

Cirujano General

Volumen 26
Volume 26

Número 2
Number 2

Abril-Junio 2004
April-June 2004

Artículo:

Hemorragia por várices gástricas e hipertensión portal segmentaria, asociados a trombosis de la vena esplénica

Derechos reservados, Copyright © 2004:
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*

Hemorragia por várices gástricas e hipertensión portal segmentaria, asociados a trombosis de la vena esplénica

Hemorrhages due to varices and segmental portal hypertension associated to thrombosis of the splenic vein

Dr. Roel Moyeda Botello, Dr. Oziel Sarmiento Herrera, Dr. Guillermo Gutiérrez Guajardo,
Dr. Israel Ortega Ascanio, Dr. Raymundo Zavala Salazar

Resumen

Objetivo: Describir el caso de un paciente con hemorragia por várices gástricas secundaria a hipertensión portal segmentaria como complicación, poco frecuente, de un episodio previo de pancreatitis aguda.

Sede: Hospital Regional de Especialidades.

Descripción del caso: Mujer de 41 años con antecedente de pancreatitis aguda que presentó hematemesis masiva, se realizó abordaje con endoscopia y estudios de gabinete; se encontró hemorragia proveniente de varices gástricas, esplenomegalia y ausencia de llenado de la vena esplénica secundaria a trombosis del hilio esplénico, por lo que se realizó tratamiento quirúrgico con esplenectomía y pancreatectomía distal.

Conclusión: Se debe tener alto grado de sospecha de trombosis de la vena esplénica en pacientes con hemorragia de várices en tubo digestivo alto, en ausencia de datos de enfermedad hepática.

Palabras clave: Estómago, várices gástricas, hipertensión portal, hemorragia digestiva.

Cir Gen 2004;26: 122-124

Abstract

Objective: To describe the case of a patient with hemorrhage due to gastric varices secondary to segmental portal hypertension as an infrequent complication of a previous acute pancreatitis episode.

Setting: Regional Specialties Hospital.

Description of case: Woman of 41 years of age, with antecedents of acute pancreatitis, who presented massive hematemesis. Endoscopy and cabinet studies were performed, which revealed hemorrhage from gastric varices, splenomegaly and absence of splenic vein filling secondary to thrombosis of splenic ileum filling, and was, therefore, subjected to surgical treatment with splenectomy and distal pancreatectomy.

Conclusion: Thrombosis of the splenic vein must be highly suspected in patients with bleeding of the upper digestive tract in the absence of hepatic disease data.

Key words: Bleeding of the upper digestive tract, segmental portal hypertension, spleen, thrombosis.

Cir Gen 2004;26: 122-124

Introducción

En el mundo occidental, las causas de hemorragia por várices de tubo digestivo alto relacionadas a hipertensión portal son producidas principalmente por cirrosis hepática, ya sea alcohólica o viral. La hipertensión portal tiene un alto impacto epidemiológico, en México es una de las

tres primeras causas de hemorragia del tubo digestivo proximal, y su etiología más frecuente es la presencia de hepatopatía crónica del tipo de la cirrosis hepática, sin embargo, la hipertensión portal de origen no cirrótica representa un grupo de condiciones relativamente poco frecuente. El desarrollo de várices y su subsecuente hemo-

Departamento de Cirugía General del Hospital Regional del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) Monterrey, N.L. México.

Recibido para publicación: 25 de mayo de 2003.

Aceptado para publicación: 22 de enero de 2004.

*Miembro de la Asociación Mexicana de Cirugía General.

Correspondencia: Dr. Guillermo Gutiérrez Guajardo, Calle Aníbal 621, Colonia Cumbres 3er. Sector, 64610 Monterrey, N.L. México

E-mail: roelmoyeda@hotmail.com

rragia es una de las manifestaciones clínicas principales de la hipertensión portal de cualquier causa.¹⁻⁴ La hipertensión portal segmentaria, o izquierda, puede ocasionar hemorragia profusa recidivante de várices ubicadas en el fondo gástrico o en la unión gastroesofágica,^{5,6} cuando su causa es una trombosis de la vena esplénica, usualmente estos pacientes tienen antecedente de pancreatitis alcohólica, pero tal complicación también puede resultar de pancreatitis supurativa, traumática o hereditaria.⁷ Tal padecimiento debe ser sospechado en los pacientes que se presentan con hemorragia por várices en ausencia de datos que sugieran enfermedad hepática. El tratamiento de elección consiste en esplenectomía si la obstrucción es confinada a la vena esplénica. Debido a que la cirugía puede no ser recomendable en pacientes con cirrosis hepática, la distinción precisa entre esta enfermedad quirúrgicamente curable y otras causas de hipertensión portal es importante.⁸ Describimos un paciente con antecedente de pancreatitis aguda y hemorragia por várices secundaria a trombosis de la vena esplénica.

Descripción del caso

Una mujer de 41 años de edad, con antecedente de ataque agudo de pancreatitis un año atrás, se presentó en el departamento de urgencias con hematemesis masiva. Los datos negativos relevantes fueron: ausencia de enfermedades crónico degenerativas, dislipidemias y alcoholismo. Al examen físico presentaba notable esplenomegalia sin ascitis, escleras pálidas pero no ictericas. Los resultados de laboratorio fueron los siguientes: hemoglobina de 5.4 g/dL, plaquetas de 75,000/muL; la urea, creatinina, glucemia, amilasa sérica, bilirrubina, TGO, TGP, calcio sérico y tiempo de protrombina se encontraron normales. La endoscopia proximal demostró la presencia de várices tortuosas y prominentes en el fondo gástrico (**Figura 1**) y el esófago libre de várices. Se realizó escleroterapia endoscópica con lo que la hemorragia cesó temporalmente.

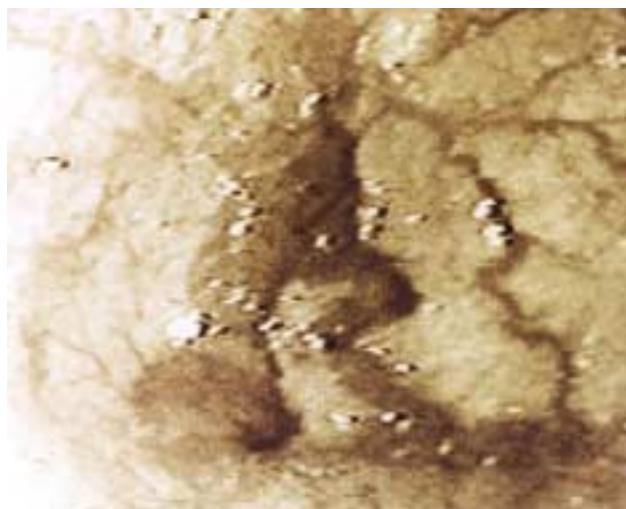


Fig. 1. Imagen endoscópica de várices prominentes localizadas en fondo gástrico.

Luego que fue estabilizada hemodinámicamente se emprendió una serie de estudios, comenzando con una tomografía computada simple que sólo evidenció la presencia de esplenomegalia (**Figura 2**), ultrasonido abdominal con determinación de flujo arterial y venoso que fue normal. Ante la sospecha de hipertensión pre-sinusoidal extrahepática, posiblemente causada por trombosis de la vena esplénica como complicación de un ataque agudo previo de pancreatitis, se realizó una esplenoportografía selectiva, que evidenció la ausencia de llenado de la vena esplénica (**Figura 3**) por trombosis cercana al hilio esplénico, con vascularidad colateral aumentada y venas gástricas cortas tortuosas, la vena porta y la vena mesentérica superior fueron normales. Ante tales hallazgos se practicó laparotomía, realizando el abordaje con una incisión subcostal izquierda amplia, encontrando notable dilatación de las venas epiplóicas (**Figura 4**), esplenomegalia y marcado aumento de la vascularidad del hilio esplénico, adherencias inflamatorias e hígado de aspecto normal. Se realizó esplenectomía y pancreatectomía distal. El estudio histopatológico informó: fibrosis pancreática y congestión esplénica. La convalecencia fue satisfactoria y no ha presentado nuevos episodios de hemorragia durante su seguimiento.

Discusión

La hipertensión portal presinusoidal extrahepática puede ser causada por trombosis de la vena mesentérica, portal o por fistula arteriovenosa intraesplénica. La oclusión de la vena esplénica debida a trombosis ocasionada por pancreatitis es una entidad, aunque poco frecuente, cada vez mejor reconocida, que debe ser considerada en pacientes con hemorragia por várices y ausencia de datos de enfermedad hepática.^{6,9} El diagnóstico puede ser realizado por medio de ultrasonido abdominal, tomografía computada y angiografía. Los datos sonográficos pudieran ser el hallazgo de un trombo ecogénico dentro de la luz de una vena, demostración de la presencia de flujo venoso col-



Fig. 2. Esplenomegalia observada en la tomografía simple.

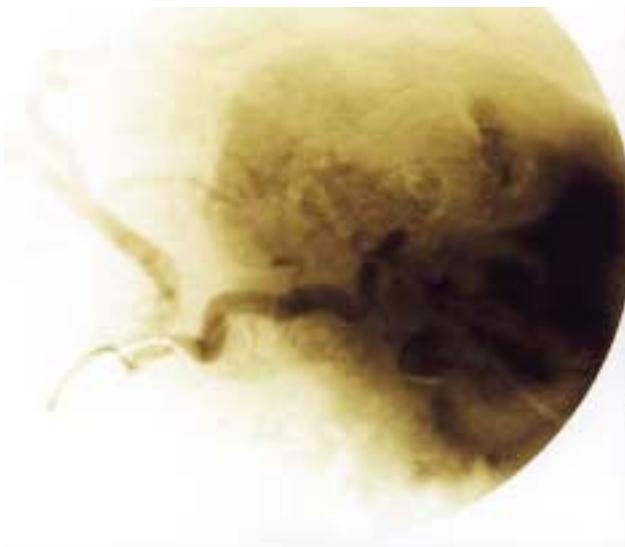


Fig. 3. Esplenoportografía selectiva en fase venosa que corrobora la ausencia de llenado de la vena esplénica.

teral y alargamiento del segmento venoso trombosado.¹⁰ En la tomografía computada podemos observar un trombo (imagen hipodensa) en el interior de la vena esplénica con la porta de aspecto normal.¹¹ La angiografía será sin duda la prueba clave para el diagnóstico, como lo fue en el caso de esta paciente en quien los informes del ultrasonido y de la tomografía no revelaron el diagnóstico. La esplenoportografía puede demostrar la presencia de flujo venoso colateral, esplenomegalia, várices gástricas y ausencia de llenado de la vena esplénica en presencia de una vena porta y mesentérica superior normales.¹²

La frecuencia de hemorragia por várices en pacientes con trombosis de la vena esplénica secundaria a pancreatitis es baja.¹³ La localización más común de las várices es en el fondo gástrico, las cuales, en su etapa incipiente, pueden pasar desapercibidas para el endoscopista a menos que se busquen intencionadamente. La escleroterapia, aplicada a estos pacientes con hipertensión portal segmentaria, suele tener pobres resultados, ya que las varicosidades suelen ser de gran diámetro, localizadas en el fondo y largas, pero puede ayudar a detener la hemorragia temporalmente mientras se realiza la cirugía.¹⁴ Los episodios repetidos de sangrado son frecuentes, por ello ha sido postulado que los pacientes con hemorragia por várices esofágicas o gástricas, secundaria a trombosis de la vena esplénica deben ser tratados por medio de esplenectomía.¹⁵ Debido al antecedente de pancreatitis, suele haber adherencias y fibrosis en grados variables que dificultan la esplenectomía y el riesgo de hemorragia transoperatoria es considerablemente alto, por lo que es recomendable ligar la arteria esplénica antes de movilizar el bazo, el que tendrá un gran número de colaterales en sus ligamentos.

Conclusión

La trombosis de la vena esplénica es un problema que debe ser considerado con un alto índice de sospecha en pacien-



Fig. 4. Red venosa colateral evidente al momento de abordar la cavidad peritoneal.

tes con hemorragia por várices y ausencia de datos que sugieran enfermedad hepática, ya que ésta es una causa rara de hipertensión portal segmentaria que puede ser curada satisfactoriamente por medio de esplenectomía.

Referencias

1. Velasco DV, Vázquez DIM, Loria CJ, Gutiérrez LR, Gómez AV, Hernández HJ, et al. Consenso Nacional del Manejo Integral de la Hipertensión Portal Hemorrágica en Urgencias. *Rev Mex Med Urg* 2002; 1: 12-23.
2. Benhamou JP, Lebrec D. Non-cirrhotic intrahepatic portal hypertension in adults. *Clin Gastroenterol* 1985; 14: 21-31.
3. Bosch J, Mastai R, Kravetz D, Navasa M, Rodes J. Hemodynamic evaluation of the patient with portal hypertension. *Semin Liver Dis* 1986; 6: 309-17.
4. Hillaire S, Valla D, Lebrec D. Noncirrhotic portal hypertension. *Clin Liver Dis* 1997; 1: 223-40.
5. Lebrec D. Methods to evaluate portal hypertension. *Gastroenterol Clin North Am* 1992; 21: 41-59.
6. Madsen MS, Petersen TH, Sommer H. Segmental portal hypertension. *Ann Surg* 1986; 204: 72-7.
7. McElroy R, Christiansen PA. Hereditary pancreatitis in a kindred associated with portal vein thrombosis. *Am J Med* 1972; 52: 228-41.
8. McDermott WV, Bothe A Jr, Clouse ME, Bern MM. Noncirrhotic portal hypertension in adults. *Am J Surg* 1981; 141: 514-8.
9. McDermott WV Jr. Portal hypertension secondary to pancreatic disease. *Ann Surg* 1960; 152: 147-150.
10. Van Gansbeke D, Avni EF, Delcour C, Engelholm L, Struyven J. Sonographic features of portal vein thrombosis. *AJR Am J Roentgenol* 1985; 144: 749-52.
11. Vogelzang RL, Gore RM, Anschuetz SL, Blei AT. Thrombosis of the splanchnic veins: CT diagnosis. *AJR Am J Roentgenol* 1988; 150: 93-6.
12. Rignault D, Mine J, Moine D. Splenoportographic changes in chronic pancreatitis. *Surgery* 1968; 63: 571-5.
13. Little AG, Moossa AR. Gastrointestinal hemorrhage from left-sided portal hypertension. An unappreciated complication of pancreatitis. *Am J Surg* 1981; 141: 153-8.
14. Stone RT, Wilson SE, Passaro E Jr. Gastric portal hypertension. *Am J Surg* 1978; 136: 73-9.
15. Salam AA, Warren WD, Tyras DH. Splenic vein thrombosis: a diagnosable and curable form of portal hypertension. *Surgery* 1973; 74: 961-72.