

PACIENTE CON VÁRICES GÁSTRICAS SECUNDARIAS A ESTENOSIS DE VENA ESPLÉNICA.

A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Nadia Rios; Victoria Perdomo Suriel;
Irene Martínez González; Santiago Méndez Alonso

CONGRESO ARGENTINO DE DIAGNÓSTICO
POR IMÁGENES.

CADI.

AGOSTO 2019

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 54 años.

Antecedentes de relevancia:

Gastrectomía parcial con
gastroenteroanastomosis tipo Billroth II 17
años previos a la consulta.

Bajo estudio por anemia ferropénica ,
hipergammaglobulinemia policlonal e
hiperIgG con elevación de FA como único
hallazgo de relevancia.

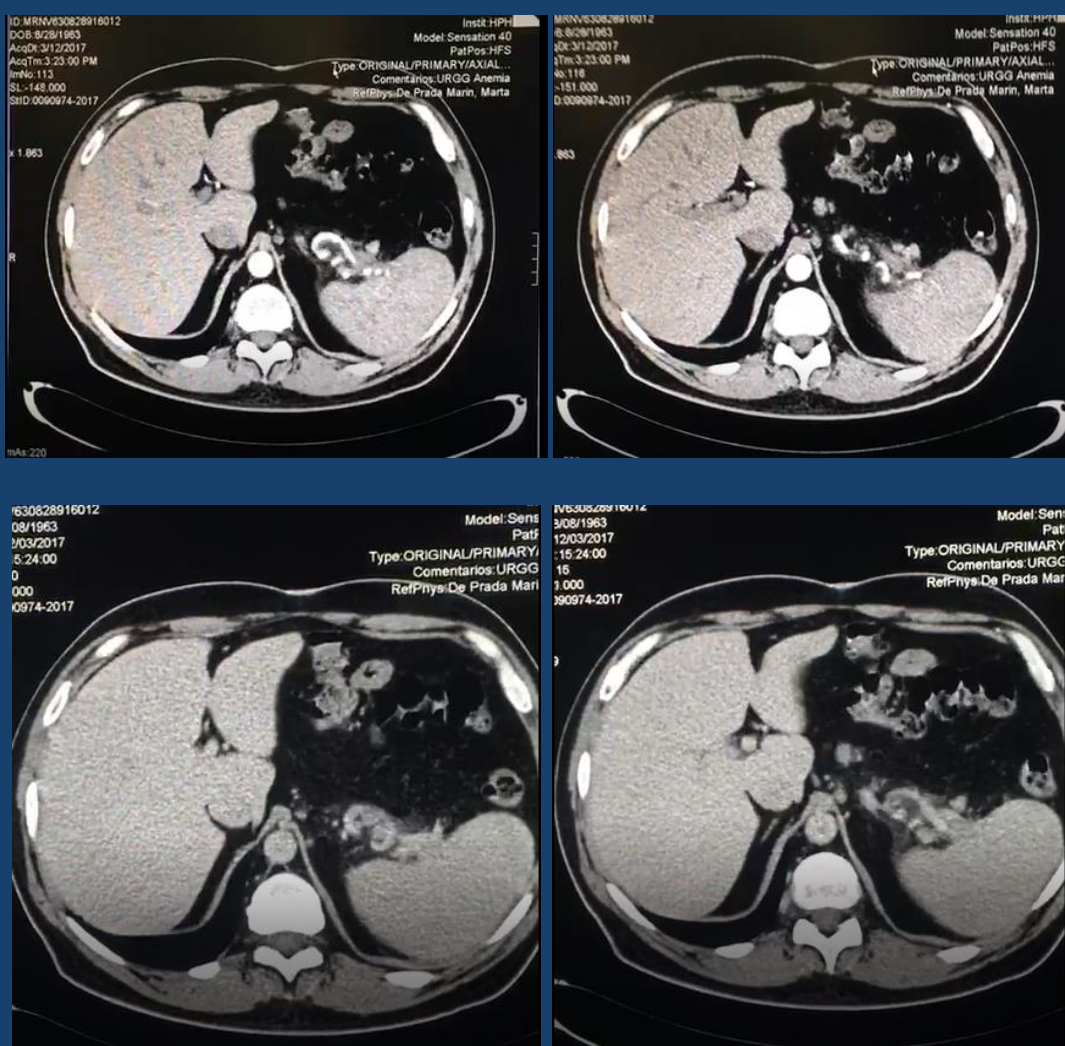
PRESENTACIÓN DE CASO

Consulta por fiebre de larga duración autolimitada con reactantes de fase aguda positivos y patrón de colestasis intrahepática autolimitada.

Episodio de hemorragia digestiva alta en paciente no cirrótico sin datos de hipertensión portal de causa hepática.

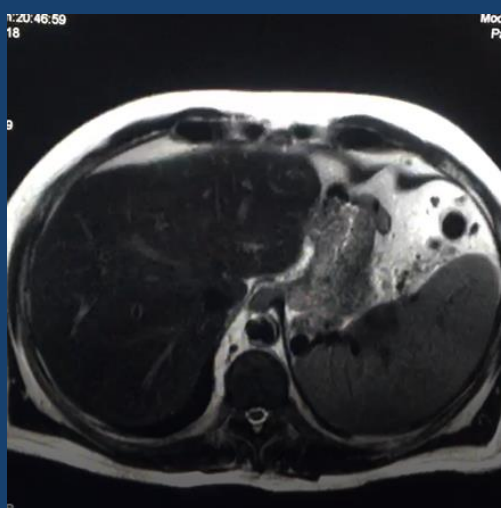
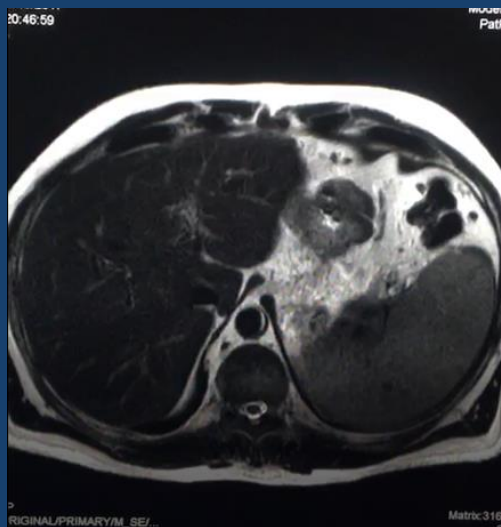
Biopsia hepática con aguja gruesa con resultado inespecífico.

PRESENTACIÓN DE CASO



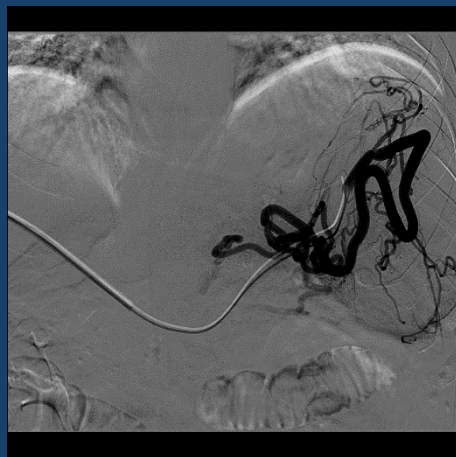
TC abdomen: Esplenomegalia con trabeculación de la grasa en el trayecto de los vasos esplénicos. Marcada tortuosidad de arteria esplénica. Vena y arteria esplénica permeables sin signos de hipertensión portal.

PRESENTACIÓN DE CASO



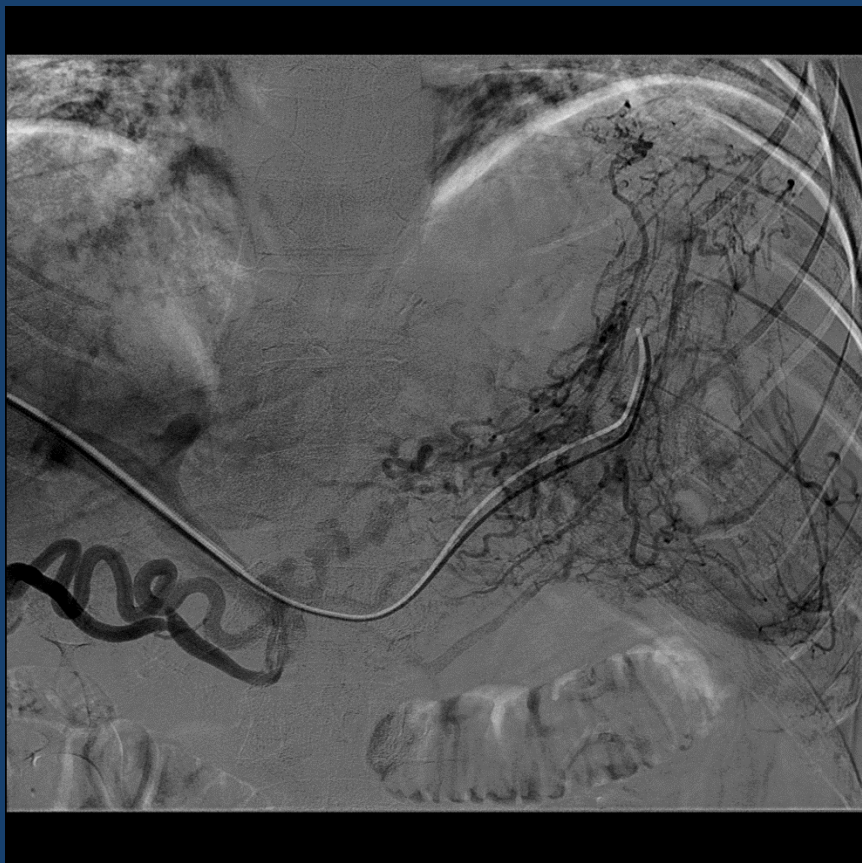
Se solicita AngioRM abdomen: Esplenomegalia y múltiples varices periesplénicas en territorio del fundus gástrico.

PRESENTACIÓN DE CASO



Portografía: rama esplénica con porción distal estenótica. Se observan vasos periféricos de drenaje en flanco izquierdo desde el hilio esplénico con múltiples conexiones en relación con varices periesplénicas con conexiones a fundus gástrico.

PRESENTACIÓN DE CASO



Portografía: Se cateterizan vasos periféricos de drenaje en de flanco izquierdo, desde el lugar teórico del bazo donde presenta múltiples conexiones, aumento de su calibre y tortuosidad en relación con varices periesplénicas con conexiones a fundus gástrico, por lo que se procede a su embolización con coils y cianoacrilato, existiendo mínimo paso de zona del dato a radicales portales distales durante procedimiento, sin traducción clínica.

Embolización del tracto hepático con Spongostan

PRESENTACIÓN DE CASO

Persisten episodios sincopales.
Ingresado por nuevo sangrado con
anemización.
Endoscopia y angiografía no efectivas.
Tras transfusión de 8 CH persiste
anemización y episodios sincopales.
Se decide esplenectomía de urgencia.
Evoluciona favorablemente

DISCUSIÓN

Presentamos el caso de un paciente sin antecedentes previos de relevancia que plantea como diagnóstico principal una estenosis de vena esplénica de origen desconocido.

La estenosis de la vena esplénica es una patología de baja frecuencia. Dentro sus causas podemos mencionar la trombótica, por compresión extrínseca o invasión tumoral, enfermedades del colágeno, entre otras menos frecuentes.

DISCUSIÓN

- Cuando un paciente se presenta con hemorragia digestiva alta, generalmente se considera que el culpable son las varices sangrantes.
- Aunque las várices gastrointestinales superiores se asocian más comúnmente con cirrosis hepática, a veces pueden ocurrir debido a causas hepáticas adicionales.

DISCUSIÓN

- Las várices gástricas que surgen fuera del sistema portohepático son causadas por cualquier obstáculo en los vasos sanguíneos desde la parte superior tracto gastrointestinal.
- Algunas de las etiologías incluyen trombosis de la vena porta o esplénica, fístulas arterio-venosas esplácnicas y síndrome de Budd Chiari.

DISCUSIÓN

- Casos aislados reportan una estenosis de la vena gástrica izquierda, de causa postquirúrgica, como causa de un aumento de la presión en la circulación venosa gástrica, lo que provoca varices gástricas y edema de la pared del cuerpo gástrico, con requerimiento de esplenectomía para resolución de los síntomas.
- En la literatura podemos encontrar reportes aislados de várices gástricas debido al compromiso de la vena esplénica, la mayoría de ellos sin determinar la causa y con requerimiento de esplenectomía para resolución de los síntomas.

CONCLUSIÓN

El hallazgo de hemorragia digestiva alta en un paciente con diagnóstico de várices gástricas en el contexto de un hígado sano sin signos de hipertensión portal nos deriva al estudio de patología vascular esplénica enfrentándonos a un desafío diagnóstico y terapéutico dentro de la radiología vascular e intervencionista.

BIBLIOGRAFÍA

- Suhocki PV, Berend KR, Trotter JF. Idiopathic splenic vein stenosis: a cause of gastric variceal hemorrhage. *South Med J* 2000; 93: 812–4.
- Sommelet J, Hartemann P, Debry G, Schmitt J. Banti's syndrome caused by extra-hepatic portal hypertension; segmentary congenital stenosis of the splenic vein: splenectomy with spleno-renal anastomosis. *Rev Med Nancy* 1958; 83: 379–88.
- Goldberg S, Katz S, Naidich J, Waye J. Isolated gastric varices due to spontaneous splenic vein thrombosis. *Am J Gastroenterol* 1984; 79: 304–7.
- 5 Loftus JP, Nagorney DM, Illstrup D, Kunselman AR. Sinistral portal hypertension. Splenectomy or expectant management. *Ann Surg* 1993; 217: 35–40.
- Wang L, Liu GJ, Chen YX, Dong HP, Wang LX. Sinistral portal hypertension: clinical features and surgical treatment of chronic splenic vein occlusion. *Med Princ Pract* 2012; 21: 20–3.