

# Síndrome de Budd-Chiari (BCS) como causa infrecuente de abdomen agudo: su diagnóstico ecográfico



Autores:

Patiño, Natalia Karina  
Germain, Maria Cecilia  
Sarachi, Ivelis

# Introducción

El BCS es una afección poco común caracterizada por la obstrucción del tracto de salida venoso hepático. La presentación clínica puede ser fulminante (5%), aguda (20%), subaguda-crónica (60%) y asintomática (15%). Las formas fulminante y aguda son infrecuentes y de alta morbimortalidad. La ecografía es un método de bajo costo y fácil acceso, con alta sensibilidad para su diagnóstico.

# Objetivos

Revisar los hallazgos ecográficos del BCS como causa de abdomen agudo.

# Revisión del tema

La prevalencia mundial del BCS es 1:100.000. En países occidentales es más frecuente en mujeres jóvenes. Las causas comunes son los estados de hipercoagulabilidad hereditarios (deficiencia de proteína C, etc) y adquiridos (trastornos mieloproliferativos, etc). Otras entidades menos prevalentes son el síndrome antifosfolipídico, embarazo y uso de ACO.

La forma de presentación *fulminante* consiste en hepatomegalia dolorosa de aparición en pocos días, ascitis, insuficiencia hepática y renal, encefalopatía y coagulopatía, a diferencia de la forma *aguda* que se desarrolla en el lapso

de un mes con ascitis intratable, dolor abdominal, hepatomegalia, insuficiencia renal y coagulopatía.

La ecografía es el método de cribado inicial, con una sensibilidad y especificidad del 85%.

El examinador debe tener experiencia y sospechar el BCS como posible diagnóstico.

Los hallazgos ecográficos se dividen en tres categorías:

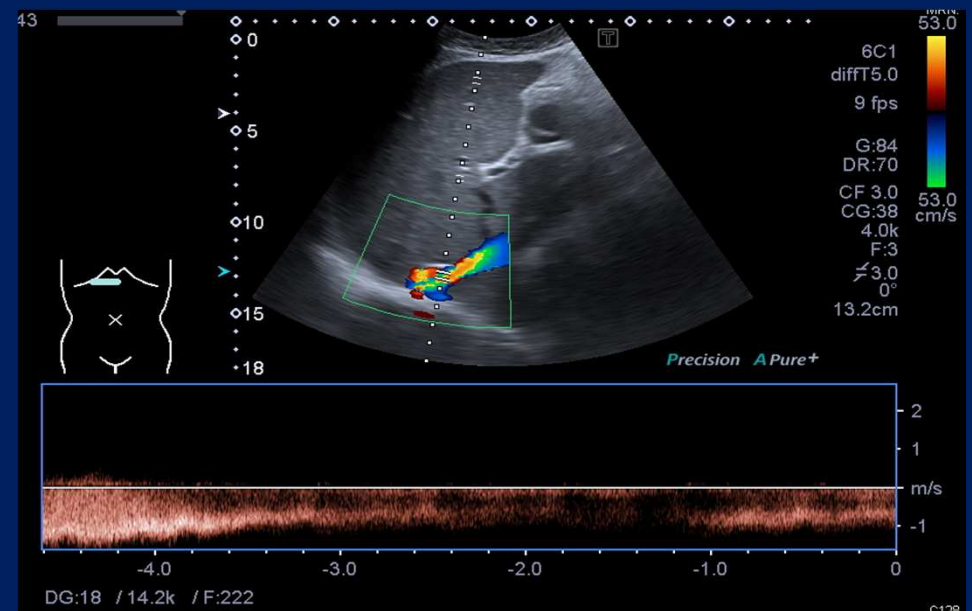
1. Signos específicos: Alteración de las venas suprahepáticas y/o vena cava inferior (no visualización, trombosis, estenosis, cordón fibroso)



Ausencia de visualización de las venas suprahepáticas



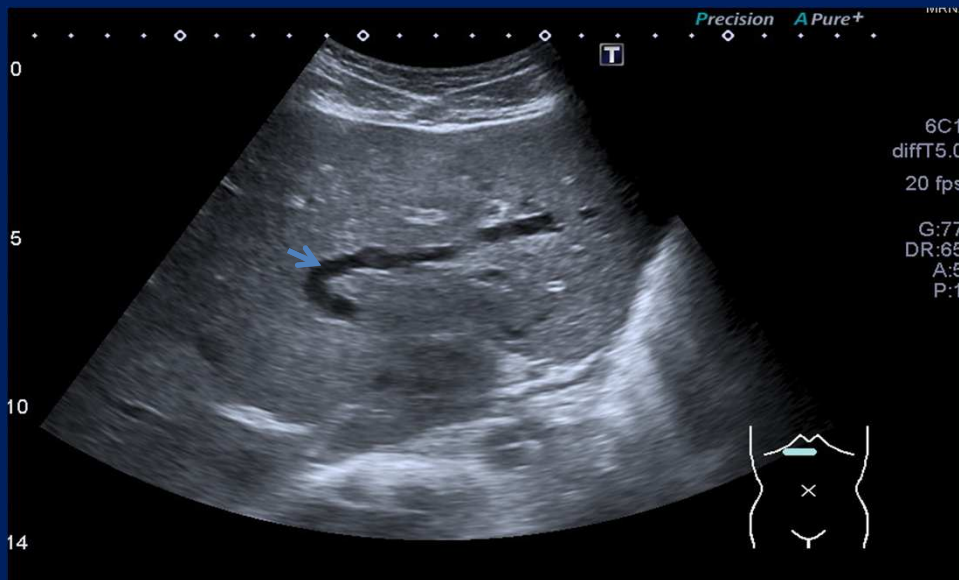
Luz de la vena cava inferior colapsada  
Estenosis de vena cava inferior



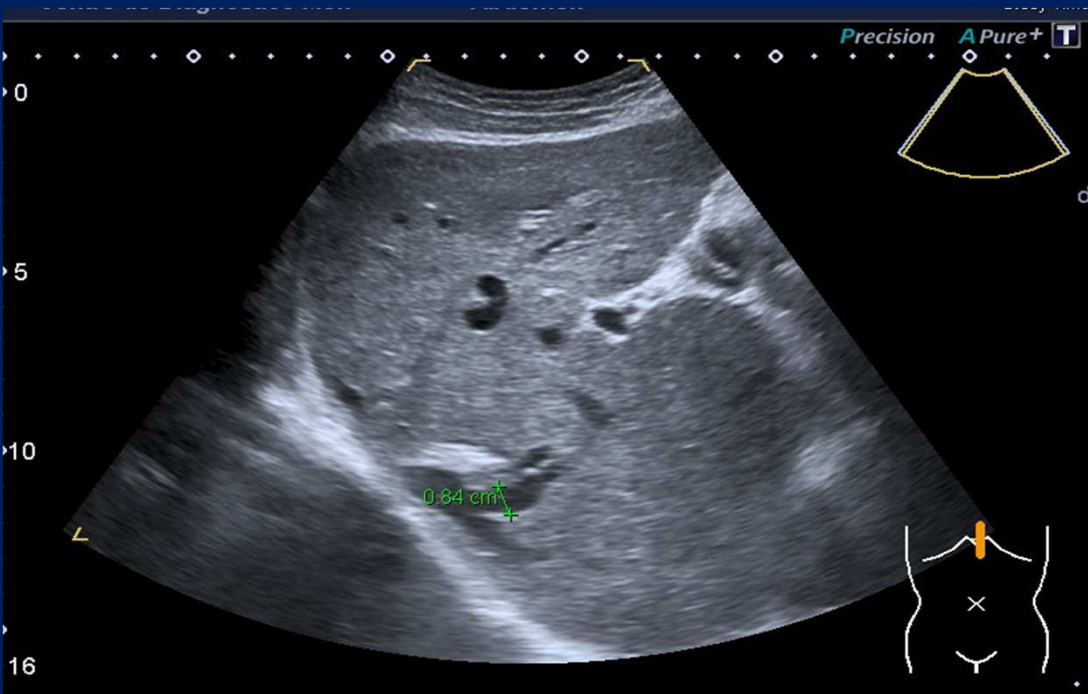
Doppler color y espectral que muestra mosaico de colores por estenosis de vena cava inferior



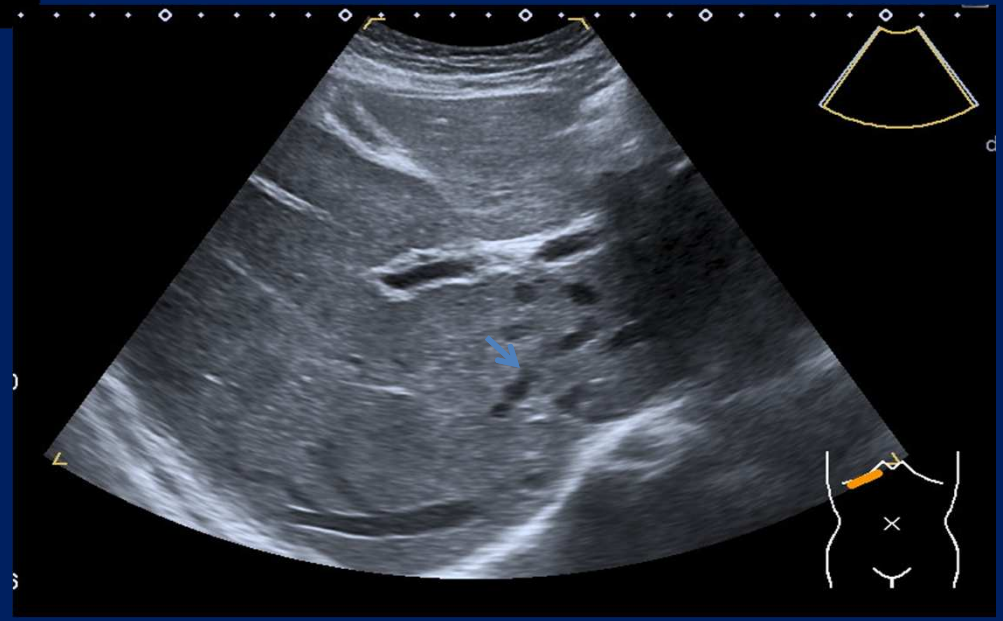
## 2. Signos sugestivos: Circulación colateral (subcapsular, porto-sistémicas) y un calibre $\geq 3\text{mm}$ de la vena del lóbulo caudado



Circulación colateral



Vena del lóbulo caudado mayor a 3mm

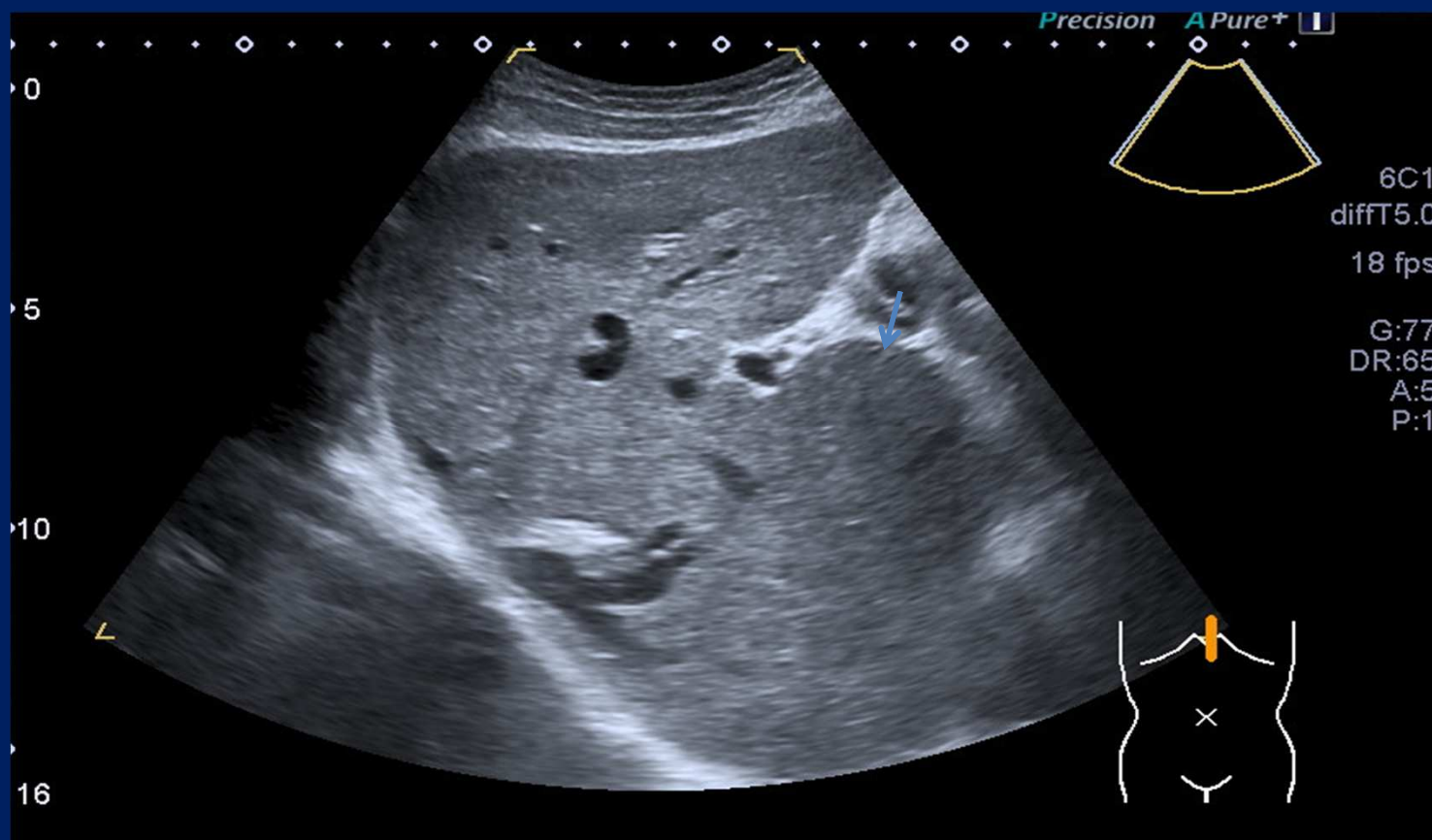


Circulación colateral

3. Otros signos: ascitis, nódulos de regeneración, hipertrofia del lóbulo caudado, signos de hipertensión portal.



Ascitis



Hipertrofia del lóbulo caudado

## Conclusión:

Esta entidad poco frecuente y de alta morbimortalidad debe ser considerada ante un paciente con dolor abdominal, hepatomegalia brusca, ascitis y signos ecográficos de alteración del tracto de salida venoso hepático. La sospecha clínica es fundamental para arribar al diagnóstico oportuno.

# Bibliografía

1. Ferral H, Behrens G, Lopera J. Budd-Chiari Syndrome. *AJR* 2012; 199:737–745
2. Valla DC. Primary Budd-Chiari syndrome. *Journal of Hepatology* 2009; 50:195–203
3. Brancatelli G, Vilgrain V, Federle MP, Hakime A, Lagalla R, Iannaccone R, Valla D. Budd-Chiari Syndrome: Spectrum of Imaging Findings. *AJR* 2007; 188:W168–W176
4. Zimmerman MA, Cameron AM, Ghobrial RM. Budd-Chiari Syndrome. *Clin Liver Dis* 2006; 10:259–273
5. Bittencourt PL, Alves Couto C, Dias Ribeiro D. Portal Vein Thrombosis and Budd-Chiari Syndrome. *Clin Liver Dis* 2009;13:127–144
6. Khandelwal A, Fasih N, Kielar A. Imaging of Acute Abdomen in Pregnancy. *Radiol Clin N Am* 2013; 51:1005–1022.