

ESPLENECTOMÍA COMO TRATAMIENTO DEL SANGRADO DE VARICES GÁSTRICAS DE ORIGEN NO CIRRÓTICO TRAS FRACASO TERAPÉUTICO ENDOSCÓPICO

SPLENECTOMY AS TREATMENT OF NONCIRRHOTIC GASTRIC VARICEAL BLEEDING AFTER FAILURE OF ENDOSCOPIC MANAGEMENT

Delgado Maroto A¹, Diéguez Castillo C¹, Lendínez Romero I²

¹UGC Aparato Digestivo. Hospital Torrecárdenas. Almería.

²UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Torrecárdenas

Resumen

El sangrado de varices gástricas por hipertensión portal izquierda es una complicación infrecuente, grave y de difícil control. Exponemos el caso de un paciente con sangrado de varices gástricas secundarias a la trombosis de la vena esplénica por pancreatitis aguda grave tratado de forma exitosa mediante esplenectomía urgente.

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

Abstract

Gastric variceal bleeding caused by left-sided portal hypertension is a infrequent, severe condition, which is very difficult to control. We report the successful management by urgent splenectomy of a case of gastric variceal bleeding secondary to splenic vein thrombosis pancreatitis-induced.

Keywords: gastric varices, portal hypertension, splenic vein thrombosis.

Introducción

La hipertensión portal de origen no cirrótico, también llamada hipertensión portal izquierda o segmentaria, se caracteriza por la presencia de varices gástricas aisladas y esplenomegalia junto con una función hepática normal¹. Las varices gástricas son más comunes en hipertensión portal de origen no cirrótico. Pueden deberse a diferentes causas siendo la principal la patología pancreática. Dentro de esta, la pancreatitis crónica es la causa más común, aunque también

CORRESPONDENCIA

Ana Delgado Maroto
Hospital Torrecárdenas
04009 Almería
anadmgr@gmail.com

Fecha de envío: 21/09/2020

Fecha de aceptación: 10/10/2020

se han descrito casos asociados a neoplasias pancreáticas, pancreatitis aguda y pseudoquistes pancreáticos.^{2,3} El contacto estrecho de la vena esplénica con el páncreas la hace susceptible a oclusión/trombosis en caso de inflamación, produciéndose una redirección del flujo sanguíneo a través de los vasos gástricos posteriores y vasos cortos a las venas coronarias que drenan en la vena porta y, a través de las venas gastroepiploicas, a la vena mesentérica superior. De esta forma, el retículo venoso submucoso del fundus gástrico representa un puente anatómico entre las venas gástricas cortas y posteriores con las venas coronarias que, como consecuencia del aumento de la presión, puede dilatarse formando varices.^{3,4}

Caso Clínico

Presentamos el caso de un varón de 63 años con antecedente de pancreatitis aguda grave complicada hace más de 10 años, que desarrolla hipertensión portal secundaria a trombosis de vena mesentérica y cavernomatosis portal (Figura 1). Presenta varices esofágicas y fúndicas, esplenomegalia y una función hepática normal, estando en tratamiento con profilaxis primaria del sangrado con propranolol. Acude a urgencias por cuadro de hematemesis con repercusión hemodinámica, con hipotensión arterial (90/50 mmHg) y taquicardia (105 lpm). En la analítica al ingreso destaca urea 74 mg/dL, creatinina 1 mg/dL, función hepática normal, anemia aguda con hemoglobina 8 g/dL, plaquetas 85.000/ μ L y coagulación normal. Realizamos endoscopia digestiva alta objetivándose varices esofágicas grandes sin estigmas de sangrado reciente y sangrado activo procedente de varices fúndicas sin conseguir un correcto manejo endoscópico. El paciente sufre un empeoramiento clínico, con sangrado activo e hipotensión persistente a pesar de fluidoterapia y transfusión de hemoderivados. Ante persistencia del sangrado se opta por esplenectomía urgente objetivándose esplenomegalia con múltiples adherencias en tejido circundante, vasos cortos ingurgitados y dilatados y abundante colateralidad periesplénica. Se procede a liberación de adherencias, esplenectomía y sección de vasos cortos sin incidencias. Posteriormente el paciente evoluciona de forma favorable, con cese del sangrado y sin complicaciones postoperatorias. Tres semanas después realizamos control endoscópico que muestra disminución del tamaño de varices fúndicas e incluimos al paciente en programa de ligadura endoscópica de varices esofágicas.

Discusión

El sangrado de varices gástricas es una complicación grave de difícil control. Supone menos del 1% de causas de sangrado alto, aunque con una mortalidad que puede alcanzar el 20% en 6 semanas. El riesgo de mortalidad por varices gástricas secundarias a hipertensión portal izquierda es mayor que al sangrado por varices de otras etiologías.³ El manejo endoscópico mediante escleroterapia ha demostrado una alta tasa de fallo para el control agudo del sangrado y de resangrado precoz. Por ello, la opción terapéutica más recomendada en caso de hipertensión portal izquierda sintomática es la esplenectomía y corrección de la causa primaria si es posible. El objetivo es reducir la presión del sistema mediante la interrupción del flujo de la arteria esplénica y consecuentemente del drenaje venoso y las varices fúndicas.^{4,5} En el caso de nuestro paciente, presenta un sangrado activo procedente de varices gástricas y, a su vez, presenta varices esofágicas grandes secundarias a cavernomatosis portal. Se

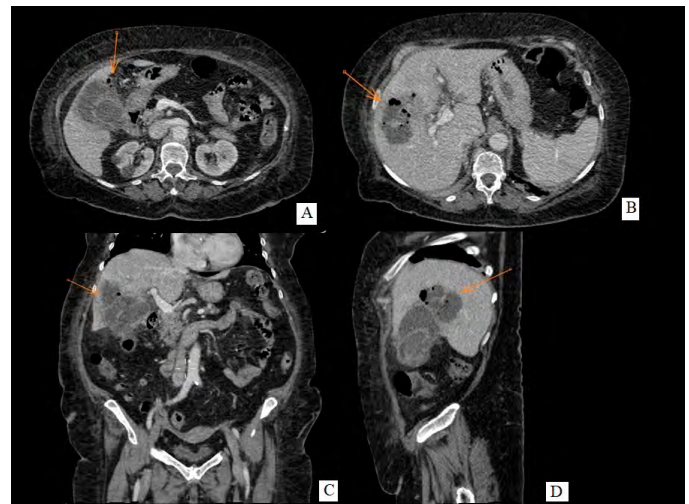


Figura 1

TC ABDOMINAL: varices fúndicas y circulación colateral peripancreática.

decide realización de esplenectomía para descomprimir el territorio venoso ya que la mayoría de las varices del paciente dependen del territorio periesplénico y estas son las causantes del sangrado agudo, posponiéndose el tratamiento de las varices esofágicas mediante ligadura endoscópica a un segundo tiempo. Otras opciones terapéuticas como la embolización de la arteria esplénica deberían reservarse en caso de sangrado activo en el que no pueda realizarse esplenectomía.² Actualmente no se aconseja realizar la esplenectomía como prevención primaria en pacientes con hipertensión portal izquierda no complicada.⁴

Bibliografía

1. Franco-Avilés, L; Hernández-Rocha, FI; Mercado, U; Malvido-Torres, CG. Hipertensión portal segmentaria por trombosis de la vena esplénica causada por pancreatitis. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017;55(6):788-90
2. Kokabi N, Lee E, Echevarria C et al. Sinistral portal hypertension: presentation, radiological findings, and treatment options - a case report. *J Radiol Case Rep* 2010; 4(10):14-20
3. 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;3:920-5
4. 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.
5. Menasherian-Yaccobe, L.; Jaqua, N.T.; Kenny, P. Successful treatment of bleeding gastric varices with splenectomy in a patient with splenic, portal, and mesenteric thromboses. *Case Rep. Surg* 2013, 2013, 273531