

## Cirujano General

Volumen  
Volume 24

Número  
Number 4




Octubre-Diciembre  
October-December 2002

*Artículo:*




### Cómo nació la cirugía de la hipertensión portal en México

Derechos reservados, Copyright © 2002:  
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de  
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in  
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

# Cómo nació la cirugía de la hipertensión portal en México

## *Introduction of portal hypertension surgery in Mexico*

*Dr. Rafael Muñoz Kapellmann\**

En el entonces Hospital de Enfermedades de la Nutrición se estudió, en 1948, un paciente de 28 años de edad cuyo cuadro clínico se caracterizaba por epistaxis, melena ocasional, ligera ictericia conjuntival, palidez y un enorme bazo que llegaba a la altura del ombligo. Los exámenes de laboratorio mostraban ligera anemia, aumento de bilirrubina, elevación de la bromosulfaleína en sangre y datos de hiperesplenismo. Los estudios radiológicos señalaban esplenomegalia, con colecistografía y urografía normales. Se elaboró el diagnóstico de "síndrome hepato-esplénico de causa desconocida" y se indicó extirpar el bazo.

Fue operado por el doctor Clemente Robles el 19 de abril de 1948 a través de una amplia laparotomía subcostal izquierda. Se encontraron adherencias múltiples y gruesas del bazo al diafragma. Por medio de maniobras manuales se liberó el bazo de su adherencia al diafragma y se ligó y seccionó el pedículo vascular. Sin embargo, durante estas maniobras sobrevino una copiosa hemorragia a nivel del diafragma. Fue imposible hacer hemostasis de los numerosos vasos hemorrágicos, por lo que se puso un taponamiento con gasa y se suturó la pared abdominal. A pesar de las grandes cantidades de sangre transfundida el paciente falleció por choque hemorrágico. En la autopsia se encontraron várices esofágicas y trombosis de la porta. El caso impresionó a clínicos y cirujanos quienes procedieron de inmediato a estudiar las causas productoras de várices esofágicas y la forma de tratarlas.

En 1945 ya habían sido publicados los trabajos de Whipple, Blakemore y Linton que indicaban que las várices esofágicas eran causadas por hipertensión del sistema portal, producido a su vez por obstrucción in-

tra o extrahepática o mixta. La ruptura de las várices generaba hemorragia, que a menudo conducía a la muerte en el primer episodio. Ya para entonces se aconsejaban numerosas operaciones entre las cuales estaban: La ligadura de la arteria esplénica, la esplenectomía, la omentopexia, la ligadura de las venas tributarias de las várices, la inyección de las várices con sustancias esclerosantes, la esófago-gastrectomía, la gastrectomía total, el taponamiento del mediastino superior, la esofagotomía con ligadura de las várices y la ligadura de las arterias hepáticas y esplénica; pero ninguna de estas operaciones fue eficaz. Sin embargo, las operaciones diseñadas por los autores antes mencionados demostraron ser extraordinariamente útiles y consistían en derivar el sistema portal, sujeto a gran presión, al sistema de la vena cava, de presión muy baja. Con esto la presión portal disminuía considerablemente o se normalizaba, y las várices esofágicas disminuían o desaparecían y en consecuencia dejaban de sangrar. En obstrucción intrahepática se podía hacer una anastomosis porto-caval o una anastomosis espleno-renal con esplenectomía, y en obstrucción extrahepática sólo se podía hacer la esplenorenal.

Esos estudios también modificaron la enunciación de los diagnósticos; desaparecieron los términos de "síndrome o enfermedad de Banti" así como el de "síndrome hepato-esplénico", para adoptar el de síndrome de hipertensión portal por obstrucción intra o extrahepática o mixta.

Al año siguiente se internó un enfermo de 48 años de edad que durante nueve años había padecido hematemesis y melena. Su estudio mostró que existía un cuadro de hipertensión portal por cirrosis alcohólico-

Cirujano Emérito del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición "Dr. Salvador Zubirán" México, D.F.

Recibido para publicación: 25 de abril de 2002.

Aceptado para publicación: 30 de abril de 2002.

\* Socio Honorario de la Asociación Mexicana de Cirugía General

Correspondencia: Dr. Rafael Muñoz Kapellmann. Monte Líbano No. 630, Lomas de Chapultepec, 11000, México, D.F.

Teléfonos: 55 20 21 94, 55 20 39 96 Fax: 55 20 21 94

nutricional, con várices que se extendían a todo el esófago. No había contraindicación operatoria y se planeó hacer una anastomosis esplenorrenal con esplenectomía, la cual se llevó a cabo el 15 de marzo de 1949. Operó el doctor Clemente Robles, asistido por los doctores Jorge Solís y Rafael Muñoz Kapellmann y la anestesia la suministró el doctor Martín Maquivar. Se hizo una amplia toraco-laparotomía izquierda con resección de la octava costilla, se extirpó el bazo, y en vista de que había dos venas renales izquierdas, se empleó la superior para hacer una anastomosis término-terminal a la vena esplénica. La presión portal descendió de 281 a 168 milímetros de agua, lo que resultó satisfactorio. Se tomó biopsia del hígado, fran-

camente cirrótico. El bazo no tenía adherencias al diafragma. Durante la operación se pasaron 1500 ml de sangre. La evolución postoperatoria inmediata y tardía fue excelente y el paciente nunca volvió a sangrar por las várices del esófago.

En 1959 este paciente fue operado de litiasis vesicular y en 1969 de cáncer gástrico metastásico, falleciendo poco tiempo después.

Este paciente sobrevivió 20 años a la intervención de la hipertensión portal, fue la primera operación de derivación portocaval practicada en México y en Latinoamérica, y se hizo solamente cuatro años después de que habían aparecido las primeras publicaciones sobre el particular.