

CASOS CLÍNICOS

Transformación cavernomatosa de la vena porta

Drs. JUAN CARLOS JUSTINIANO P, ERWIN BUCKEL G, PATRICIO CÁRDENAS S, CRISTIÁN URZÚA P, Als. RODRIGO SCHWARTZ A, OSCAR SCHATLOFF B, GABRIEL CASSORLA J, ANABELLA AGUILERA S

Servicio de Cirugía, Hospital del Salvador

RESUMEN

Se presenta un caso clínico de transformación cavernomatosa de la vena portal, en una paciente de 37 años que debuta con una hemorragia digestiva alta de muy difícil manejo. Se efectúa el diagnóstico mediante una arteriografía selectiva por sustracción digital. Se interviene quirúrgicamente en reiteradas ocasiones realizándose finalmente una derivación mesocava con prótesis de PTFE. Evoluciona con múltiples complicaciones médicas y quirúrgicas, que finalmente la llevan a la falla multisistémica y posterior fallecimiento. En la autopsia se confirma el diagnóstico de cavernomatosis portal.

PALABRAS CLAVES: *Vena porta, trombosis*

SUMMARY

This is a case report of a 37 year old woman who presented with upper gastrointestinal bleeding very difficult to manage. The diagnosis was made by digital subtraction angiography. After multiple surgeries, she underwent a mesocaval shunt with a PTFE graft. After surgery, patient develops multiple complications, leading to multisystemic failure and death. The autopsy confirmed the diagnosis of portal cavernomatosis.

KEY WORDS: *Portal vein, thrombosis*

INTRODUCCIÓN

La cavernomatosis portal, o transformación cavernomatosa de la vena porta, se define como la dilatación de las venas paracoledocianas y epicoledocianas generalmente secundaria a una trombosis portal.¹

La presentación clínica más frecuente es la hemorragia digestiva alta (HDA) asociada a manifestaciones de hipertensión portal.² El diagnóstico definitivo es anátomo-patológico, sin embargo, es posible lograr un alto grado de certeza con técnicas de imagenología.^{3,4}

La literatura internacional y nacional es escasa para esta patología, predominando el reporte de casos referidos a la edad pediátrica.^{5,6}

Se presenta el caso de una paciente que consulta por hemorragia digestiva alta de muy difícil

manejo, resultando el diagnóstico final una cavernomatosis de la vena porta.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino, 37 años. Antecedentes de colecistectomía hace 12 años complicada con lesión intraoperatoria de colédoco resuelta con derivación biliodigestiva hepatoyeyunal.

Consulta por hemorragia digestiva alta (HDA) con compromiso hemodinámico moderado, sin hallazgos endoscópicos que demuestren su origen. Evoluciona con HDA recurrente refractaria a tratamiento médico. Laparotomía de urgencia evidencia grandes dilataciones varicosas con vaso visible sangrante en fondo gástrico, resecaándose la lesión. Evolución tórpida, con neumonía intrahospitalaria y

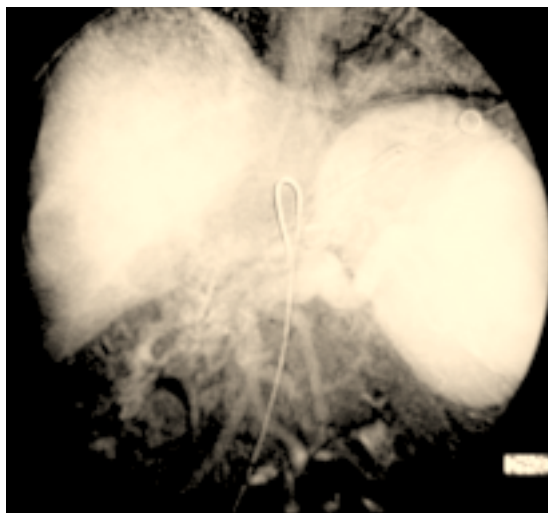


Figura 1. Arteriografía selectiva donde se observa vena esplénica aumentada de calibre, con ausencia de llenamiento de la vena porta, y desarrollo de pequeñas venas periportales en relación al ángulo subhepático.

recurrencia de HDA. Arteriografía selectiva por sus-tracción digital revela hallazgos compatibles con hipertensión portal secundaria a probable cavernomatosis de la vena porta (Figura 1). Por HDA persistente se realiza *shunt* meso-cava con prótesis de PTFE, comprobándose permeabilidad con Eco Doppler intraoperatorio. Evoluciona con sangrado en napa por laparotomía, múltiples fístulas intestinales y deterioro progresivo por sepsis estafilocócica. Fallece por falla multiorgánica. Autopsia confirmó el diagnóstico de transformación cavernomatosa de la vena porta (Figura 2).

DISCUSIÓN

La cavernomatosis de la vena porta se presenta habitualmente como hemorragia digestiva alta por várices o como un síndrome de hipertensión portal.² Menos frecuente puede presentarse como un síndrome colestásico crónico por compresión extrínseca del árbol biliar, esplenomegalia aislada y descompensación de una cirrosis hepática. Los factores de riesgo asociados a la formación de un cavernoma portal tienen relación con condiciones que predispongan al desarrollo de un trombo portal. La literatura menciona a la cirugía abdominal mayor, onfalitis, cirrosis hepática. Aunque el primero de ellos se asocia a un mayor riesgo, en la generalidad de los casos no se encuentran asociaciones.² El diagnóstico se realiza mediante estudio imagenológico del sistema espleno-portal, que puede incluir Eco-Doppler, TAC, angio-tac, angiorrresonancia y angiografía selectiva.^{3,4,7} El tratamiento

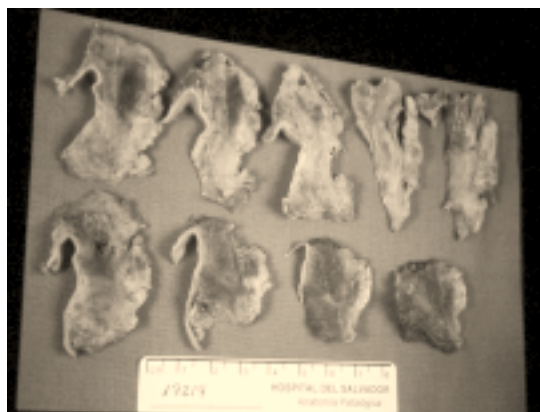


Figura 2. Cavernomatosis de vena porta: visión macroscópica de vena porta donde se observa desde su inicio que está reemplazada por área fibrosa irregular que llega hasta el hilio hepático.

clásico consiste en la derivación quirúrgica portosistémica. Sin embargo, en el último tiempo se han reportado resultados satisfactorios con el TIPS.^{8,9}

BIBLIOGRAFÍA

1. Tighe M, Jacobson I: Bleeding from bile duct varices: an unexpected hazard during therapeutic ERCP. *Gastrointest Endosc* 1996; 43: 250-2.
2. Cosme A, Barrio A, Bujanda L *et al*: Clinical characteristics of nonneoplastic cavernomatous transformation of the portal vein at a Gastroenterology Service in Spain. *Rev Esp Enferm Dig* 2000; 92: 448-57
3. Perlemuter G, Bejanin H, Fritsch J *et al*: Biliary obstruction caused by portal cavernoma: a study of 8 cases. *J Hepatol* 1996; 25: 58-63
4. Akaki S, Kobayashi H, Sasai N *et al*: Bile duct stenosis due to portal cavernomas: MR portography and MR cholangiopancreatography demonstration. *Abdom Imaging* 2002; 27: 58-60.
5. Harris P, Brinck P: Un análisis retrospectivo de cavernomatosis de la vena porta en Chile. I. Perfil clínico y de laboratorio. *Rev Chil Pediatr*, 1999; 70: 188-93
6. Harris P, Brinck P: Un análisis retrospectivo de cavernomatosis de la vena porta en Chile. II. Hemorragia, tratamiento y pronóstico. *Rev Chil Pediatr* 1999; 70: 294-9.
7. Garcia E, Andrade RJ, Alcantara R *et al*: Chronic cholestasis as a presentation form of portal cavernoma. *Gastroenterol Hepatol* 1998; 21: 191-3
8. Broto J, Infante D, Tormo R *et al*: Our experience in the management of portal cavernoma in children. *Cir Pediatr* 1995; 8: 99-101
9. Kawamata H, Kumazaki T, Kanazawa H *et al*: Transjugular intrahepatic portosystemic shunt in a patient with cavernomatous portal vein occlusion. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2000; 23: 145-9.