

# HEMORRAGIA DIGESTIVA RECIDIVANTE POR VARICES FÚNDICAS SECUNDARIO A HIPERTENSIÓN PORTAL IZQUIERDA TRAS PANCREATECTOMÍA CORPOROCAUDAL: ESPLENECTOMÍA COMO TRATAMIENTO DEFINITIVO.

*Recurrent digestive hemorrhage due to fundic varices secondary to left-sided portal hypertension after distal pancreatectomy: splenectomy as definitive treatment.*

Fernandez Carrasco M, Plaza Fernández A, Sánchez Tripiana M, Diéguez Castillo C

HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

## Resumen

La hipertensión portal extrahepática (HPE) se define como el aumento de la presión en el sistema venoso portal sin la presencia de hepatopatía crónica. La hipertensión portal izquierda o segmentaria (HPI) es una forma poco frecuente de hipertensión portal extrahepática, asociada generalmente a patología pancreática. La formación de colaterales y el desarrollo de varices gástricas son el principal hallazgo asociado, pudiendo provocar hemorragias digestivas alta (HDA) potencialmente graves<sup>1</sup>.

Presentamos el caso de una paciente intervenida mediante una pancreatectomía corporocaudal, que desarrolla

HDA recidivante por varices fúndicas como consecuencia de la alteración de la circulación esplénica.

**Palabras clave:** hipertensión portal izquierda, varices gástricas, esplenectomía.

## Abstract

Extrahepatic portal hypertension (EPH) is defined as an increase in pressure within the portal venous system without the presence of chronic liver disease. Left-sided portal hypertension (LSPH) is a rare form of extrahepatic portal

Marta Fernandez Carrasco  
Hospital Universitario Torrecárdenas  
mfcarrasco16@gmail.com

Fernandez Carrasco M, Plaza Fernández A, Sánchez Tripiana M, Diéguez Castillo C. Hemorragia digestiva recidivante por varices fúndicas secundario a hipertensión portal izquierda tras pancreatectomía corporocaudal: esplenectomía como tratamiento definitivo. RAPD 2025;48(6):535-537. DOI: 10.37352/2025486.5

## CASO CLÍNICO

hypertension, typically associated with pancreatic pathology. The formation of collateral circulation and the development of gastric varices are the main associated findings, which can lead to potentially severe upper gastrointestinal hemorrhages (UGIH)<sup>1</sup>.

We present the case of a patient who underwent a distal pancreatectomy and subsequently developed recurrent UGIH due to fundic varices as a consequence of altered splenic circulation.

**Keywords:** left-sided portal hypertension, gastric varices, splenectomy.

### Caso clínico

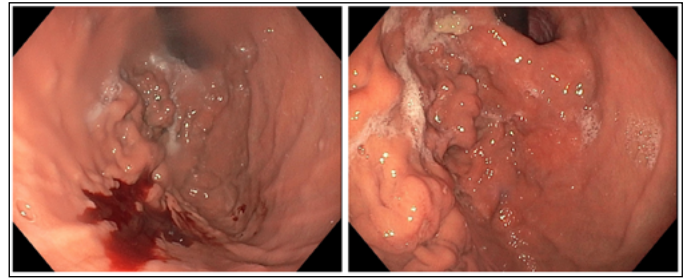
Mujer de 50 años con antecedentes de pancreatectomía distal por cistadenoma de células acinares unilocular. Consulta por hematemesis de inicio súbito, asociada a mareo e hipotensión arterial. La analítica inicial muestra anemia (Hb 7.1 g/dL) y parámetros de coagulación normales. Se inicia reposición con líquidos y transfusión de concentrados de hemáties.

La endoscopia digestiva alta (EDA) visualiza la presencia de conglomerado varicoso en fundus gástrico como origen del cuadro, procediendo a la administración endoscópica de cianoacrilato. Se realiza tomografía computarizada (TC) con evidencia cambios posquirúrgicos por pancreatectomía corporocaudal, numerosas colaterales venosas esplénicas y varices en fundus y curvatura menor gástrica.

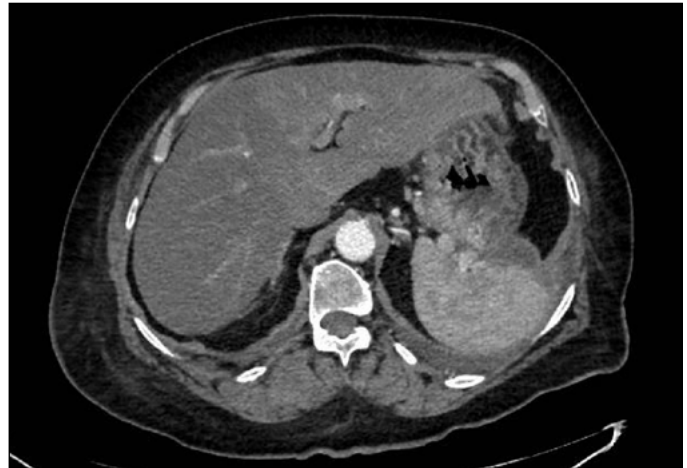
La paciente reingresa un mes después por recidiva hemorrágica con nuevo episodio de hematemesis con anemización, visualizando en EDA persistencia de varices fúndicas. Se decide en comité médico quirúrgico la realización de esplenectomía como tratamiento definitivo. La paciente es sometida a esplenectomía laparoscópica, sin complicaciones intraoperatorias, siendo la evolución favorable, sin presentar nuevos episodios de resangrado durante el seguimiento llevado a cabo a lo largo de un año, ni presentó mayor tasa de infecciones.

### Discusión

La hipertensión portal extrahepática segmentaria, puede ser causada por la trombosis u obstrucción de la vena esplénica (VE), frecuentemente debido a complicaciones de la pancreatitis crónica. Otras causas incluyen carcinoma de páncreas, pseudoquistes, fibrosis, tumores retroperitoneales



**Figura 1.** Imagen de endoscopia digestiva alta con presencia de hemorragia digestiva alta activa secundario a conglomerado varicoso en fundus gástrico.



**Figura 2.** Imagen de TC abdominal que muestra presencia de colaterales esplénicas y varices fúndicas.

y cirugías como la pancreatectomía distal con preservación del bazo, que interrumpe el drenaje venoso esplénico. La obstrucción venosa deriva el retorno del bazo hacia vasos de menor presión, generando circulación colateral y vórices perigástricas. La ligadura de la VE sin reconstrucción venosa aumenta el riesgo del aumento de presión en este territorio con la consecuente formación de varices<sup>3</sup>.

Generalmente no ocurren síntomas y se detecta de forma casual. En algunos casos (4-17%), puede provocar hemorragia digestiva por ruptura de vórices gástricas. El diagnóstico se basa en endoscopia, ecografía y TC, que identifica la obstrucción esplénica, esplenomegalia y circulación colateral<sup>2</sup>.

El tratamiento inicial busca estabilizar al paciente. La escleroterapia con alcohol, ligadura con banda y cianoacrilato son opciones endoscópicas para controlar el sangrado. En la HTP clásica, las técnicas endovasculares incluyen el shunt portosistémico intrahepático transyugular (TIPS), que reduce la presión portal, y la obliteración transvenosa retrógrada con balón (BRTO), que es más eficaz en vórices cardiodfundales<sup>3</sup>.

La no indicación de TIPS en este contexto se fundamenta en que el procedimiento no resulta efectivo en la hipertensión

portal segmentaria, dado que el gradiente de presión portal global no está elevado y la causa de las varices gástricas es la obstrucción localizada de la vena esplénica. El TIPS deriva el flujo portal principal hacia la circulación sistémica, pero no resuelve la congestión venosa esplénica ni la hipertensión localizada que origina las varices gástricas en este escenario<sup>15</sup>.

Por ello, la esplenectomía se considera el tratamiento definitivo, ya que elimina la fuente de congestión venosa y previene la recurrencia hemorrágica en pacientes con hipertensión portal segmentaria secundaria a trombosis o compresión de la vena esplénica. En pacientes de alto riesgo quirúrgico se puede considerar la embolización de la arteria esplénica, siendo esta última opción menos invasiva, pero con riesgo de complicaciones como infartos o abscesos esplénicos<sup>3</sup>.

## Bibliografía

1. Mayer P, Venkatasamy A, Baumert TF, Habersetzer F, Pessaux P, Saviano A, et al. Left-sided portal hypertension: Update and proposition of management algorithm. *J Visc Surg.* 2024;161(1):21–32.
2. Patel RK, Tripathy T, Chandel K, Marri UK, Giri S, Nayak HK, et al. Left-sided portal hypertension: what an interventional radiologist can offer? *Eur Radiol.* 2024.
3. Henry Z, Patel K, Patton H, Saad W. AGA clinical practice update on management of bleeding gastric varices: Expert review. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2021;19(6):1098-1107.e1.
4. El Kininy W, Kearney L, Hosam N, Broe P, Keeling A. Hemorragia varicosa recurrente tratada con stent en la vena esplénica. *Ir J Med Sci.* 2017;186(2):323–7.
5. de Franchis, R., Bosch, J., García-Tsao, G., Reiberger, T., Ripoll, C. y Facultad Baveno VII. (2022). Baveno VII - Renovando el consenso en hipertensión portal. *Revista de Hepatología*, 76 (4), 959–974.