

Cirrosis y embarazo a término * **

Hemorragia digestiva y muerte fetal, cesárea y anastomosis portocava

Dres. RAUL PRADERI,*** MILTON MAZZA,****
OLGA CAMACHO DE OSORIO **** y LORENZO PERI ****

Presentamos la historia de una paciente que tuvimos oportunidad de tratar en el Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas.

Justifican la presentación del caso, la consideración de los interesantes problemas diagnósticos y de táctica terapéutica que nos planteara.

CASO CLINICO

L. S. A., sexo femenino, 30 años. Registro Nº 274.741. Ingresó al Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas enviada del Hospital de Rosario, el 19-VII-68.

Su enfermedad comenzó 15 días antes. En esa oportunidad, la paciente, que cursa el 8º mes de gravidez, presentó hematemesis y melenas con repercusión circulatoria (mareos, sudores), lo que motivó su ingreso al Hospital de Rosario. A los 7 días se le otorga el alta luego de tratamiento médico. Tres días después reaparece la hemorragia, ahora de mayor intensidad, por lo que es enviada a Montevideo para su estudio y tratamiento.

El cuadro no estuvo precedido de manifestaciones digestivas. Cursó en apirexia.

Antecedentes. Hematemesis de causa desconocida a los 13 años. No hay antecedentes de hepatopatías. Desde hace años dispepsia hiposténica. Un embarazo y parto normales.

Examen. A su ingreso al Servicio de Emergencia la enferma presenta los siguientes elementos: 1) Anemia aguda (hematócrito 22 %). 2) Hepatomegalia a dos traveses de dedo del reborde costal. 3) No ictericia. 4) Examen obstétrico: gravidez de 8 meses. Resulta difícil apreciar foco de latidos fetales. No hay dinámica de parto.

En las horas siguientes al ingreso la enferma es sometida a intenso tratamiento médico: transfusiones de sangre, aspiración gástrica, antiácidos. Sin embargo persiste la hemorragia digestiva, repitiéndose profusas hematemesis y melenas.

Vemos entonces por primera vez a la paciente. Del examen clínico no surgen elementos que permitan aclarar la etiología de la hemorragia. Hay dudas sobre la viabilidad fetal. Pese a las transfusiones realizadas (6 volúmenes), la enferma se descompensa, lo que obliga a intervenirla de urgencia sin diagnóstico causal.

Operación (2-VII-68). Anestesia general (Dr. de la Torre). Dres. Raúl Praderi, Olga Camacho y Milton Mazza.

Incisión mediana xifopúbica. Se efectúa operación cesárea segmentaria con extracción de feto recientemente muerto. En la exploración abdominal se constata: 1) Hígado duro, nodular con claro aspecto cirrótico. 2) Bazo duro, aumentado de tamaño. 3) Importante dilatación de las venas del ligamento falciforme, como se observa en la hipertensión portal. 4) Sangre en todo el tubo digestivo. 5) Gastroduodeno e intestino sin lesiones apreciables.

Se mide la presión portal en una vena del mesenterio: es de 28 cm. de agua, siendo en ese momento la presión arterial sistémica de 10 cm. de Hg de máxima.

Se considera que la enferma es portadora de una cirrosis hepática con hipertensión portal y que la causa de la hemorragia es la ruptura de várices esofagogástricas. Se decide efectuar una derivación portocava.

Se practica una anastomosis terminolateral con soga 000, quedando la sutura sin angulación ni tensión.

La presión portal postderivación es de 15 cm. de agua. Biopsia hepática.

Sutura uterina en 3 planos y ligadura de trompas.

La operación duró 2 horas 15 minutos. El clampeo portal fue de 17 minutos. Al terminar el procedimiento la presión arterial estaba en 13 cm. de Hg de máxima, habiendo cesado la hemorragia digestiva.

Evolución. Al tercer día del postoperatorio desarrolla ascitis, que se trata con punciones

* Trabajo del Servicio de Emergencia y de la Clínica Gastroenterológica del Hospital de Clínicas.

** Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 13 de febrero de 1968.

*** Docente Adscripto de Cirugía. Mones Roses 6435, Montevideo.

**** Adjuntos de Cirugía, Ginecología y Gastroenterología.

evacuadoras, regimen hiposódico, plasma i/v y diuréticos, retrocediendo paulatinamente hasta su total desaparición.

No se presentaron elementos clínicos ni humorales de insuficiencia hepatocítica. No hubo desviaciones importantes de la electrolitemia. Presentó una marcada hipoalbuminemia que fue tratada con sangre y plasma.

La esplenoportografía mostró un excelente funcionamiento de la anastomosis.

Actualmente la paciente está en perfectas condiciones. Sin ascitis ni manifestaciones de insuficiencia hepatocítica o encefalopatía portocava. No repitió las hemorragias digestivas.

Biopsia hepática. Cirrosis portal con fibrosis a finas bandas, que respeta ocasionalmente alguna vena centrolobulillar y con elementos floridos de sufrimiento parenquimatoso e intersticial. Posteriormente se efectuó una nueva punción biopsia hepática que mostró elementos de inflamación crónica, con menor fibrosis. Sería de interés repetirla, pero no es prudente ahora. Es posible que se trate de una fibrosis o cirrosis posthepatitis, pues la enferma no es alcoholista.

La autopsia fetal puso de manifiesto una mala distensión pulmonar con áreas de exudado plasmático, peritonitis sin evidencia de perforación y hematoma intra y extradural izquierdo (trauma obstétrico). Bolsa serosa de cuero cabelludo a derecha. Hígado normal.*

COMENTARIO

Cirrosis y embarazo.

Esta asociación es poco frecuente. Las cirróticas pocas veces se embarazan. Es rara la cirrosis en las mujeres jóvenes. Posiblemente se produce una alteración en el metabolismo de los esteroides sexuales que dificulta la fecundación [Abrams (1)]. Según Richman (14) hay solamente 18 casos comunicados (en 17 mujeres) de cirróticas con embarazo a término, en la literatura inglesa. De ellas, 5 murieron en el postparto inmediato y 12 por hemorragia digestiva [Nabriski (6)].

Es decir, que si se trata de una cirrosis compensada posthepatitis o biliar, y existe fecundación, es posible conservar el embarazo. El otro problema es la repercusión del embarazo sobre la enferma. Hemos comunicado a esta Sociedad (12), la historia de una paciente portadora de una cirrosis biliar y un cáncer canalicular a la cual le interrumpimos un embarazo.

Hemorragia digestiva en el embarazo a término.

Es muy poco frecuente y dada la rareza de la cirrosis se ve en úlceras gastroduodenales. Destacamos que esta enfermedad tiene la característica de mejorar con el embarazo. Clark (3) observó 213 partos en mujeres portadoras de ulcus péptico. De ellas sólo 11 % sufrieron durante el embarazo por su ulcus, en tanto que 88 % no tuvieron trastornos o mejoraron durante el embarazo. Sin embargo se han comunicado algunas observaciones de hemorragias y aun de gastroectomía intrahemorragica [Vasicka (15)]. Se ve en las toxemias gravídicas y se originan en el sangrado de ulcus agudos.

Diagnóstico.

No se hizo diagnóstico etiológico. Dada la gravedad de la hemorragia no fue posible efectuar examen contrastado del gastroduodeno, por otra parte de interpretación difícil en un embarazo a término. No había elementos que hicieran pensar en una úlcera. La crisis sanguínea era normal. La juventud de la enferma, su embarazo actual y anterior, la ausencia de antecedentes, nos apartaron del diagnóstico de cirrosis, pese a su hepatomegalia. La circulación colateral perdía significación por el embarazo. Al no hacer diagnóstico de ruptura de várices esofágicas no se colocó el balón como primera medida.

Indicación operatoria.

Fue imperiosa por el sufrimiento fetal (no se hizo diagnóstico seguro de muerte del niño). Es decir que abierto el vientre se vería la causa de la hemorragia.

Táctica operatoria.

El objetivo era sacar el feto (viable o no) y después de descender el útero tratar la causa de la hemorragia. El diagnóstico de hipertensión portal y ruptura de várices fue fácil, pues la cirrosis era clara y las cifras de presión portal (28 cm. de agua), aunque no de las más altas, eran coherentes con el descenso de la presión sistémica que estaba en 10 cm. de Hg de

* Ambos informes fueron realizados por el Br. Reisenweber.

máxima. Era lógico suponer que con 12 ó 13 cm. de presión sistémica la presión portal sería de 35 ó 40 cm.

Frente a una cirrosis sangrando por ruptura de várices esofagogástricas cabían varias posibilidades. 1º) colocar un balón para detener la hemorragia y cerrar el vientre; 2º) practicar una esqueletización gástrica; 3º) hacer una derivación portosistémica.

Resolvimos hacer una derivación portocava por las siguientes razones:

—La hemorragia era demasiado grande para confiar la hemostasis a un método incruento después de tener el vientre abierto.

—La amplia incisión (xifopúbica y la hipotonía parietal una vez extraído el feto) permitían actuar con gran comodidad y rapidez.

—La elección entre derivación y esqueletización la hicimos basados en el balance clínico de la enferma. Si bien era portadora de una cirrosis no existían elementos de insuficiencia hepatocítica severa, por lo que juzgamos que el riesgo de practicar una derivación en esas condiciones no era demasiado grande, si lográbamos detener la hemorragia.

Orloff (7) en una estadística comparativa de ambos procedimientos demuestra que la sobrevida inmediata es de 54 % para la esqueletización y 53 % para la derivación, en tanto que la sobrevida alejada es de 21 % y 41 % respectivamente.

Se observa que haciendo la derivación de urgencia se obtiene menor mortalidad operatoria al tiempo que se le ofrece al paciente el tratamiento definitivo de su hipertensión portal, evitándole una reintervención que es necesaria si se efectúa esqueletización.

Existe ahora tendencia (11, 13) a practicar derivaciones de urgencia. Recientes análisis demuestran que el riesgo de la derivación en agudo no es marcadamente superior al que se produce en derivaciones de elección. Mikkelsen (5) en 37 casos obtuvo 65 % de sobrevida; Wantz y Payne (16) 59 % y Ekman y Sandbloom (4) 80 %. Es interesante observar que los enfermos de poco riesgo operados por estos autores sobrevivieron todos (18 en 18) o casi todos (12 en 13) (16).

Child (2) llega a la conclusión que los casos con buen pronóstico para la cirugía

electiva no aumentan significativamente el riesgo si la derivación se efectúa intrahemorrágica.

Por otra parte, recordamos que cuando una hemorragia no cesa luego de colocado el balón se hace necesario operar al enfermo. Los otros procedimientos de hemostasis tienen también morbimortalidad, por lo que si el estado del enfermo lo permite lo ideal es la derivación.

Ormaechea (8, 9, 10) que posee en nuestro país una serie grande de estas operaciones, practicó sólo en 3 oportunidades derivación portocava de urgencia con 2 sobrevidas. Uno de nosotros (R. P.) obtuvo buen resultado con anastomosis esplenorenal intrahemorrágica con balón colocado.

RESUMEN

Se presenta una observación de cirrosis hepática con hipertensión portal y hemorragia digestiva grave por ruptura de várices esofagogástricas, en una enferma que cursaba el 8º mes de embarazo.

Se practicó cesárea (extracción de feto muerto) y anastomosis porto-cava terminolateral en el mismo acto operatorio.

Se analiza la asociación de cirrosis-embarazo y la táctica quirúrgica seguida.

RÉSUMÉ

On présente une observation de cirrhose hépatique avec hypertension portal et hémorragie digestive grave due à la rupture de varices oesophago-gastriques, chez une malade qui était au huitième mois de grossesse.

On a pratiqué une césarienne (extraction de foetus mort) et anastomose portocave termino-latérale dans le même acte opératoire.

On analyse l'association cirrhose-grossesse et la tactique chirurgicale suivie.

SUMMARY

The paper presents the results of the observation of cirrhosis of the liver with portal hypertension and serious digestive hemorrhage due to rupture of esophago-gastric varices in a patient with an eight-month pregnancy.

A caesarean (extraction of the dead fetus) as well as anastomosis termino lateral por-to-cava, was performed in the same surgical procedure.

The association cirrhosis-pregnancy and the surgical tactics employed, are discussed.

BIBLIOGRAFIA

1. ABRAMS, F. R. Cirrhosis of the liver in pregnancy. *Obst. & Gynec.*, 10: 451, 1957.
2. CHILD, Ch. *The liver and portal hypertension*. Saunders, Philadelphia, 1964.
3. CLARK, O. Peptic ulcer in women. *Brit. M. Jour.*, 1: 1254, 1953.
4. EKMAN, C. and SANBLOM, P. Indications for shunting in portal hypertension. *Acta Chir. Scand.*, 113: 510, 1957.
5. MIKKELSEN, W. Emergency portocaval shunt. *Rev. Surg.*, 19: 141, 1962.
6. NABRISKI, S., ZELOF, D., FLEISHMAN, P. and LEWITUS, Z. Pregnancy in cirrhosis of the liver. *J. Obst. & Gynec. Brit. Emp.*, 65: 462, 1958.
7. ORLOFF, M. Emergency portocaval shunt. *Ann. Surg.*, 166: 457, 1967.
8. ORMAECHEA, C. Cirugía de la hipertensión portal. *9º Congreso Argentino de Gastroenterología*. Mar del Plata, 1967. (En prensa.)
9. ORMAECHEA, C., ARCOS PEREZ, M., MUÑOZ MONTEAVARO, C., PRADERI, R. y RUBINO, M. Anastomosis portocava terminolateral. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 30: 161, 1959.
10. ORMAECHEA, C. Anastomosis portocava. *15º Congreso Uruguayo de Cirugía*, 328, 1964.
11. PESKIN, G., CRICHLLOW, R., BERGGREN, R. and MILLER, R. Portocaval shunt in the emergency treatment of variceal bleeding. *Surgery*, 56: 800, 1964.
12. PRADERI, R. Cáncer del confluente hepatocítico. Resección y derivaciones sucesivas con sobrevida de 6 años. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 34: 442, 1963.
13. PRESTON, F. and TRIPPEL, O. Emergency portocaval shunt. *Arch. Surg.*, 90: 770, 1965.
14. RICHMAN, A. *Liver, Medical, Surgical and Gynecologic complications of Pregnancy*. Rovinsky J. & Guttmacker. Williams & Wilkins, Baltimore, 1965.
15. VASICKA, A., LIN, T. and BRIGHT, R. Peptic ulcer and pregnancy. *Obst. & Gynec. Survey*, 12: 1, 1957.
16. WANTZ, G. and PAYNE, M. Experience with portacaval shunt for portal hypertension. *New England J. Med.*, 265: 721, 1961.