



Transformación cavernomatosa de la vena porta

Georgina Cornelio Rodríguez,¹ Lluvia I González Merino,²
Jaime E Cazares Montañez,³ Roberto Herrera Méndez,¹ José Luis Ramírez Arias⁴

Hombre de 46 años que ingresa al Servicio de Urgencias con diagnóstico de colecistitis aguda. Antecedentes personales patológicos: trombosis mesentérica hace dos años. Durante la laparoscopia, el cirujano observa múltiples vasos de aspecto serpentinoso en el hilio hepático. Un mes después, reingresa a urgencias con dolor abdominal difuso, sangrado de tubo digestivo alto, hiperhomocisteinemia y deficiencia de factor XII. Posteriormente se realiza tomografía trifásica de abdomen (*Figuras 1A y 1B*) donde el tronco de la vena porta no se identifica y se observan múltiples venas colaterales tortuosas, las cuales miden entre 6 y 8 mm en su calibre. Se realiza ultrasonido (*Figura 2*), en el cual no se identifica a la vena porta y en su lugar se muestran múltiples vasos tortuosos anecoicos con flujo lento.

TRANSFORMACIÓN CAVERNOMATOSA DE LA VENA PORTA

La transformación cavernomatosa de la porta fue descrita por primera vez en 1869 por Balfour y Stewart como la trombosis y dilatación varicosa de la vena porta como resultado de esplenomegalia y ascitis.¹ Posteriormente Köbrich aportó el término “cavernoma” para referirse a la condición patológica en la cual la vena porta presenta aspecto esponjoso, dada la gran cantidad de vasos sanguíneos formados, éste a su vez acuñó la frase “transformación cavernomatosa de la vena porta” para indicar que esta condición era secundaria a trombosis portal.²

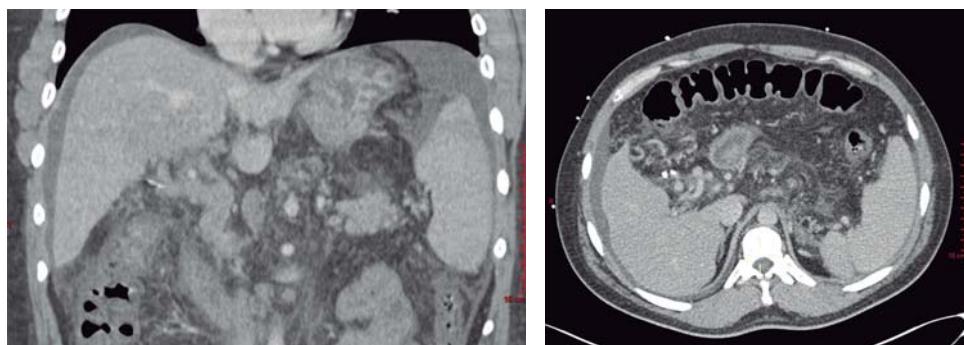


Figura 1:

Tomografía computarizada, reconstrucción coronal en fase portal (**A**) y corte axial en fase venosa (**B**), donde el tronco de la vena porta no se identifica y en su topografía se observan múltiples venas colaterales tortuosas, así como esplenomegalia.

¹ Médico residente de Imagenología Diagnóstica y Terapéutica, Facultad de Medicina, UNAM. Hospital Ángeles Pedregal, Rotante en el Hospital Ángeles Clínica Londres.

² Médico adscrito al Servicio de Imagenología. Hospital Ángeles Clínica Londres.

³ Médico adscrito al Servicio de Cirugía. Hospital Ángeles Clínica Londres.

⁴ Director Médico del Hospital Ángeles Pedregal. Jefe de Radiología del Grupo Ángeles.

Correspondencia:

Georgina Cornelio Rodríguez

Correo electrónico: gcornelio88@gmail.com

Aceptado: 11-04-2018.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medicographic.com/actamedica>

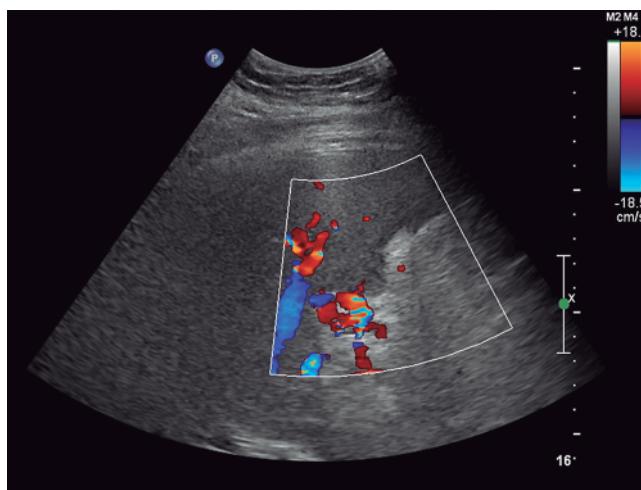


Figura 2: Ultrasonido de abdomen, con modalidad Doppler color, donde se observan múltiples vasos en el hilio hepático.

La transformación ocurre tan pronto como seis a 20 días después del evento trombótico de la porta e incluso si se produce una recanalización parcial del trombo. Se compone de las ramas biliares dilatadas (venas cística y pericolecística) y las ramas gástricas (venas gástricas izquierda y derecha) de la vena porta y los trombos parcialmente recanalizados.¹

El evento trombótico agudo se puede asociar con dolor abdominal y fiebre. Por lo tanto, el diagnóstico de trombosis de la vena porta generalmente no se establece hasta que existen síntomas de hipertensión portal.³

La presentación clínica más frecuente asociada a manifestaciones de hipertensión portal es la hemorragia digestiva alta (HDA).⁴ De 90 a 95% de estos pacientes tienen várices esofágicas y 35 a 40% tienen várices gástricas.⁵

El diagnóstico tiende a ser difícil basándose únicamente en la semiología, por lo que se requiere el uso del ultrasonido de abdomen, tomografía computarizada y resonancia magnética para llegar a su diagnóstico.⁶

El ultrasonido es una buena forma de iniciar el abordaje; donde se observan múltiples vasos tortuosos anecóicos en la topografía de la vena porta; el Doppler muestra el flujo generalmente hepatopeto y continuo con poco o nulo cambios cardíaco y respiratorio.⁷ La tomografía computarizada nos muestra una imagen de apariencia en collar (masa de venas) en el hilio portal, hallazgo más común.² En la fase arterial hepática se identifican zonas heterogéneas de alta atenuación en la periferia; por el incremento compensatorio en el flujo arterial periférico.^{8,9} La resonancia magnética nos presenta múltiples vasos colaterales serpiginosos en el hilio hepático que refuerzan en la fase venosa portal,

este mismo comportamiento se observa en la tomografía computarizada.¹⁰

El radiólogo debe siempre mencionar la morfología hepática, alteraciones del flujo sanguíneo, lesiones hepáticas focales, tamaño de la arteria hepática, evaluar el árbol biliar, signos de hipertensión portal y la descripción detallada del resto de los órganos abdominales.¹¹

El tratamiento es la derivación portosistémica, aunque se han reportado resultados satisfactorios con TIPS (*Transjugular intrahepatic portosystemic shunt*).¹²

La transformación cavernomatosa de la porta es un tema descrito desde hace más de 140 años. Actualmente sigue siendo una patología difícil de abordar, debido a la clínica que presenta el paciente; sin embargo, la hemorragia digestiva alta como manifestación de hipertensión portal debe considerarse para llegar al diagnóstico.

REFERENCIAS

1. Zárate F, Romero JO, Cervantes R et al. Clinical, radiologic, and endoscopic characteristics upon diagnosis of patients with prehepatic portal hypertension at the Instituto Nacional de Pediatría from 2001 to 2011. *Revista de Gastroenterología de México*. 2014; 79 (4): 244-249.
2. De Gaetano Anna, Lafontaine Michel et al. Cavernous transformation of the portal vein: patterns of intrahepatic and splanchnic collateral circulation detected with doppler sonography. *Am J Roentgenol*. 1995; 165: 1-2.
3. Gallego C, Velasco M, Marcuello P et al. Congenital and acquired anomalies of the portal venous system. *RadioGraphics*. 2002; 22: 141-159.
4. Radhames Ramos, Yoojin Park et al. Cavernous transformation of portal vein secondary to portal vein thrombosis: a case report. *J Clin Med Res*. 2011; 4 (1): 81-84.
5. Klopfenstein K, Grossman N, Fishbein M, y cols. Cavernous transformation of the portal vein: a cause of thrombocytopenia and splenomegaly. EUA. *ClinPediatr*. 2000; 39: 727-730.
6. Ashfaq Ul Hassan, Zahida Rasool et al. Cavernous transformation of portal vein : a rare anatomic development with emphasis on anatomy and physiology of portal blood flow. *Int J Anat Res*. 2014; 2 (1): 289-291.
7. Samiento-Marnez HI, Marnez-García E y cols. Transformación cavernomatosa de la porta como causa de hipertensión portal. Reporte de dos casos clínicos. *Anales de Radiología México*. 2017; 16 (3): 251-259.
8. Gryspeerdt S, Van Hoe L, Marchal G, Baert AL. Evaluation of hepatic perfusion disorders with double-phase spiral CT. *RadioGraphics*. 1997; 17: 337-348.
9. Itai Y, Murata S, Kurosaki Y. Straight border sign of the liver: spectrum of CT appearances and causes. *RadioGraphics*. 1995; 15: 1089-1102.
10. Lee WK, Chang S, Duddalwar VA et al. Imaging assessment of congenital and acquired abnormalities of the portal venous system. *RadioGraphics*. *Rsna.org*. 2011; 31: 905-926.
11. Amico M, Vernuccio F, Peri M et al. Portal Cavernomatosis on MR and CT: what to look for and how to report it? *European Society of Radiology*. Poster C-1313.ECR 2015. doi: 10-1594/ecr2015/C-1313.
12. Justiniano PJC, Buckel GE, Cárdenas SP, Urzúa PC, Schwartz AR, Schatloff BO. Transformación cavernomatosa de la porta. *Rev Chil Cir*. 2003; 55 (3): 265-266.