

TROMBOSIS VENOSA ESPLÉNICA EN PANCREATITIS AGUDA

P.G. Casado-Monje, C. Nuñez-Sousa, E. Gómez-Delgado, M. Maraver Zamora, M. Ramos-Lora

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Resumen

Describimos el caso de un paciente joven que tras pancreatitis aguda desarrolló una trombosis venosa esplénica, como complicación frecuente dentro de las complicaciones vasculares de estos procesos, a pesar de ser estas complicaciones vasculares poco frecuentes en dicha entidad.

Palabras clave: Pancreatitis, trombosis esplénica, pseudoquistes.

Key words: Pancreatitis, splenic thrombosis, pseudocysts.

Introducción

La pancreatitis aguda es un síndrome clínico caracterizado por dolor abdominal intenso de inicio reciente o la exacerbación de dolor abdominal ya existente asociado al aumento de los valores de enzimas pancreáticas en sangre^{1,2}. Su patogenia es muy diversa^{3, 4}, siendo las dos principales causas el alcoholismo en hombres⁵ y la litiasis biliar en las mujeres⁶. En los jóvenes hay que valorar la posible existencia de procesos hereditarios, infecciosos o traumatismos. Tan sólo el 10-20% se trata de casos idiopáticos⁷. Entre las complicaciones de la misma se pueden encontrar abscesos, pseudoquistes, pseudoaneurismas o trombosis venosas de vasos circundantes como exponemos en nuestro caso.

CORRESPONDENCIA

Pedro German Casado Monge
muebleseli@hotmail.com

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 22 años con antecedentes personales de fumador de 15 cigarrillos al día y bebedor de 120 gramos de etanol durante algunos fines de semana que ingresa por dolor de hipocondrio izquierdo desde hace unos dos meses que su médico de atención primaria trató con antiinflamatorios sin mejoría, astenia, mareo y pérdida de peso. Le realizó analítica sanguínea en la que se objetivó anemia de 9g/dl de hemoglobina por lo que se derivó a urgencias e ingresó en nuestro servicio. Refería que unos cuatro días antes del ingreso las heces eran oscuras pero no alquitranadas. La exploración física al ingreso fue anodina y entre los análisis de laboratorio que se le practicaron destacó una hemoglobina de 6.2 g/dl, Volumen Corpuscular Medio de 85 fentolitros, Amilasa de 439 U/L, Lipasa de 1137 U/L y PCR 2.8, siendo el resto de resultados analíticos normales.

Se diagnosticó al paciente de una "Pancreatitis Aguda" con "0" criterios de Ranson al ingreso, instaurándose las medidas generales de tratamiento para dicha entidad, como son el ayuno alimentario, la fluidoterapia entre 3-5 Litros al día y la analgesia requerida para controlar el dolor. Debido a dicha anemia se le transfundieron 3 concentrados de hematíes.

Se solicitaron además como pruebas complementarias de imagen una endoscopia oral y un TAC de abdomen. En la endoscopia oral se observaron varices gástricas subhiatales sin estigmas de sangrado. En el TAC de abdomen se evidenció un moderado aumento del tamaño del cuerpo y cola pancreáticos, con hiperdensidad y reticulación de la grasa circundante, ligera cantidad de líquido libre peripancreático, pararenal izquierdo, periesplénico y en pelvis menor, así como dos colecciones líquidas organizadas yuxtapancreáticas con realce periférico, una de 38mm. de diámetro en relación con la transición cuerpo-cola que se extiende cranealmente imprimando en la cámara gástrica y otra de

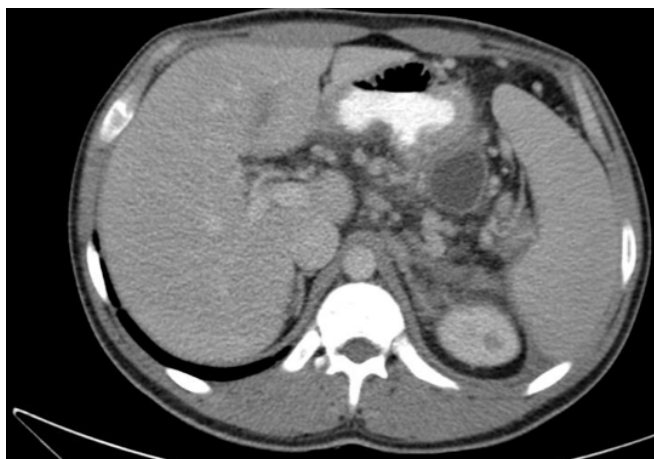


Figura 1
Pseudoquiste pancreático.

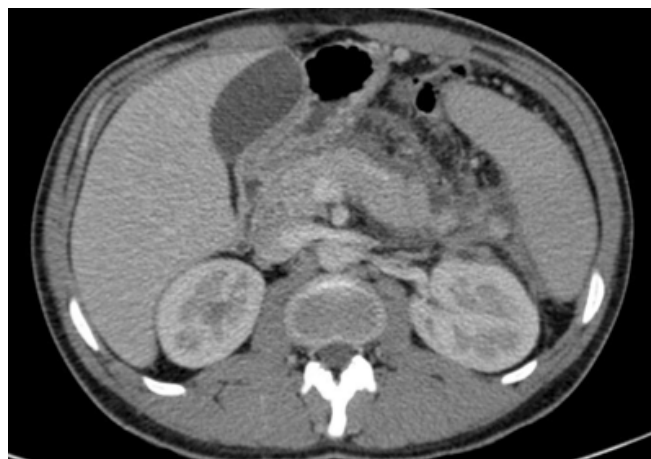


Figura 3
Trombosis vena esplénica en control radiológico.

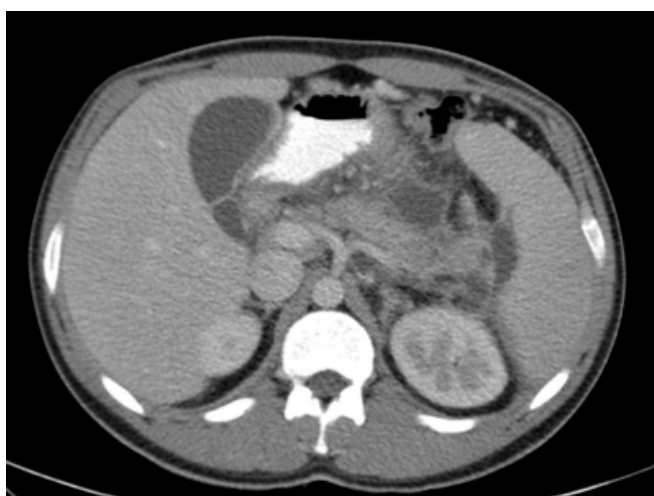


Figura 2
Trombosis vena esplénica.

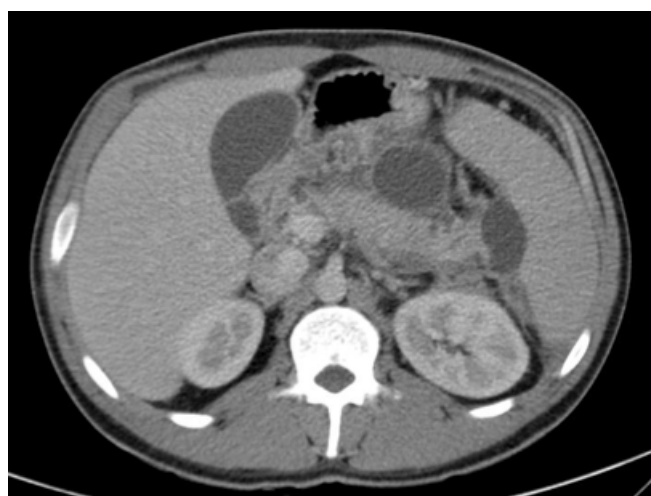


Figura 4
Pseudoquistes pancreáticos en control radiológico.

32mm. en relación con el hilio esplénico. Hallazgos compatibles con pancreatitis aguda sin necrosis glandular, estadio D-E de Balthazar. También se evidenció una esplenomegalia moderada de 16.5cm. de longitud con ausencia de opacificación del trayecto inicial de la vena esplénica y marcada circulación colateral en hilio esplénico y perigástrico (hallazgos en relación a trombosis de vena esplénica) (Figuras 1, 2).

Ante dichos hallazgos se solicitó una ecografía de abdomen, cuyos resultados eran concordantes con los objetivados en la TAC y descartó la existencia de litiasis a nivel biliar; y un Angio-TAC que confirmó la existencia de la trombosis de la vena esplénica con abundante circulación colateral, así como un pseudoquiste pancreático con probable fístula ductal en el margen anterior de la cola pancreática que ya se había objetivado en TAC previo y que había aumentado de tamaño, siendo actualmente de 5cm. x 4.6 cm. (Figuras 3, 4).

Con este diagnóstico, se decidió comentar el caso en sesión clínica multidisciplinaria entre los servicios de Aparato Digestivo, Radiología y Cirugía General, acordándose la realización

de Resonancia Nuclear Magnética para confirmar la presencia de la fístula "quisto-pancreática" y someter al paciente a Esplenectomía más pancreatectomía distal.

El paciente, durante todo el ingreso permaneció asintomático, con buena tolerancia de la dieta oral de forma progresiva y hábito intestinal normalizado, siendo dado de alta con indicación de abstinencia alcohólica, la toma de propranolol 40mg/24h para profilaxis de sangrado digestivo y Pancreatina 50.000 UI en cada comida para evitar la posible existencia de insuficiencia pancreática ante la gravedad de la pancreatitis, quedando pendiente de cita para intervención quirúrgica.

Discusión

Las complicaciones vasculares en las pancreatitis, entre ellas las venosas, son procesos relativamente frecuentes y que pueden llegar a ser muy graves. Entre ellas, la trombosis esplénica suele ser una de las más objetivadas⁸, alcanzando su incidencia un porcentaje de entre el 30%-57% en algunos estudios, dependiendo de la severidad de la pancreatitis⁹. A pesar de que

suele ser un proceso más asociado a una pancreatitis crónica, también puede verse en los procesos agudos¹⁰. Esta trombosis de la vena esplénica puede desarrollarse por tres mecanismos: como consecuencia del edema circundante, la infiltración celular y el proceso inflamatorio pancreático; por la compresión venosa originada por la existencia de un pseudoquistes pancreático; o por lesión de la íntima del vaso, siendo éste último el proceso más frecuente objetivado en los procesos agudos¹¹. En cualquiera de estos procesos, la estasis del flujo sanguíneo es lo que conduce a la trombosis¹². Esto origina un aumento de la presión portal izquierda que obliga a la sangre venosa a volver a sistemas de baja presión a través de colaterales¹³, dando lugar a la formación de varices gástricas aisladas (sin varices esofágicas) como se evidenció en nuestro caso⁸. Otras vías de drenaje son a través de las venas gastroepiploicas derecha e izquierda, mesentérica superior y las retroperitoneales. Clínicamente, la mayoría de las ocasiones esta complicación es silente, aunque en algunos casos pueden aparecer síntomas, siendo el sangrado gastrointestinal en forma de anemia, hematemesis, melenas o hematoquecia, el más común¹¹. La tasa de hemorragia por las varices gástricas asociadas a la trombosis esplénica secundaria a pancreatitis aguda no se conoce, aunque en algunos estudios se ha establecido un porcentaje de hasta el 72%^{8,9}. La esplenomegalia es frecuente también en este proceso¹⁴, pudiendo dar lugar a trombocitopenia, pancitopenia y dolor abdominal. El diagnóstico de esta entidad, en muchas ocasiones puede ser difícil, debido al carácter silente que hemos comentado de la misma. Para el diagnóstico puede ser útil la ecografía, aunque la técnica de elección para la misma, que además nos aportará información de la severidad de la pancreatitis es la TAC con inyección de contraste y, más concretamente, el Angio-TAC⁸. La endoscopia digestiva alta también puede orientarnos a la existencia de dicha complicación al objetivar la existencia de varices gástricas cortas generalmente sin varices esofágicas, así como puede permitirnos evidenciar el punto de sangrado en el caso de que existiera¹⁴. El tratamiento definitivo para esta complicación es la esplenectomía, con la intención de reducir la presión portal y evitar así el sangrado por las varices gástricas^{8,9}. Hay autores que defienden la realización de esplenectomía en el momento del diagnóstico como forma profiláctica de evitar el sangrado por dichas varices gástricas¹⁵; en cambio, otros no consideran su realización hasta después de un primer episodio de sangrado¹⁶. En aquellos pacientes en los que no existen varices esofagogástricas tienen poco riesgo de sangrado, por lo que la esplenectomía no estaría indicada, siendo la observación de los mismos la opción más adecuada¹⁷. En los casos en los que la esplenectomía esté contraindicada, principalmente en pacientes de alto riesgo quirúrgico, la “embolización de la arteria esplénica” puede ser una alternativa^{12, 18}.

Conclusiones

Las trombosis venosas producidas como complicación de una pancreatitis son relativamente frecuentes y pueden llegar a provocar complicaciones importantes en los pacientes que las padecen. Hoy en día, el diagnóstico de las mismas es relativamente sencillo y puede realizarse de forma rápida si pensamos en ella en base a la clínica que presenta el paciente, con lo que podremos aplicar las medidas terapéuticas oportunas para evitar las complicaciones derivadas de las mismas.

Bibliografía

1. Sarles H. Pancreatitis symposium. Basel SK, Marseille 1963.
2. Sarles H. Revised classification of pancreatitis--Marseille 1984. *Dig Dis Sci* 1985; 30:573.
3. Whitcomb D. Acute pancreatitis. *N Engl J Med* 2006;354:2142
4. Frossard JL, Steer M, Pastor C. Acute pancreatitis. *Lancet* 2008;371:143-52.
5. Hanck C, Whitcomb D. Alcoholic pancreatitis. *Gastroenterol Clin North Am* 2004;33:751-65.
6. Gutiérrez I, Domínguez A, Acevedo J. Mecanismos fisiopatogénicos de la pancreatitis aguda. *Cir Gen* 2003;25:95-102.
7. Juan Pablo Ledesma-Heyer, Jaime Arias Amaral. Pancreatitis Aguda. *Med Int Mex* 2009; 25(4): 285-94.
8. I. Nicolás de Prado, M.A. Corral de la Calle, J.M. Nicolás de Prado, F. Gallardo Sánchez, M.A. Medranda. Complicaciones vasculares de la pancreatitis. *Rev Clin Esp.* 2005; 205:326-32.
9. Flati G,Andren-Sandberg A,La Pinta M,Porowska B,Carboni M. Potentially fatal bleeding in acute pancreatitis: pathophysiology, prevention, and treatment. *Pancreas.* 2003 Jan;26(1):8-14.
10. Rattner DW, Warshaw AL. Venous, biliary, and duodenal obstruction in chronic pancreatitis. *Hepatogastroenterology* 1990; 37:301-6.
11. Ismail H. Mallick, Marc C. Winslet. Vascular Complications of Pancreatitis. *J. Pancreas (Online)* 2004; 5(5):328-337.
12. Lillemoed KD, Yeo CJ. Management of complications of pancreatitis. *Curr Probl Surg* 1998; 35:1-98.
13. Khan AH, O'Reilly CJ, Avakian VA, Lucina PA. Splenic vein thrombosis: an unusual case of gastric bleeding. *Angiology* 1977; 28:725-7.
14. Sakorafas GH, Tsiotou AG. Splenic-vein thrombosis complicating chronic pancreatitis. *Scand J Gastroenterol* 1999; 34:1171-7.
15. Bradley EL III. The natural history of splenic vein thrombosis due to chronic pancreatitis: indications for surgery. *Int J Pancreatol* 1987; 2:87-92.
16. Bernades P,Baetz A,Levy P,Belghiti J,Menu Y,Fekete F. Splenic and portal venous obstruction in chronic pancreatitis. A prospective longitudinal study of a medical- surgical series of 266 patients. *Dig Dis Sci.* 1992 Mar;37(3):340-6.
17. Hofer BO, Ryan JA Jr, Freeny PC. Surgical significance of vascular changes in chronic pancreatitis. *Surg Gynecol Obstet* 1987; 164:499-505.
18. McDermott VG, England RE, Newman GE. Case report: bleeding gastric varices secondary to splenic vein thrombosis successfully treated by splenic artery embolization. *Br J Radiol* 1995; 68:928-30.