

HEMATEMESIS Y VARICES GÁSTRICAS AISLADAS COMO PRESENTACIÓN DE HIPERTENSIÓN PORTAL IZQUIERDA SECUNDARIA A OCLUSIÓN DE LA VENA ESPLÉNICA

HAEMATEMESIS AND ISOLATES GASTRIC VARICES AS PRESENTATION OF LEFT-SIDED PORTAL HYPERTENSION DUE TO SPLENIC VEIN OCCLUSION

J.A. Carnerero-Rodríguez, L.M. Camacho-Montaño, J. Leal-Téllez, M.J. Soria-de la Cruz, F.J. Correro-Aguilar

Hospital Universitario Puerta del Mar: Cádiz.

Resumen

Presentamos un caso de hemorragia varicosa gástrica secundaria a trombosis de la vena esplénica por pancreatitis. Discutimos la forma de presentación, imágenes obtenidas por tomografía computarizada, tratamiento y evolución.

Palabras clave: trombosis vena esplénica, hipertensión portal izquierda, varices gástricas aisladas.

Abstract

We present a case of gastric variceal bleeding due to pancreatitis-induced splenic vein thrombosis. We discuss the form of presentation, images obtained by computed tomography, treatment and clinical course.

Keywords: splenic vein thrombosis, left-sided portal hypertension, isolated gastric varices.

CORRESPONDENCIA

José Antonio Carnerero Rodríguez
Hospital Universitario Puerta del Mar
11009 Cádiz
carnererojosea38m@gmail.com

Fecha de envío: 04/04/2019

Fecha de aceptación: 28/04/2019

Introducción

La hipertensión portal izquierda representa menos del 5% de todos los casos de hipertensión portal⁶. La trombosis de la vena esplénica asociada a patología pancreática, descrita por primera vez en 1920 por Hirschfeldt, constituye su causa más frecuente^{1,5}.

Caso clínico

Varón de 75 años colecistectomizado por pancreatitis aguda necrótica de origen biliar en 2003. Presenta hemorragia digestiva alta en forma de hematemesis sin inestabilidad hemodinámica. Anemización hasta 8,6 g/dL de hemoglobina con ferropenia. En endoscopia oral se observa desgarro mucoso de 2 mm fibrinado en unión esofagogástrica y varias erosiones en bulbo duodenal. A nivel gástrico en retroversión, se identifica en fundus y curvatura mayor varios cordones varicosos, uno de ellos con máculas violáceas sobre su superficie, que confluyen en un conglomerado de 3 cm de diámetro a nivel subcardial. Sin datos de daño hepático, se confirma la sospecha de hipertensión portal izquierda mediante ecografía y tomografía computarizada de abdomen, donde se evidencia oclusión de la vena esplénica, abundante circulación colateral gastroepiploica y gastroesplénica con bazo de tamaño normal. El paciente evolucionó favorablemente con control del sangrado digestivo bajo perfusión de omeprazol y somatostatina, descartándose la existencia de varices colónicas y rechazando esplenectomía.



Figura 1

Endoscopia oral. Vista en retroversión. Se observa conglomerado varicoso irregular en forma de "racimo de uvas", que abarca un área de unos 3-4 cm de diámetro a nivel subcardial vertiente de curvatura mayor. Se rodea puntos hematoquísticos o manchas rojo cereza.



Figura 2

Tomografía computarizada de abdomen con contraste intravenoso. Corte axial en fase portal donde se observa oclusión trombótica de la vena esplénica.



Figura 3

Tomografía computarizada de abdomen con contraste intravenoso. Corte axial en fase portal donde apreciamos abundante circulación colateral de predominio en fundus gástrico.

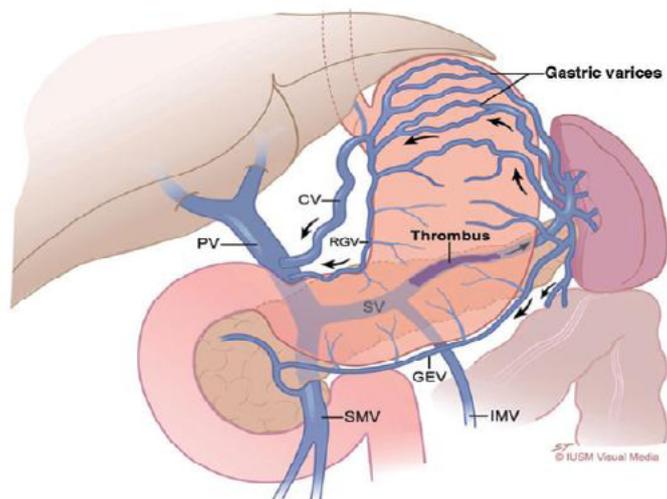


Figura 4

Esquema patogénico de la hipertensión portal izquierda por trombosis de la vena esplénica. Como consecuencia de la obstrucción de la vena esplénica, el retorno venoso del bazo se redistribuye hacia la vena gástrica izquierda desde las venas gástricas cortas y hacia la vena mesentérica superior a través de las venas gastroepiploicas. El aumento de presión a nivel de esta red venosa condiciona la formación de varices gástricas y ectópicas.

Discusión

La pancreatitis aguda es una causa bien definida de trombosis de la vena esplénica¹⁻⁶. La oclusión de la vena esplénica produce una hipertensión portal segmentaria, con desarrollo frecuente de circulación colateral en forma de varices gástricas aisladas¹⁻⁶. La tomografía computarizada de abdomen con contraste intravenoso es una técnica muy útil a la hora de caracterizar esta entidad, permitiendo a su vez excluir daño hepático¹⁻⁶. La incidencia de sangrado variceal con este origen no está bien establecida, variando entre un 4% y 17% según las series^{2,4,5}. La esplenectomía, la obliteración endoscópica de las varices, la embolización de la arteria esplénica o la repermeabilización endovascular de la vena esplénica son opciones terapéuticas válidas que deben ser individualizadas¹⁻⁶.

Bibliografía

1. Tang SH, Zeng WZ, He QW, et al. Repeated pancreatitis-induced splenic vein thrombosis leads to intractable gastric variceal bleeding: A case report and review. *World J Clin Cases* 2015;3(10):920-5.
2. Butler JR, Eckert GJ, Zyromski NJ, et al. Natural history of pancreatitis-induced splenic vein thrombosis: a systematic review and meta-analysis of its incidence and rate of gastrointestinal bleeding. *HPB (Oxford)* 2011;13(12):839-845.
3. Patrono D, Benvenga R, Moro F, et al. Left-sided portal hypertension: Successful management by laparoscopic splenectomy following splenic artery embolization. *Int J Surg Case Rep.* 2014;5(10):652-5.
4. Liu Q, Song Y, Xu X, et al. Management of bleeding gastric varices in patients with sinistral portal hypertension. *Dig Dis Sci.* 2014;59(7):1625-9.
5. Gotto A, Lieberman M and Pochapin M. Gastric variceal bleeding due to pancreatitis-induced splenic vein thrombosis. *BMJ Case Rep.* 2014;24.
6. Fernandes A, Almeida N, Ferreira AM, et al. Left-Sided Portal Hypertension: A Sinister Entity. *GE Port J Gastroenterol.* 2015;22(6):234-239.