

Descripción de una nueva vía de abordaje a los vasos esplénicos
para las anastomosis esplenorrenales arteriales y venosas

Dres. J. M.^o GIL-VERNET, A. CARALPS y D. RUANO

Depósito legal: M. 3.810 - 1958

INDUSTRIAS GRAFICAS ESPAÑA, S. L. · Comandante Zorita, 48 · MADRID-20

Descripción de una nueva vía de abordaje a los vasos esplénicos para las anastomosis esplenorreñales arteriales y venosas*

Dres. J. M.^a GIL-VERNET, A. CARALPS y D. RUANO

RESUMEN

Descripción de una nueva vía de abordaje a los vasos esplénicos para las anastomosis esplenorreñales arteriales y venosas.

Para la realización de las anastomosis esplenorreñales arteriales o venosas, los cirujanos vienen utilizando sistemáticamente la vía transperitoneal gravada por un alto porcentaje de mortalidad y morbilidad. En base a consideraciones anatómicas quirúrgicas, se ha encontrado una vía de abordaje retroperitoneal al hilio del bazo a través de la región lumbar, realizándose en 1972 la primera anastomosis arterial esplenorreñal por esta vía, y en 1974 la primera anastomosis esplenorreñal venosa por hipertensión portal, también por esta vía, que se ha mostrado como la menos agresiva al evitar la lesión del páncreas, la más quirúrgica y directa para llegar a los vasos esplénicos lo que facilita una mejor exposición y más fácil realización de las anastomosis. Al ser retroperitoneal, se evita en el cirrótico la pérdida o la infección del líquido ascítico, así como los accidentes hemorrágicos intraoperatorios por la gran circulación de suplencia. No ha habido mortalidad en las 13 anastomosis esplenorreñales arteriales y venosas que hemos efectuado por esta vía.

Los vasos del bazo interesan al cirujano. La arteria esplénica para la revascularización del riñón en la hipertensión arterial de causa renovascular, y la vena esplénica para derivar la sangre del sistema porta al sistema cava en la hipertensión portal.

* Cátedra de Urología. F. de Medicina (Barcelona). (Jefe: Prof. J. M.^a GIL-VERNET.) Cátedra de Anatomía. F. de Medicina (Barcelona). (Jefe: D. RUANO.)

Trabajo recibido en julio de 1976.

SUMMARY

Description of a new approach to the splenic vessels for arterial and venous spleno-renal anastomoses.

To perform arterial or venous spleno-renal anastomoses, surgeons have so far systematically used the transperitoneal way which is burdened by a high mortality and morbidity percentage. On the basis of anatomic-surgical considerations, a retroperitoneal approach has been found reaching the hilus of the spleen via the lumbar region; the first arterial spleno-renal anastomosis by this way was performed in 1972 and the first venous spleno-renal anastomosis due to portal hypertension also by this way was performed in 1974, the latter proving to be the least aggressive by avoiding damaging the pancreas, the most surgical and direct for reaching the splenic vessels thereby enabling a better exposure and an easier performing of the anastomoses. By being retroperitoneal, the loss or infection of the ascitic liquid in the cirrhotic patient is prevented as well as the intraoperative haemorrhagic accidents caused by the extent of replacement circulation. There has been no mortality in the 13 arterial and venous spleno-renal anastomoses which we have performed by this way.

En ambas situaciones, el cirujano, para llegar a los vasos esplénicos utiliza sistemáticamente la vía transperitoneal, bien a través de una incisión abdominal pura, bien a través de una vía mixta toraco-abdominal. La gran mortalidad y frecuencia de complicaciones en las anastomosis esplenorreñales, tanto venosas como arteriales, son dependientes, en gran parte del traumatismo quirúrgico de la vía transperitoneal que requiere la movilización de vísceras y el despegamiento y la sección de mesos.

En los pacientes con hipertensión portal, con el uso de la vía transperitoneal, no sólo se pierde líquido ascítico, sino que además, en el campo operatorio se encuentra una enorme circulación de suplencia, particularmente en los epiplones gastroesplénico, gastrocólico y en el suelo de la transcavidad, lo que origina accidentes hemorrágicos y plantea dificultades en la hemostasia. Pero el mayor peligro de la vía convencional está en la posibilidad de lesión del páncreas en el curso de la disección de los vasos esplénicos y renales, puesto que no debe olvidarse que la cola del páncreas, constituye un obstáculo serio para el abordaje del riñón izquierdo por esta vía. También la vía transperitoneal plantea dificultades técnicas en la realización de las anastomosis, por la profundidad del campo operatorio particularmente en pacientes obesos.

Interesados desde hace años en la cirugía de la hipertensión arterial vascularrenal, y ante los graves problemas que planteaban las anastomosis arteriales esplenorreales utilizando la vía transperitoneal, orientamos nuestras investigaciones a la búsqueda de una nueva vía más directa, menos traumática y más quirúrgica, a través de un abordaje para nosotros muy conocido y habitual como es la región lumbar.

Consideraciones anatómicas nos permitieron encontrar una vía de abordaje retroperitoneal al hilio del bazo, a través de la región lumbar, realizando en 1972 la primera anastomosis arterial esplenorreale retroperitoneal con éxito, y en 1974 llevamos a cabo la primera anastomosis esplenorreale venosa por hipertensión portal también con éxito.

La experiencia nos ha demostrado que la nueva vía que presentamos facilita extraordinariamente la disección simultánea de los vasos esplénicos y renales proporciona un mejor campo de exposición para la realización de las anastomosis tanto arteriales como venosas, es mucho menos agresiva para el paciente y evita las complicaciones propias de la vía transperitoneal, en particular las lesiones pancreáticas, ya que la disección de los vasos esplénicos se inicia a nivel del hilio esplénico.

BASES ANATOMICAS

El pedículo del bazo está alojado en el epiplón pancreático-esplénico, que constituye la

celda de los vasos esplénicos. Este epiplón, está constituido por dos hojas: la ventral, formada por el peritoneo, es la hoja derecha del mesogastrio posterior. La dorsal es la hoja izquierda no soldada del mesogastrio posterior. Por dentro existe una fascia de coalescencia (de Treitz), que adosa la cara posterior del páncreas al peritoneo parietal posterior (fig. 1). La sección de éste y de la fascia de Treitz, permite poner al descubierto los vasos esplénicos, que se pueden seguir fácilmente tanto proximal como distalmente al hilio del bazo y siempre por el retroperitoneo.



FIG. 1.—Corte esquemático horizontal pasando por el polo superior de los riñones. La flecha señala la vía de abordaje retroperitoneal al hilio del bazo.

TECNICA

El enfermo se sitúa en posición dorsolateral combada. A través de una lumbotomía clásica (postero-lateral), se reseca la 12.^a costilla (figura 2), se abre la celda renal y el riñón y la suprarrenal son reclinados hacia la pared

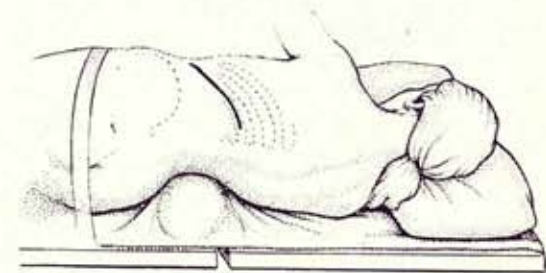


FIG. 2.—Incisión de lumbotomía clásica con resección de la 12.^a costilla.

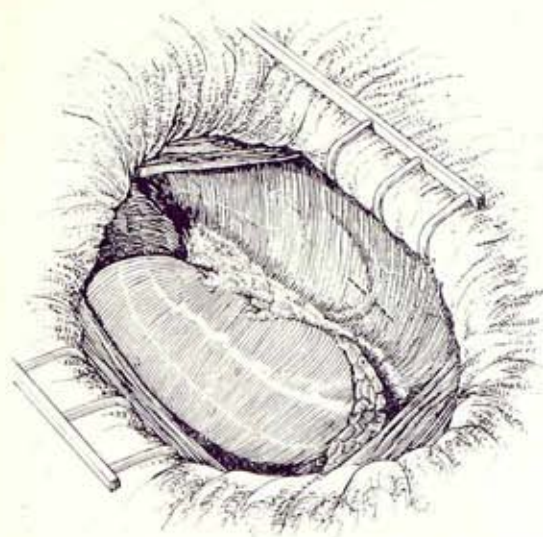


FIG. 3.—Reclinados el riñón y la suprarenal, aparece el relieve de la arteria esplénica por encima de la cola del páncreas. En el caso de hipertensión portal es la vena esplénica la que hace relieve o se transparenta.

posterior del espacio lumbar. Después de esta maniobra, en los individuos delgados, inmediatamente por encima de la cola del páncreas, se transparenta o hace relieve la arteria esplénica (fig. 3) y es muy fácil identificarla con la vista a través del peritoneo parietal posterior. En los individuos obesos se localiza fácilmente por palpación. Es precisamente a nivel del relieve de la arteria esplénica, que se incide sucesivamente el peritoneo parietal posterior y la fascia de Treitz (fig. 4). Aparece entonces la arteria esplénica y se la sigue en el espesor del epiplón pancreático-esplénico hasta el hilio del bazo, disecándose su bifurcación o sus ramas si se estima necesario (fig. 5).

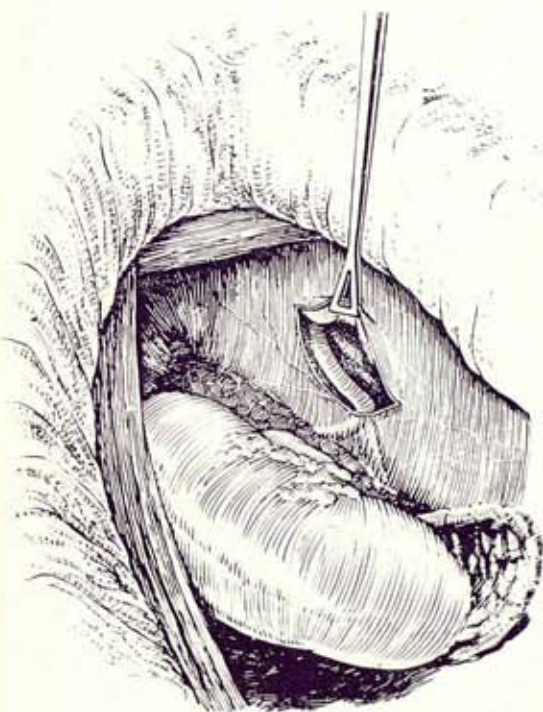


FIG. 4.—Incisión del peritoneo parietal posterior y de la fascia de Treitz.

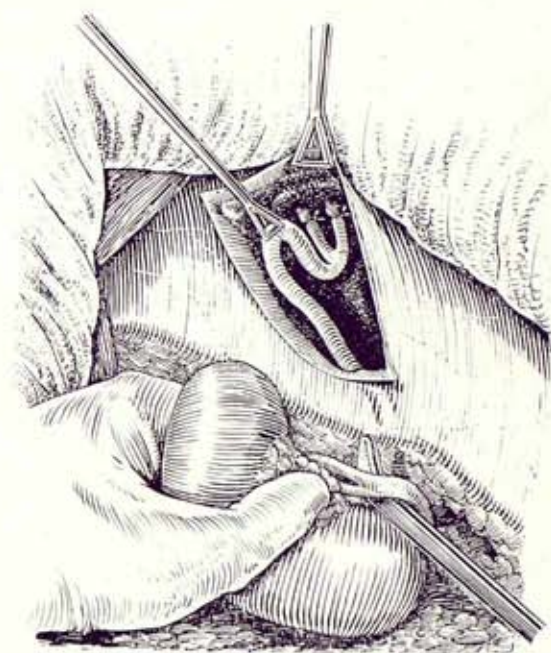


FIG. 5.—Se disecciona el segmento paraesplénico de la arteria, o bien el segmento paraporta de la vena esplénica.

Normalmente, a este nivel, la vena esplénica se encuentra inmediatamente por detrás y en el mismo canal que la arteria, pero cuando existe una hipertensión portal, la vena adquiere el tamaño del pulgar, se sitúa entonces al lado de la arteria, se transparenta a través de la hoja dorsal del epiplón pancreático-esplénico (fig. 6) y hace mayor relieve que la

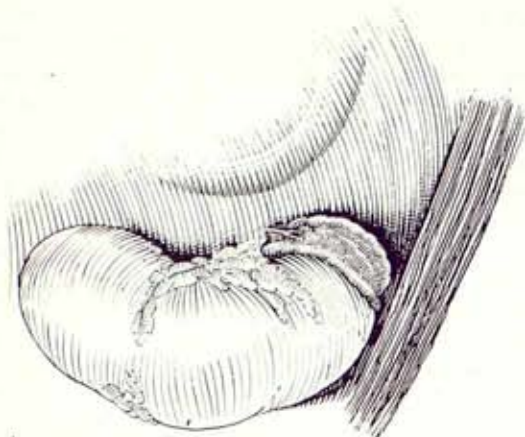


FIG. 6.—En la hipertensión portal es la vena esplénica la que hace relieve o se transparenta.

arteria, por lo que su identificación es sumamente fácil y previa ligadura de cuatro o seis pequeñas venas pancreáticas, se le puede disecar en toda su circunferencia hasta por detrás del páncreas (fig. 7), lo que proporciona una suficiente longitud de la misma en el caso de practicar una anastomosis término-lateral de la vena esplénica a la renal (fig. 8).

Hemos observado que en los casos de esplenomegalia, la distancia entre los vasos esplénicos y los renales es muy corta, prácticamente están en contacto debido a que el

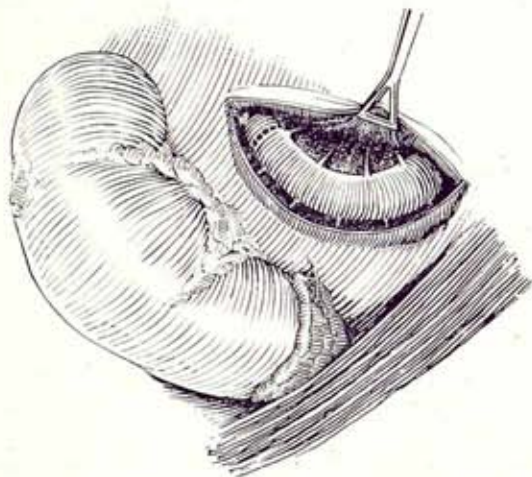


FIG. 7.—Incisión del peritoneo parietal posterior y de la fascia de Treitz y disección del segmento de la vena esplénica.

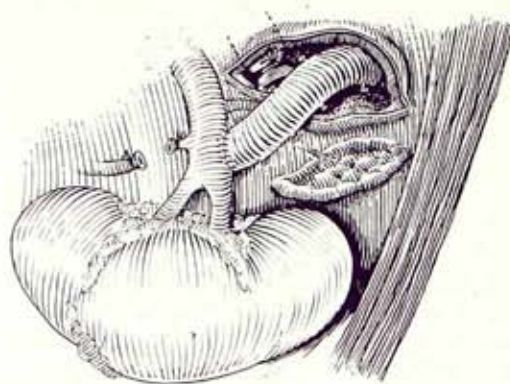


FIG. 8.—Anastomosis venosa esplenorrenal término-lateral.

agrandamiento del bazo origina el descenso lumbar de su hilio que llega a contactar con el riñón, desplazándolo y provocando su ptosis.

Este descenso y alargamiento del pedículo esplénico, facilita la anastomosis venosa. En los cuatro casos de anastomosis esplenorrenal por hipertensión portal, no hemos observado circulación de suplencia en el campo operatorio. No ha habido hemorragias ni problemas en la hemostasia.

ESTADISTICA

En el tratamiento de la hipertensión arterial por estenosis de la arteria renal izquierda, hemos llevado a cabo ocho anastomosis esplenorrenales a través de la vía de abordaje retroperitoneal descrita: en cinco casos se hizo una anastomosis término-terminal (fig. 9) del tronco de la arteria esplénica con la renal y en otros tres se hicieron anastomosis término-terminales de las ramas de la esplénica con las ramas de división de la renal (fig. 10).

En 6 casos, la intervención se indicó por estenosis de la arteria renal izquierda aparentemente responsable de una hipertensión arterial. Después de un tiempo de evolución comprendido entre dos y cuatro años, los seis enfermos están normotensos. En otros dos casos, la intervención se indicó por estenosis de la arteria renal izquierda en enfermos con insuficiencia renal crónica muy avanzada, en un intento por mejorar la función renal. Uno de los enfermos no presentó mejoría de la fun-

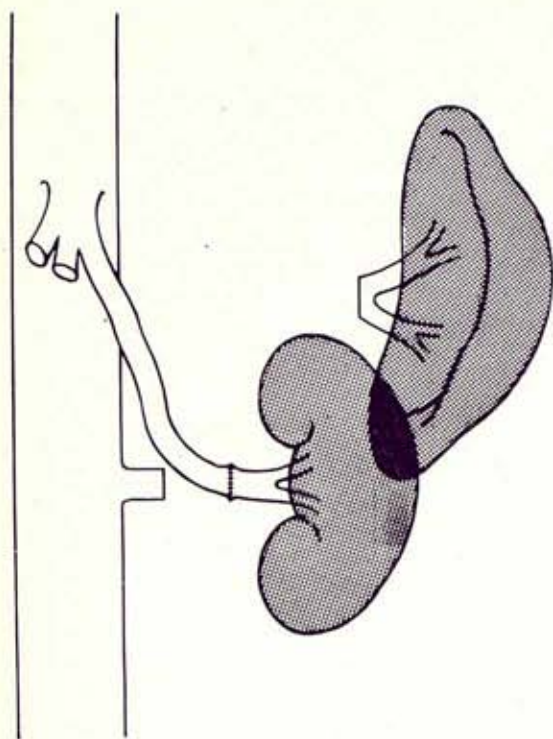


FIG. 9.

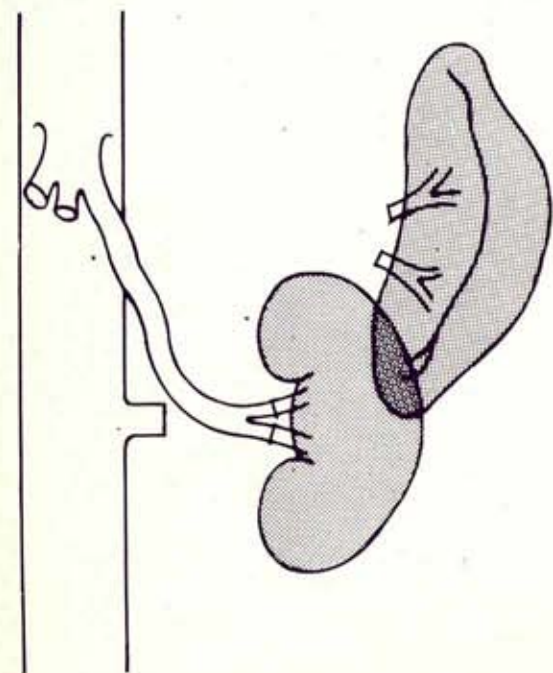


FIG. 10.

ción por lo que fue incluido en un programa de hemodiálisis periódica. En la enferma restante, que tenía una hipertensión arterial rebelde, el filtrado glomerular permanece estable alrededor de 6 ml. por min., y la presión arterial responde actualmente a pequeñas dosis de antihipertensores. En ningún caso ha habido morbilidad ni mortalidad operatoria.

En el tratamiento de la hipertensión portal, hemos utilizado la vía retroperitoneal para la realización de la anastomosis espleno-renal venosa en cuatro enfermos de edades comprendidas entre los treinta y los cincuenta años de edad, afectados de cirrosis hepática, que habían presentado por lo menos un episodio de hemorragia digestiva por varices. En el primero de ellos se hizo una anastomosis término-lateral de la vena renal a la esplénica (fig. 11). En el segundo enfermo, se hizo una anastomosis latero-lateral (fig. 12) y en los dos últimos,

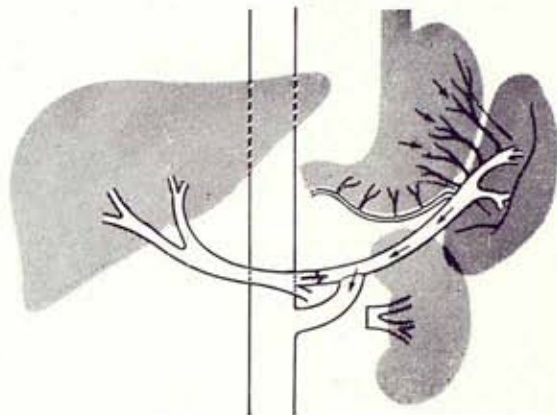


FIG. 11.

las anastomosis fueron tipo Warren, es decir, en término lateral de la vena esplénica a la vena renal (fig. 13) con la variante de que para preservar la función del riñón isquémico, utilizamos un método de hipotermia mediante perfusión intraarterial renal "in situ".

Todos los enfermos, excepto uno de ellos que estaba en fase de hemorragia al ser operado, estaban bien compensados en el momento de la intervención. El tiempo máximo de evolución postoperatoria ha sido de dos años y medio. En todos los casos, se comprobó la desaparición de las varices esofágicas y no repitieron las hemorragias digestivas. El segundo

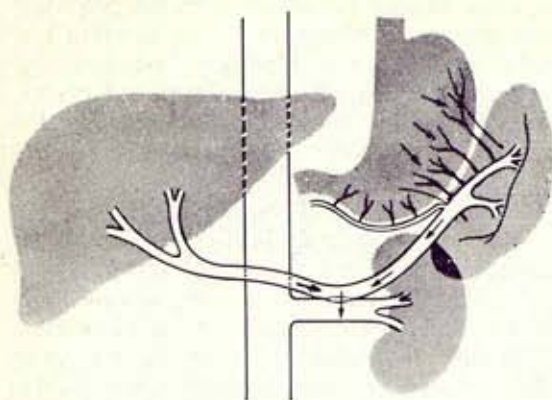


FIG. 12.

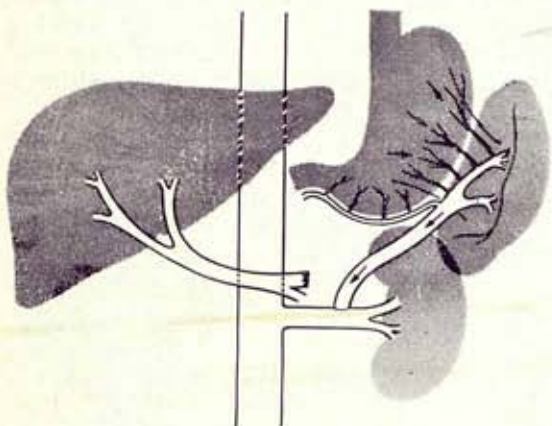


FIG. 13.

enfermo al que se le hizo una anastomosis latero-lateral, comenzó a presentar signos de encefalopatía a los dos meses de la intervención, falleciendo tres meses más tarde.

Correspondencia:

Prof. J. M.^a Gil-Vernet
Cátedra de Urología
Facultad de Medicina
Casanova, 143
Barcelona-11.

COMENTARIO

Los resultados que hemos obtenido después de cuatro años de experiencia mediante la vía retroperitoneal que describimos, han demostrado que es muy superior a la transperitoneal por ser menos agresiva, más quirúrgica y más directa para llegar a los vasos esplénicos 1, 2, 3. Su mayor ventaja es que no hay peligro de lesión pancreática, a la vez que permite una mejor y simultánea exposición de los vasos renales y esplénicos, facilitando la correcta y minuciosa ejecución de las anastomosis.

La disección de los vasos a nivel del hilio esplénico, permite utilizarlos en toda su longitud, lo que evita problemas de tensión a nivel de las anastomosis.

No requiere la abertura del peritoneo, lo que evita la pérdida de líquido ascítico o su infección con el consiguiente peligro en los cirróticos.

El tiempo de intervención es más corto que por vía transperitoneal.

La esplenomegalia no sólo no ha constituido ningún obstáculo para las anastomosis, sino que las facilita debido a que la distancia existente entre los vasos esplénicos y los renales es más corta.

BIBLIOGRAFIA

1. GIL-VERNET, J. M.^a: "Sixteenth Congress of the International Society of Urology", Amsterdam, July, 1973 (abstr.).
2. GIL-VERNET, J. M.^a: "Nuevos avances en la cirugía de la hipertensión vascularrenal". Curso de Urología. Fund. "Jiménez Díaz", Madrid, diciembre 1975.
3. GIL-VERNET, J. M.^a y CARALPS, A.: "Renal autotransplantation in the treatment of renovascular hypertension". *Lancet*, 7.968, 1.081, 1975.