

# *Derivación portosistémica percutánea intrahepática: una nueva alternativa terapéutica en la hipertensión portal*

**M. Pérez-Carreras\*, G. Castellano\*, E. Cisneros\*\* y J. M. Morales\*\*\***

\*Servicios de Medicina del Aparato Digestivo, \*\*Medicina Interna y \*\*\*Nefrología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Sr. Director:

La hepatopatía crónica con hipertensión portal (HTP) es frecuente en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis o trasplante renal (TR) <sup>1</sup>. La hemorragia por varices esofágicas tiene una mortalidad elevada, 35 % en cada episodio, con recidiva en el 70 % de los casos. Recientemente han aparecido opciones terapéuticas diferentes a la cirugía derivativa portosistémica clásica: somatostatina, vasopresina, propanolol, nitratos, esclerosis, ligadura, etc. Una de estas opciones, la derivación portosistémica percutánea intrahepática (DPPI), se instauró en 1989<sup>2</sup>. Por vía transyugular se crea una comunicación entre un brazo de la vena porta y una vena suprahepática, colocando una prótesis metálica que se expande en el trayecto parenquimatoso creado<sup>3</sup>. Presentamos el caso de una paciente con TR e HTP severa, en quien se practicó una DPPI. Nuestro objetivo es comunicar esta nueva posibilidad terapéutica, que no se ha descrito en pacientes con TR.

Mujer de 26 años, diagnosticada en 1983 de síndrome de Senior-Loeken (retinitis pigmentaria, nefroptosis y fibrosis hepática)<sup>4</sup>. Después de tres años de hemodiálisis y múltiples transfusiones, recibió un TR, conservando una función renal normal hasta la actualidad. En 1988 se evidenció hipertransaminasemia, demostrándose en 1990 anticuerpos antihepatitis C positivos y signos de hepatopatía crónica e HTP en la ecografía. Dos años más tarde la paciente ingresó por ascitis y hemorragia digestiva alta. En la endoscopia oral se observaron varices esofágicas grado III/IV con múltiples manchas rojas y gastropatía

de la HTP con sangrado activo. En la analítica destacaba: Hcto, 28,4 %; leucocitos, 2.140/mm<sup>3</sup>, plaquetas, 30.000/mm<sup>3</sup>; albúmina, 3,2 g/dl; bilirrubina, 1,2 mg/dl; GOT, 79 U/L; GPT, 89 U/L; gamma-GT, 128 U/L; protrombina, 78 %; creatinina, 1,1 mg/dl. Superada la fase aguda, se pautó tratamiento con diuréticos y propanolol, pero la enferma no toleró el betabloqueante (hipotensión arterial, mareos). Dado el alto riesgo de recidiva del sangrado se realizó una DPPI. EL eco-doppler, practicado tres meses después, mostró permeabilidad del shunt y en la endoscopia oral las varices esofágicas habían disminuido a un grado I/IV. En el seguimiento no ha presentado recidiva del sangrado, no ha vuelto a precisar diuréticos para el control de la ascitis, no han aparecido signos de encefalopatía hepática y la función hepatocelular se ha mantenido estable.

Las principales indicaciones de la DPPI son: hemorragia por varices esofágicas con fracaso del tratamiento médico y endoscópico; fracaso o intolerancia al tratamiento profiláctico de recidiva del sangrado (propanolol o esclerosis); fracaso del propanolol en la profilaxis del primer episodio de hemorragia varicosa, y ascitis refractaria. Por este motivo, la DPPI es útil en pacientes en espera de trasplante hepático <sup>5,6</sup>. En nuestra enferma, que es una futura candidata a trasplante hepático, se indicó por intolerancia al propanolol. Las complicaciones de la DPPI pueden ser técnicas, infecciones, encefalopatía hepática (24 %) y obstrucción de la comunicación (10-40 %). La técnica tiene éxito en el 93 % de los casos y la supervivencia al año es del 87 %, estando patente el shunt en el 60-90 % y libres de resangrado un 86 % de los enfermos <sup>3</sup>. En el

Correspondencia: Dr. J. M. Morales Cerdán.  
Hospital 12 de Octubre.  
Servicio de Nefrología.  
Ctra. de Andalucía, km. 5,400.  
28041 Madrid.

seguimiento es necesario practicar un eco-doppler periódicamente para comprobar la permeabilidad del shunt<sup>7</sup>. En conclusión, la DPPI es una nueva opción terapéutica segura y efectiva en el manejo de la HTP y que debería ser tenida en cuenta en enfermos con hepatopatía crónica y diálisis o TR que cumplan alguna de las indicaciones antes mencionadas.

### Bibliografía

1. Morales JM, Muñoz MA, Castellano G y cols.: Impact of hepatitis in long-functioning renal transplants: a clinico-pathological follow-up. *Transplant Proc* 25:1450-1453, 1993.
2. Richter GM, Noeldge G, Palmaz JC y cols.: Transjugular intrahepatic portacaval stent shunt: preliminary clinical results. *Radiology* 174:1027-1030, 1990.
3. Rössle M, Haag K, Ochs A y cols.: The transjugular intrahepatic portosystemic stent-shunt procedure for variceal bleeding. *N Engl J Med* 330:165-171, 1994.
4. Fernández Rodríguez R, Morales JM, Martínez R y cols.: Senior-Loken syndrome (nephronophthisis and pigmentary retinopathy) associated to liver fibrosis: a family study. *Nephron* 55:74-77, 1990.
5. Ring EJ, Lake JR, Roberts JP y cols.: Using transjugular intrahepatic portosystemic shunt to control variceal bleeding before liver transplantation. *Ann Intern Med* 116:304-309, 1992.
6. Simson KJ, Chalmers N, Redhead DN, Finlayson ND, Bouchier JA y Hayes PC: Transjugular intrahepatic portosystemic stent shunting for control of acute and recurrent upper gastrointestinal haemorrhage related to portal hypertension. *Gut* 34:968-973, 1993.
7. Lid CD, Malisch TW, Chung WK y cols.: Incidence of shunt occlusion or stenosis following transjugular intrahepatic portosystemic shunt placement. *Gastroenterology* 106:1277-1283, 1994.