

# HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A VÁRICES GÁSTRICAS POR HIPERTENSIÓN PORTAL SEGMENTARIA TRAS DE PANCREATECTOMÍA DISTAL TIPO WARSHAW

*Upper gastrointestinal bleeding secondary to gastric varices due to segmental portal hypertension after Warshaw-type distal pancreatectomy*

**Rodríguez Mateu A, Plaza Fernández A, Fernández Carrasco M, Fernández Muñoz LR**

HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

## Resumen

La pancreatectomía distal tipo Warshaw es una técnica que permite preservar el bazo mediante la ligadura de los vasos esplénicos y la irrigación a través de los vasos gástricos cortos y la arteria gastroepiloica izquierda. Aunque generalmente segura, puede condicionar el desarrollo de hipertensión portal izquierda, con formación de circulación colateral perigástrica y aparición de várices gástricas. Aunque estas suelen ser asintomáticas, en una minoría de pacientes pueden complicarse con hemorragia digestiva alta.

Presentamos el caso de una mujer de 38 años intervenida previamente mediante pancreatectomía distal tipo Warshaw por fibromatosis mesentérica, que acude por hematemesis y síncope. El estudio endoscópico revela la presencia y varices gástricas y el estudio radiológico confirma este diagnóstico y revela colaterales periesplénicas asociadas a interrupción del eje esplénico, compatibles con hipertensión portal izquierda postquirúrgica.

La paciente recibió tratamiento inicial con cianoacrilato, somatostatina y transfusión de hemoderivados con posterior inicio de betabloqueo como profilaxis secundaria, permaneciendo estable sin nuevos sangrados. La anatomía vascular postquirúrgica no permitió opciones radiológicas de embolización ni otras técnicas de derivación, por lo que se indicó esplenectomía electiva como tratamiento definitivo dada la trombocitopenia significativa, con resolución completa del cuadro.

Este caso ilustra una complicación poco frecuente pero potencialmente grave de la técnica de Warshaw y subraya la importancia de considerar la hipertensión portal sinistral como causa de hemorragia digestiva, incluso años después de la cirugía. La individualización del manejo y el abordaje multidisciplinario son esenciales para la resolución adecuada.

Alejandro Rodríguez Mateu  
Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.  
alexrodry97@gmail.com

Rodríguez Mateu A, Plaza Fernández A, Fernández Carrasco M, Fernández Muñoz LR. Hemorragia digestiva alta secundaria a várices gástricas por hipertensión portal segmentaria tras de pancreatectomía distal tipo Warshaw. RAPD 2026;49(1):24-27. DOI: 10.37352/2026491.3

**Palabras clave:** hemorragia digestiva alta, varices gástricas, Warshaw.

### Abstract

The Warshaw-type distal pancreatectomy is a surgical technique that preserves the spleen by ligating the splenic vessels while maintaining perfusion through the short gastric vessels and the left gastroepiploic artery. Although generally safe, it may lead to the development of left-sided (sinistral) portal hypertension, with the formation of perigastric collateral circulation and the appearance of gastric varices. While these varices are often asymptomatic, a minority of patients may develop complications such as upper gastrointestinal bleeding.

We present the case of a 38-year-old woman previously treated with a Warshaw-type distal pancreatectomy for mesenteric fibromatosis, who presented with hematemesis and syncope. Endoscopic evaluation revealed gastric varices, and imaging studies confirmed this diagnosis, demonstrating perisplenic collaterals associated with interruption of the splenic venous axis, consistent with postsurgical left-sided portal hypertension.

The patient received initial treatment with cyanoacrylate injection, somatostatin infusion, and blood transfusion, followed by initiation of beta-blocker therapy as secondary prophylaxis. She remained hemodynamically stable without further bleeding. Due to her postoperative vascular anatomy, radiological embolization and other shunt procedures were not feasible. Given the presence of significant thrombocytopenia, elective splenectomy was indicated as definitive treatment, resulting in complete resolution of the condition.

This case highlights a rare but potentially serious complication of the Warshaw technique and underscores the importance of considering sinistral portal hypertension as a cause of gastrointestinal bleeding, even many years after surgery. Individualized management and a multidisciplinary approach are essential for optimal outcomes.

**Keywords:** upper gastrointestinal bleeding, gastric varices, Warshaw.

### Introducción

La pancreatectomía distal con preservación esplénica tipo Warshaw es una alternativa quirúrgica ampliamente utilizada para la resección del cuerpo y cola pancreáticos en lesiones benignas o de bajo potencial maligno. Esta técnica se caracteriza por la ligadura de la arteria y vena esplénicas,

manteniéndose la viabilidad del bazo mediante la circulación colateral procedente de los vasos gástricos cortos y la arteria gastroepiploica izquierda.

Su principal atractivo radica en la simplicidad técnica, especialmente en abordajes laparoscópicos o robóticos, y en su utilidad cuando la preservación del eje esplénico no es posible por la proximidad tumoral o por adherencias, diferenciándose así de la técnica de Kimura.

Aunque el procedimiento presenta un perfil de seguridad elevado, puede asociarse a complicaciones vasculares específicas derivadas de la interrupción del drenaje esplénico, como el infarto esplénico o la aparición de várices gástricas secundarias a hipertensión portal segmentaria. Aunque estos hallazgos suelen ser subclínicos, en una minoría de pacientes pueden progresar hasta provocar sangrado digestivo alto.

Presentamos el caso de una mujer con antecedente de pancreatectomía distal tipo Warshaw que acude por un episodio de hemorragia digestiva secundaria a várices gástricas.

### Caso clínico

Mujer de 38 años con antecedente de pancreatectomía distal tipo Warshaw realizada hace 15 años por fibromatosis mesentérica. Acude actualmente a urgencias tras presentar un episodio de hematemesis acompañado de pérdida transitoria de conciencia. A su llegada se objetiva anemia severa (Hb 7,1 g/dL) y tendencia a la hipotensión, iniciándose transfusión urgente de dos concentrados de hematíes. Como otros datos analíticos de interés destaca una trombocitopenia moderada (45.000/mm<sup>3</sup>).

La endoscopia inicial revela un voluminoso coágulo ocupando el fundus gástrico sin poder identificar un punto claro de sangrado. Se repite la gastroscopia posteriormente observándose pliegues gástricos marcadamente engrosados y una pequeña zona fibrinada compatible con váriz gástrica que presenta sangrado en babeo durante la exploración por lo que se administra cianoacrilato en la misma quedando estable.

El angio-TC abdominal urgente confirma la presencia de várices de gran tamaño en fundus y región periesplénica, abundante circulación colateral y esplenomegalia, en un contexto de ausencia de vasos esplénicos principales, todo ello compatible con hipertensión portal izquierda secundaria a la cirugía previa (Figuras 1 y 2).



Figura 1. Varices perigástricas y periesplénicas en angio-TC abdominal.



Figura 2. Varices perigástricas y periesplénicas en reconstrucción 3D.

Durante el ingreso, la paciente se mantiene estable y no presenta nuevos episodios hemorrágicos. Completa cinco días de perfusión de somatostatina, se introduce carvedilol a dosis de 6.25mg cada 12 horas como profilaxis secundaria y se administra hierro intravenoso para corrección de la anemia.

Como tratamiento definitivo, tras valoración conjunta con Cirugía General y Radiología Intervencionista se descarta la posibilidad de embolización de la arteria hepática por las características anatómicas postquirúrgicas y el elevado riesgo

de isquemia gástrica en caso de acceso por otras ramas. Finalmente, se indica esplenectomía programada realizándose sin incidencias intraoperatorias y con buena evolución posterior sin nuevos episodios de sangrado.

## Discusión

La pancreatectomía distal tipo Warshaw permite preservar el bazo mediante la ligadura de los vasos esplénicos principales y el mantenimiento de la perfusión a través de los vasos gástricos cortos y la arteria gastroepiploica izquierda. Aunque se considera una técnica segura y ventajosa en lesiones benignas o de bajo riesgo, esta redistribución forzada del drenaje esplénico puede generar alteraciones hemodinámicas significativas. La más relevante es la hipertensión portal izquierda (sinistral), consecuencia directa de la interrupción u oclusión de la vena esplénica. Este fenómeno provoca congestión esplénica y desarrollo de una red de colaterales venosas que drenan preferentemente hacia los vasos gástricos cortos y la vena gastroepiploica izquierda.

La formación de varices gástricas es una manifestación clásica de esta circulación colateral hipertensiva. Aunque hasta una cuarta parte de los pacientes sometidos a esta técnica pueden desarrollar várices perigástricas radiológicas, la mayoría permanecen asintomáticos. No obstante, en una minoría estas varices pueden progresar a rotura, dando lugar a hemorragia digestiva alta potencialmente grave, más frecuente en pacientes jóvenes con un desarrollo colateral particularmente robusto.

El cuadro clínico suele manifestarse como hematemesis, melena o anemia aguda, pudiendo asociarse a shock en casos severos. La endoscopia urgente constituye la herramienta inicial para identificar la causa del sangrado junto con las técnicas de imagen (angio-TC abdominal y estudio doppler) que son esencial para confirmar la hipertensión portal izquierda, visualizar la circulación colateral y descartar complicaciones como el infarto esplénico.

El manejo agudo sigue los principios generales del tratamiento de la hemorragia varicosa: estabilización hemodinámica, antibióticos profilácticos y fármacos vasoconstrictores del área esplácnica como somatostatina. El tratamiento endoscópico de elección para las varices gástricas es la inyección de cianoacrilato, mientras que la ligadura elástica queda reservada, con mejor eficacia, para varices esofágicas.

En escenarios donde el sangrado es refractario o la anatomía impide procedimientos endoscópicos o radiológicos

eficaces, la esplenectomía se convierte en el tratamiento definitivo ya que corrige de forma inmediata el gradiente de presión y reduce el riesgo de resangrado. Además, está indicada en casos asociados a infarto esplénico, hiperesplenismo severo o trombocitopenia significativa.

El manejo óptimo de estos pacientes requiere un enfoque multidisciplinario, integrando gastroenterología, radiología intervencionista y cirugía. La decisión terapéutica debe individualizarse, valorando cuidadosamente la anatomía vascular, la magnitud de las colaterales y las opciones disponibles en el centro. Aunque la incidencia de sangrado clínicamente significativo tras una pancreatectomía tipo Warshaw es baja, la gravedad potencial de este evento justifica un alto índice de sospecha en pacientes con antecedentes de esta técnica que consulten por hemorragia digestiva, incluso muchos años después del procedimiento.

### Bibliografía

1. Warshaw AL. Distal pancreatectomy with preservation of the spleen. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2010;17(6):808-12.
2. Kotsifa E, Festen S, Busch OR, Besselink MG, Daams F; HPB-Amsterdam. Robotic spleen-preserving distal pancreatectomy: the Warshaw and Kimura techniques. *J Vis Exp.* 2024;(209).
3. Ebrahim E, Chae H, Kim HS, Yoon SJ, Shin SH, Han IW, et al. Natural history and risk factors of splenic infarction after spleen-preserving distal pancreatectomy using the Warshaw technique. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2025. Epub 2025 Sep 17.
4. Sugimachi K, Shimagaki T, Tomino T, Onishi E, Mano Y, Iguchi T, et al. Patterns of venous collateral development after splenic vein occlusion associated with surgical and oncological outcomes after distal pancreatectomy. *Ann Gastroenterol Surg.* 2024;8(6):1118-25.
5. Kawanaka H, Akahoshi T, Kinjo N, Iguchi T, Ninomiya M, Yamashita YI, et al. Effect of laparoscopic splenectomy on portal haemodynamics in patients with liver cirrhosis and portal hypertension. *Br J Surg.* 2014;101(12):1585-93.