusional ≥ 0.5 o descenso de 3 g en la hemoglobina sin transfusiones.² Como en la profilaxis primaria el empleo de beta bloqueadores no selectivos reduce la presión portal, se han publicado 13 estudios comparando propranolol o nadolol con placebo en la prevención del resangrado, el metaanálisis de estos estudios ha demostrado que el empleo de estos fármacos reduce el riesgo de resangrado de 60% en el grupo no tratado a 42% en el grupo con beta bloqueador ($p < 0.0001$) a un año,³ con reducción en la mortalidad asociada a la hemorragia y mejoría en la sobrevida a largo plazo en los pacientes en los que se alcanza respuesta hemodinámica, se requiere tratar a cinco pacientes para evitar un resangrado y a 14 para evitar una muerte.³

La disminución del gradiente de presión en venas suprahepáticas (GPVH) por debajo de 12 mm Hg reduce prácticamente en su totalidad el riesgo de sangrado.^{4,5} Estudios posteriores mostraron que aun sin alcanzar estos valores, la reducción del GPVH de al menos 20% del valor basal también se asocia a menor riesgo de sangrado, estimado entre 4 a 9% en uno a dos años, respectivamente.⁶ Por lo que el objetivo del tratamiento profiláctico consiste en alcanzar esta respuesta hemodinámica. Se ha demostrado también que los pacientes que alcanzan estas respuestas hemodinámicas, alrededor de 40%, tienen una marcada reducción en el riesgo de desarrollar otras complicaciones de la hipertensión portal como ascitis, peritonitis bacteriana espontánea, síndrome hepatorenal y encefalopatía hepática, además de mejor sobrevida al ser comparados con los no respondedores.⁷

Aunque la reducción del riesgo de resangrado con beta bloqueador es significativa, no resulta total, además, 15

a 20% presentan contraindicaciones para beta bloqueo y 5 a 15% adicional desarrolla efectos secundarios que obligan a suspenderlo. Existe, pues, un grupo de pacientes no respondedores con un alto riesgo de resangrado, que resulta mucho menor en los que sí alcanzan respuesta hemodinámica. Se desconoce aún cuál es la opción de tratamiento para aquellos enfermos en los que beta bloqueador más MNI no es efectiva. Una opción es realizar ligadura, pero en el estudio de Bureau⁸ ocho de los no respondedores se manejaron con ligadura y siete de ellos resangraron. Aunque al parecer no se habían erradicado las várices en su totalidad, resulta un dato muy importante, pues éste es el primer estudio que reporta poca utilidad de la ligadura en los no respondedores a tratamiento combinado con beta bloqueo más MNI con resultados obviamente poco alentadores. La combinación de ligadura más beta bloqueo vs. ligadura sola en el estudio de Lo⁹ reporta una frecuencia muy baja de resangrado, 23 vs. 47%, respectivamente ($p = 0.005$) sugiriendo que la combinación de ligadura y beta bloqueo puede ser una alternativa útil. De la Peña,¹⁰ en un estudio con diseño similar, demostró resangrado de 14 vs. 38% ($p = 0.006$), respectivamente, siendo éstos los únicos dos estudios controlados que sustentan el beneficio del beta bloqueador más ligadura.

En la profilaxis secundaria la cirugía de derivación se ha empleado por más de 50 años, basándose en derivar el flujo sanguíneo del sitio de incremento de presión desviándolo del territorio portal; resulta una alternativa útil para disminuir el riesgo de resangrado con la desventaja de incrementar la encefalopatía y la insuficiencia hepática en las derivaciones no selectivas, para reducir estos efectos deletéreos se emplean derivaciones selectivas como la derivación esplenorenal o bien derivaciones mesocava de bajo diámetro con la colocación de injertos, siendo muy eficaces; sin embargo, requieren que el paciente tenga un riesgo quirúrgico bajo para poder ser operado y además la experiencia en estudios controlados resulta escasa.¹ La colocación de una derivación transyugular intrahepática portosistémica (TIPS) es una derivación muy controlada en relación al diámetro, sin una intervención quirúrgica y, por lo tanto, con menor morbimortalidad; sin embargo, existe disfunción de 50% a un año debido a proliferación de la íntima dentro

de la prótesis, lo que hace necesaria la vigilancia angiográfica de la permeabilidad del TIPS, además de un incremento de 20-30% de la encefalopatía. El estudio de Escorcell,¹¹ a pesar de demostrar una reducción significativa en resangrado a favor de TIPS en comparación con el grupo de tratamiento endoscópico/farmacológico, resultó que los costos se incrementaban al doble, sin demostrar beneficio en sobrevida ni calidad de vida, un estudio reciente sugiere que el empleo de TIPS recubiertos con politetrafluoroetileno se asocia a mayor permeabilidad de la prótesis sin aumento en encefalopatía.¹² Actualmente la cirugía y TIPS sólo se recomiendan como terapias de rescate en pacientes en los que el tratamiento endoscópico o farmacológico ha fallado.² La frecuencia de resangrado reportada en los pacientes con tratamiento quirúrgico ha sido baja: 11% en pacientes con una derivación porto cava completa y 17% en los tratados con derivación esplenorrenal,¹³ resultados similares o incluso menores al tratamiento con beta bloqueador más ligadura^{9,10} lo que resulta atractivo. En otro estudio diseñado para fallas a escleroterapia, Rosemurgy y cols.¹⁴ compararon derivaciones porto cava de bajo diámetro con TIPS en la prevención del resangrado con la mayoría de los pacientes en Child B/C: 11% resangraron en el grupo de TIPS vs. 0% del grupo con derivación porto cava. Zacks y cols., empleando análisis de decisión, encontraron a la derivación esplenorrenal más efectiva costo beneficio que TIPS en pacientes con Child A, sin diferencia significativa en términos de sobrevida.¹⁵ Datos retrospectivos sugieren resultados similares.¹⁶ El estudio de Henderson¹⁷ mostró eficacia similar con ambos tratamientos en pacientes Child A/B aunque con mayores reintervenciones en el grupo de TIPS, sin diferencias en sobrevida ni encefalopatía, pero con mayor frecuencia de ascitis posderivación esplenorrenal (10 vs. 0%, $p < 0.05$). En el presente número de la *Revista Mexicana de Gastroenterología* Orozco y cols. mencionan la importancia de la vena renal izquierda en la derivación esplenorrenal, sin ningún evento de sangrado al año de seguimiento en pacientes Child A, además parece ser que la hemodinámica renal tiene pocas implicaciones pues aún con drenaje anormal (sin especificar las presiones, que se suponen normales) siete de nueve casos (78%) fueron llevados a derivación esplenorrenal, y al parecer sólo dos casos con drenaje anormal tenían presiones elevadas lo que contraindicó la derivación esplenorrenal. Este estudio llama nuestra atención a la cirugía de derivación como tratamiento de la hipertensión portal hemorrágica, constituyendo una buena opción en candidatos seleccionados y aunque la

recomendación actual es indicar cirugía o TIPS en caso de falla al tratamiento endoscópico-farmacológico y TIPS en los no candidatos a cirugía, desconocemos las implicaciones de una cirugía temprana en pacientes con buena reserva hepática, por lo que se requieren estudios controlados que comparen el tratamiento quirúrgico temprano vs. tratamiento endoscópico-farmacológico o bien TIPS tempranamente en pacientes con alta probabilidad de resangrado (no respondedores hemodinámicos) que justifiquen el riesgo quirúrgico aun en candidatos bien seleccionados, con buena reserva hepática, que siempre presentan descompensación posquirúrgica.

Dr. Eric López Méndez MD.

Departamento de Gastroenterología.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y

Nutrición Salvador Zubirán

Vasco de Quiroga No. 15, Col. Sección XVI

C.P. 14000, Tlalpan, México, D.F.

Tel.: 5573-3418. Fax: 5655-0942

Correo electrónico: ericlopezmendez@yahoo.com.mx

REFERENCIAS

1. D'Amico G, Pagliaro L, Bosch J. The treatment of portal hypertension: a meta-analytic review. *Hepatology* 1995; 22: 332-54.
2. De Franchis R. Evolving consensus in portal hypertension report of the Baveno IV consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. *J Hepatol* 2005; 43: 167-76.
3. D'Amico G, Pagliaro L, Bosch J. Pharmacological treatment of portal hypertension: an evidence-based approach. *Semin Liver Dis* 1999; 19: 475-505.
4. Groszmann RJ, Bosch J, Grace ND, et al. Hemodynamics events in a prospective randomized trial of propranolol versus placebo in the prevention of a first variceal hemorrhage. *Gastroenterology* 1990; 99: 1401-7.
5. Armonis A, Patch D, Burroughs A. Hepatic venous pressure measurement: and old test as a new prognostic marker in cirrhosis? *Hepatology* 1997; 25: 245-8.
6. Feu F, García Pagán JV, Bosch J, et al. Relation between portal pressure response to pharmacotherapy and risk of recurrent variceal hemorrhage in patients with cirrhosis. *Lancet* 1995; 346: 1056-9.
7. Abroades J, Tarantino I, Turnes J, García Pagán J, et al. Hemodynamic response to pharmacological treatment of portal hypertension and long-term prognosis of cirrhosis. *Hepatology* 2003; 37: 902-8.
8. Bureau C, Peron JM, Alric L. "A la carte" treatment of portal hypertension: adapting medical therapy to hemodynamic response for the prevention of bleeding. *Hepatology* 2002; 36: 1361-6.
9. Lo GH, Lai KH, Cheng GS. Endoscopic variceal ligation plus nadolol and sucralfate compared with ligation alone for the prevention of variceal rebleeding: a prospective, randomized trial. *Hepatology* 2000; 32: 461-5.
10. De la Peña J, Brullet E, Sanchez-Hernandez E, et al. Variceal ligation plus nadolol compared with ligation for prophylaxis of variceal rebleeding: a multicenter trial. *Hepatology* 2005; 41: 572-8.
11. Escorcell A, Banares R, Garcia Pagán JC. TIPS versus drug therapy in preventing variceal rebleeding in advanced cirrhosis: a randomized controlled trial. *Hepatology* 2002; 35: 385-92.

12. Bureau C, García Pagán JC, Otal P, et al. Improved clinical outcome using polytetrafluoroethylene-coated stents for TIPS: results of a randomized study. *Gastroenterology* 2004; 126: 469-75.
13. Grace ND, Conn HO, Resnick RH, et al. Distal esplenorenal vs. porto systemic shunts after hemorrhage from varices. A randomized control trial. *Hepatology* 1998; 1475-81.
14. Rosemurgy AS, Goode SE, Zweibel BR, et al. A prospective trial of transjugular intrahepatic portosystemic stent shunt versus small diameter prosthetic H-graft porta-caval shunts in the treatment of bleeding varices. *Ann Surg* 1996; 224: 378-86.
15. Zacks SL, Sandler RS, Biddle AK, et al. Decision-analysis of transjugular intrahepatic portosystemic shunt versus distal esplenorenal shunt for portal hypertension. *Hepatology* 1999; 29: 1399-405.
16. Helton WS, Mavez R, Wicks K, et al. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt vs surgical shunt in good-risk cirrhotic patients: a case-control comparison. *Arch Surg* 2001; 136: 17-20.
17. Henderson JM, Boyer T, Kutner M, et al. Distal esplenorenal shunt versus transjugular intrahepatic portosystemic shunt for variceal bleeding: a randomized trial. *Gastroenterology* 2006; 130: 1643-51.