



Várices ectópicas como causa de ictericia y hemorragia masiva. Una entidad excepcional

Tania Edurné Juárez-Barrientos,* Scherezada Mejía-Loza,* Elí García-Ruiz,* Felipe Zamarripa-Dorsey*

RESUMEN

Introducción: Las várices ectópicas comprenden grandes colaterales venosos portosistémicos situados en cualquier lugar distinto de la región gastroesofágica. Las várices ectópicas son hallazgos comunes durante la endoscopia en pacientes hipertensos portales y su sangrado representa sólo 1-5% de toda la hemorragia varicosa. **Caso clínico:** Hombre de 60 años con cirrosis alcohólica e hipertensión portal con disminución del calibre del colédoco, se solicitó CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) diagnóstica terapéutica en la que se introdujo sonda de balón para corroborar permeabilidad del colédoco y presentando sangrado intraabdominal fatal, por lo que fue intervenido quirúrgicamente con hallazgo de múltiples vasos de neoformación varicosa pericoledocianas y peridiudenciales. Se realizó electrocoagulación así como aplicación de Gelfoam y Beriplast para el tratamiento de la hemorragia varicosa duodenal, ya que los intentos de ligar las várices mediante laparotomía exploratoria no tuvieron éxito. Finalmente el paciente fallece de choque hipovolémico. **Conclusiones:** La hemorragia varicosa de la vesícula biliar es una complicación rara, pero potencialmente mortal de la cirrosis. Los tratamientos que se han empleado han sido adoptados de la experiencia de las várices de la región gastroesofágica debido a su baja frecuencia.

Palabras clave: Várices ectópicas, hipertensión portal, várices biliares, várices duodenales, várices intraabdominales, cirrosis.

ABSTRACT

Introduction: Ectopic varices comprise large portosystemic venous collaterals located anywhere other than the gastrooesophageal region. The Ectopic varices are common findings during endoscopy in portal hypertensive patients and their bleeding accounts for only 1-5% of all variceal bleeding. **Case report:** We report the case of a 60-year-old man with alcoholic cirrhosis and portal hypertension with a decrease in the caliber of the common bile duct, requiring therapeutic diagnostic ERCP in which a balloon catheter was introduced to corroborate the common bile duct's perfusion presenting fatal intra-abdominal bleeding, so that it was surgically operated with a finding of multiple vessels of varicose neoplasia pericoledocianas and peridiudenciales. Electrocoagulation was performed, as well as the application of Gelfoam and Beriplast was performed for the treatment of duodenal varicose hemorrhage, because attempts to ligate varices by exploratory laparotomy were unsuccessful. Finally the patient dies of hypovolemic shock. **Conclusion:** Gallbladder variceal hemorrhage is a rare, but potentially catastrophic complication of cirrhosis. Management of this condition has been adapted from experience with esophagogastric varices, due to its low frequency.

Key words: Ectopic varices, portal hypertension, biliary varices, duodenal varices, intra-abdominal varices, cirrhosis.

INTRODUCCIÓN

Las várices ectópicas representan *shunts* portosistémicos naturales, secundarios a hipertensión portal y ocurren en cualquier parte del abdomen, excepto en la región gastroesofágica. Pueden aparecer en duodeno, yeyuno,

íleo, colon, ano, recto, vejiga urinaria, útero, ovarios, en zona periestomal, biliar, peritoneal, retroperitoneal, umbilical y otros lugares. Estos colaterales se producen cuando el sistema venoso portal está en yuxtaposición al sistema venoso sistémico. Con el desarrollo de la hipertensión portal intrahepática, estos *shunts* actúan para desviar el flujo del aumento de la resistencia vascular intrahepática. Las várices ectópicas pueden desarrollarse después de la obliteración de las várices esofágicas, ya sea por escleroterapia o ligadura; se presume que ocurren debido

* Servicio de Gastroenterología. Hospital Juárez de México. Secretaría de Salud, Ciudad de México, México.

Recibido: 10/04/2017. Aceptado para publicación: 30/04/2017.



a que la sangre derivada abre otros colaterales entre las circulaciones portal y sistémica y en raras ocasiones en los procedimientos quirúrgicos abdominales o en trombosis venosa abdominal secundaria a inflamación.¹

Las várices ectópicas representan hasta 5% de todas las hemorragias varicosas y son un desafío en el diagnóstico y tratamiento. La falta o malinterpretación de estas lesiones pueden tener consecuencias graves.²

Las várices ectópicas se presentan en una multitud de formas. Por ejemplo, las várices duodenales pueden manifestarse con hematemesis o hematoquecia cuando se localizan en duodeno distal,³ mientras que las várices del sistema biliar se acompañan de obstrucción biliar o rara vez de hemobilia y sangrado gastrointestinal.⁴

Las várices del tracto biliar pueden ocurrir hasta en 30% de los pacientes con trombosis portal.⁵ Se les detecta como hallazgo incidental o como obstrucción biliar secundaria al efecto de masa en los conductos biliares extrahepáticos.⁶ Las várices de los conductos biliares pueden visualizarse en la colangiografía como múltiples defectos de llenado mural con estrechamiento e irregularidad resultante de la compresión de la vía biliar.⁷ Pueden confundirse con un colangiocarcinoma o una colangitis esclerosante primaria y se le denomina colangitis pseudoesclerosante.

La trombosis crónica de la vena porta extrahepática y la aparición de colaterales venosas periportales en forma de cavernoma pueden asociarse a anomalías estructurales de la vía biliar (estenosis, dilataciones, angulaciones), denominadas en conjunto colangiopatía portal o biliopatía portal. El término «colangiopatía portal» fue utilizado por primera vez por Sarin et al. en 1992,⁸ desde entonces sólo se han descrito cerca de 200 casos en la literatura médica, probablemente debido a que entre los gastroenterólogos existe un bajo nivel de sospecha clínica de esta entidad.⁹⁻¹¹ Algunos autores señalan que la trombosis portal crónica y la transformación cavernomatosa ocasionan isquemia en los conductos biliares, la teoría más aceptada defiende que las colaterales periportales que componen el cavernoma ejercen tal presión en la vía biliar que provocan cuadros de colestasis y en ocasiones verdaderas estenosis de la vía biliar.¹²

El diagnóstico se basa en los hallazgos obtenidos en las diferentes pruebas de imagen. La ecografía abdominal con estudio Doppler es la exploración que inicialmente detecta la trombosis portal y la cavernomatosis, pero por lo regular no ofrece un estudio óptimo de la vía biliar extrahepática. En este sentido, la colangio-RM actualmente se considera el estudio de elección para llegar al diagnóstico de colangiopatía portal, ya que por una parte permite confirmar el diagnóstico de trombosis portal y la presencia de circu-

lación venosa colateral periportal alrededor del colédoco y por otra, demuestra la repercusión del cavernoma del árbol biliar en forma de estenosis de contornos regulares, angulaciones o dilataciones segmentarias.¹³

Objetivo

Descripción de un caso de ictericia obstructiva secundaria a várices coledocianas en un paciente con cirrosis hepática e hipertensión portal.

CASO CLÍNICO

Masculino de 60 años de edad, con antecedente de etilismo desde los 20 años de edad suspendido a los 52 años, a razón de 180 g/día de alcohol. Colecistectomía hace 33 años. Atendido en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Juárez de México desde hace tres años con diagnóstico de cirrosis hepática por alcohol en estadio Child Pugh C, MELD 22. Hemorragia digestiva alta por grandes várices esofágicas de Baveno, en tratamiento con ligadura de várices en los años 2012, 2013 y 2014. Durante su evolución se observa incremento persistente y progresivo de fosfatasa alcalina, gamma glutamil-transferasa y bilirrubinas, sin ningún factor de descompensación que lo justificara (procesos infecciosos o hemorragias) a descartar proceso neoplásico. Se realiza USG Doppler y colangiorresonancia que reportan trombosis portal y disminución del calibre del tercio medio de colédoco, respectivamente. Se programa CPRE, diagnóstico terapéutico, en la que se observa disminución del calibre de la luz del tercio medio de colédoco por probable compresión extrínseca, se introduce sonda de balón para corroborar permeabilidad del colédoco presentando hemorragia masiva, por tal motivo fue intervenido quirúrgicamente, se detectaron múltiples vasos de neoformación varicosa pericoledococianos y peridiudodenales. En cavidad se observa sangrado en capa de estructuras disecadas sin ceder a hemostasia con presión y electrocoagulación, por lo que se aplica Gelfoam y Beriplast, se empaqueta con cinco compresas y se procede a cierre de cavidad. Ingresa a UCI, se coloca catéter central, se inician aminas y se mantiene con ventilación mecánica asistida. Fallece a las 24 horas por choque hipovólemico refractario a tratamiento (Figuras 1 a 3).

DISCUSIÓN

Las várices del colédoco son difíciles de diagnosticar mediante técnicas de imagen convencionales. El pequeño calibre de las várices y la presencia de numerosas colaterales mayores obstaculizan la detección angiográfica



Figura 1. Ultrasonido en modalidad Doppler color con llenado parcial, con trombosis de la vena porta intrahepática, la extrahepática no se identificó por la presencia de abundante gas intestinal.



Figura 3. Colangiografía endoscópica con defecto de llenado en tercio medio de coléodo.

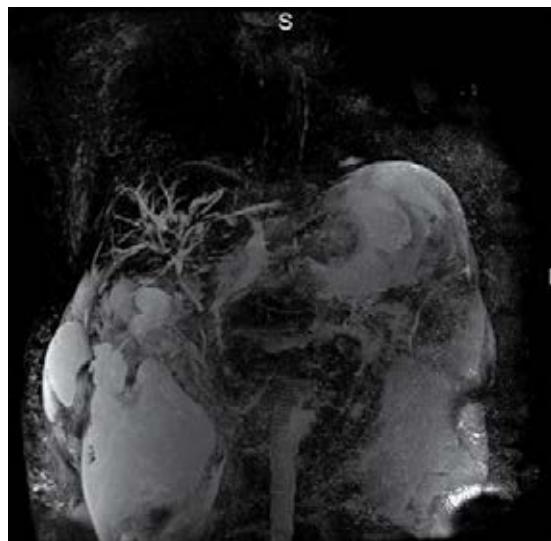


Figura 2. Colangiorresonancia con hepatoesplenomegalia, obstrucción del coléodo medio y ascitis.

de várices en el coléodo. Los pacientes con várices del coléodo generalmente no tienen síntomas atribuibles a las várices por sí solas. La ictericia obstructiva puede ser una característica de las várices que involucran las paredes del conducto biliar común o el coléodo y en raras ocasiones sangran.

Nuestro informe ilustra un caso de ictericia obstructiva secundaria a várices coledocianas en un paciente cirrótico por alcohol con antecedentes de trombosis de la vena porta intrahepática y en quien no se identificaron várices coledocianas mediante colangiorresonancia magnética, únicamente estenosis del coléodo, razón por la que se

realiza CPRE que detecta disminución de calibre de la luz por compresión extrínseca, se pasa sonda de balón para corroborar permeabilidad de la vía biliar; sin embargo, presenta hemoperitoneo masivo repentino, secundario a rotura de várices coledocianas con hemobilia.

Aunque la ictericia obstructiva por várices del coléodo puede representar una complicación rara en pacientes con hipertensión portal, debe considerarse en el diagnóstico diferencial de estos pacientes en quienes se han descartado causas de descompensación y malignidad.

CONCLUSIONES

Los médicos necesitan un alto índice clínico de sospecha para establecer el diagnóstico de várices ectópicas en pacientes con hipertensión portal y considerar que éstas pueden ser causa de ictericia, sobre todo en pacientes con trombosis de la vena porta. Dada la diversidad de ubicaciones y manifestaciones complejas, se necesita un enfoque multidisciplinario con la participación de gastroenterólogos, radiólogos intervencionistas endoscopias y cirujanos para determinar la mejor estrategia de tratamiento para las várices ectópicas. El diagnóstico es difícil debido a la inaccesibilidad, ya que no existen estudios aleatorios que normen los criterios de tratamiento de várices ectópicas, la mayor parte del conocimiento proviene de pequeñas series retrospectivas de casos que mencionan la utilidad de las prótesis biliares y las derivaciones vasculares.

REFERENCIAS

1. Akhter NM, Haskal ZJ. Diagnosis and management of ectopic varices. Gastrointest Interv 2012; 1(1): 3-10.



2. Sato T, Akaike J, Toyota J, Karino Y, Ohmura T. Clinicopathological features and treatment of ectopic varices with portal hypertension. *Int J Hepatol* 2011; 2011: 960720.
3. Kim MJ, Jang BK, Chung WJ, Hwang JS, Kim YH. Duodenal variceal bleeding after balloon-occluded retrograde transvenous obliteration: treatment with transjugular intrahepatic porto systemic shunt. *World J Gastroenterol* 2012; 18(22): 2877-80.
4. Khan AA, Sarwar S, Alam A, Butt AK, Shafqat F, Tarique S et al. Ectopic intestinal varices as a rare cause of lower gastrointestinal haemorrhage. *J Coll Physicians Surg Pak* 2003; 13(9): 526-7.
5. McAvoy NC, Plevris JN, Hayes PC. Human Thrombin for treatment of gastric and ectopic varices. *World J Gastroenterol*. 2012; 18(41): 5912-7.
6. Henry Z, Uppal D, Saad W, Caldwell S. Gastric and ectopic varices. *Clin Liver Dis* 2014; 18(2): 371-88.
7. Chu EC, Chick W, Hillebrand DJ, Hu KQ. Fatal spontaneous gallbladder variceal bleeding in a patient with alcoholic cirrhosis. *Dig Dis Sci* 2002; 47(12): 2682-5.
8. Sarin SK, Bhatia V, Makwana U. Portal biliopathy in extrahepatic portal venous obstruction. *Indian J Gastroenterol* 1992; 11: A82.
9. Khuroo MS, Yatoo GN, Zargar SA, Javid G, Dar MY, Khan BA et al. Biliary abnormalities associated with extrahepatic portal venous obstruction. *Hepatology* 1993; 17(5): 807-13.
10. Condat B, Vilgrain V, Asselah T, O'Toole D, Rufat P, Zappa M et al. Portal cavernoma-associated cholangiopathy: a clinical and MR cholangiography: a clinical and MR cholangiography coupled with MR portography imaging study. *Hepatology* 2003; 37(6): 1302-8.
11. Sezgin O1, Oğuz D, Altıntaş E, Saritaş U, Sahin B. Endoscopic management of biliary obstruction caused by cavernous transformation of the portal vein. *Gastrointest Endosc* 2003; 58(4): 602-8.
12. Justo LA, Olcina JR, Tallón AG, Carbonell SP, Rivera JL, Vicente VM. Colangiopatía asociada a la hipertensión portal. *Gastroenterol Hepatol* 2011; 34(9): 619-23.
13. Wasler EM, Runyan BR, Heckman MG, Bridges MD, Willigham DL, Paz-Fumagalli R et al. Extrahepatic portal biliopathy: proposed etiology on the basis of anatomic and clinical features. *Radiology* 2011; 258(1): 146-53.

Solicitud de sobretiros:

Dra. Tania Edurné Juárez-Barrientos
 Servicio de Gastroenterología,
 Hospital Juárez de México.
 Av. Instituto Politécnico Nacional Núm. 5160,
 Col. Magdalena de las Salinas, C.P. 07760,
 Del. Gustavo A. Madero, Ciudad de México.
 Tel: 57477560, ext. 7417
 Correo electrónico: taniaedurne@hotmail.com

Fe de erratas al volumen 84, número 2 del año 2017

En el artículo *Perfil epidemiológico y algunas determinantes sociales de mujeres mexicanas con lesiones intraepiteliales cervicales en el Hospital Juárez de México y la Clínica Integral de la Mujer*, página 70, existe un error en el nombre de la Doctora Fragozo-Sandoval.

Dice: Fabiana Fragozo-Sandoval

Debe decir: Fabiola Fragozo-Sandoval

En el artículo *Escribiendo la historia de la radiología en México. Las primeras radiografías*, en la página 117, se incluyeron por error unos agradecimientos que no le corresponden.