

Hipertensión portal izquierda secundaria a oclusión idiopática de la vena esplénica. Presentación de caso

Left portal hypertension secondary to idiopathic occlusion of the splenic vein. A case report

Andrés Felipe Latorre Pinto[1]
Alberto Mario Latorre Pinto[2]
Alberto Latorre Abisambra[3]
Alfonso Spath Spath[4]
https://doi.org/10.53903/01212095.367

Palabras clave (DeCS)
Hipertensión portal
Esplenomegalia
Várices esofágicas y gástricas

Key words (MeSH)
Hypertension, portal
Splenomegaly
Esophageal and gastric varices

Resumen

La hipertensión portal izquierda es una causa de hemorragia gastrointestinal superior secundaria a varices gástricas aisladas en pacientes sin historia de hipertensión portal y con función hepática normal. Es diferente a otros tipos de hipertensión portal dado que no presenta alteración hepática. Su incidencia ha aumentado debido a los avances en los métodos diagnósticos. Se debe sospechar en pacientes con sangrado gastrointestinal. Se presenta el caso de una paciente de 20 años de edad quien consultó por un cuadro de hematemesis asociado a dolor epigástrico. El diagnóstico por imágenes fue de esplenomegalia asociada a dilataciones varicosas, la cual se trató con recanalización de la arteria esplénica y posterior esplenectomía.

Summary

Left portal hypertension is a cause of upper gastrointestinal bleeding secondary to isolated gastric varices in patients with no history of portal hypertension and normal liver function. It differs from other types of portal hypertension in that it does not present with liver dysfunction. Its incidence has increased due to advances in diagnostic methods. It should be suspected in patients with gastrointestinal bleeding. We present the case of a 20-year-old female patient who consulted for hematemesis associated with epigastric pain. The imaging diagnosis was splenomegaly associated with variceal dilations, which was treated with recanalization of the splenic artery and subsequent splenectomy.

Introducción

La hipertensión portal izquierda es una causa poco común, pero grave, de hemorragia gastrointestinal superior secundaria a várices gástricas aisladas en pacientes sin historia de hipertensión portal y con función hepática normal (1-5). Consiste en el incremento de la presión venosa esplénica en el contexto de una obstrucción o estenosis de la vena esplénica, lo que lleva a redireccionamiento del flujo inicialmente por las venas gástricas cortas y posteriores, continuándose hacia la vena gástrica izquierda o gastroepiploica y finalmente hacia la vena porta, lo que termina en la formación de colaterales y dilataciones varicosas gástricas, especialmente hacia el fondo, similar a lo observado en la hipertensión portal de origen prehepático, hepático o poshepático, por lo cual es considerada un subtipo poco común de esta (6). El origen más frecuente de la obstrucción o estenosis es extrínseco, como pancreatitis aguda o crónica, trauma abdominal o tumor pancreático. Esta patología se ha documentado ampliamente en la literatura; sin embargo, no se conocen reportes de casos a escala nacional.

Caso clínico

Paciente femenina de 20 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, que consulta por cuadro repetitivo de hematemesis de dos meses de evolución con exacerbación en la última semana asociada a dolor epigástrico intermitente. Al examen físico se encontró palidez mucocutánea y esplenomegalia. Los paraclínicos de ingreso indicaban anemia y función hepática normal. Se realizó una endoscopia de vías digestivas altas con hallazgo de várices en fondo y cuerpo gástrico con coágulo adherido y gastropatía eritematosa antral leve (figura 1).

La ecografía de abdomen con Doppler del eje esplenoportal mostró esplenomegalia con várices periesplénicas, al igual que incremento de la velocidad en la vena porta derecha y en la arteria hepática (figura 2). Se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen simple y con medio de contraste intravenoso en tres fases que reveló esplenomegalia asociada a dilataciones varicosas adyacentes al hilio esplénico y perigástricas, así como amputación de la vena esplénica visible en la fase venosa portal, sin evidencia de

[1]Residente de Radiología 4º año, Universidad CES. Medellín, Colombia.

[2]Residente de Radiología 4º año, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

[3]Radiólogo intervencionista Cerid S. A. Imágenes diagnósticas. Barranquilla, Colombia.

[4]Radiólogo intervencionista Cediul. Barranquilla, Colombia.

patología tumoral u otra alteración causante de la obstrucción (figuras 3 y 4), hallazgos demostrados en las reconstrucciones volumétricas con proyección de máxima intensidad (MIP) y 3D (figura 5).

La paciente fue valorada por radiología intervencionista para la realización de portografía transhepática, la cual confirmó la obstrucción de la vena esplénica y la dirección hepatopetal del flujo a través de las colaterales (figura 6).

Por persistencia de la hematemesis y requerimiento de múltiples transfusiones sin resolución del cuadro anémico sumado a los hallazgos imagenológicos, se embolizó la arteria esplénica para practicar una esplenectomía en segundo tiempo quirúrgico como tratamiento definitivo (figura 7).

Discusión

La hipertensión portal izquierda es un síndrome clínico causado por oclusión o estenosis de la vena esplénica con una tríada de presentación común que consiste en várices gástricas aisladas, esplenomegalia y función hepática normal (7). Esta entidad se considera diferente a otros tipos de hipertensión portal dado que no presenta alteración hepática. Usualmente ocurre por obstrucción de la vena esplénica por causas pancreáticas que lleven a trombosis (cuadro 1). Esto ocurre debido a que la vena esplénica atraviesa la superficie pancreática y los procesos inflamatorios o neoplásicos pueden afectarla por contigüidad; la pancreatitis es la causa más frecuente (8,9). Otras causas como trombosis idiopática de vena esplénica, fibrosis retroperitoneal, trauma posterior a trasplante hepático o gastrectomía parcial, linfoma esplénico, absceso perirrenal y trombofilias hereditarias son menos frecuentes (2,10).

Cuadro 1. Causas de hipertensión portal izquierda

Neoplasia pancreática
Pancreatitis crónica
Pseudoquiste pancreático
Traumatismo
Tuberculosis
Fibrosis retroperitoneal
Úlcera péptica
Hipercoagulabilidad
Idiopática
Otras

La incidencia de la hipertensión portal izquierda en la última década ha aumentado debido a los avances en métodos diagnósticos y mayor conocimiento sobre esta patología. En Japón, donde es prevalente, se han descrito entre 340 y 560 casos de pacientes con oclusión extrahepática de la vena porta al año en la última década (7). Sin embargo, se desconoce el porcentaje atribuido a oclusión idiopática de la vena esplénica como causante. La mayoría de los estudios documentados en la literatura comprenden un número limitado de pacientes y usualmente son retrospectivos (1). La edad de presentación de la hipertensión portal izquierda se caracteriza por tener dos picos de incidencia: uno en pacientes menores de 20 años y el otro entre los 40 y 50 años de edad (7).



Figura 1. Gastroscopia que muestra várices en fondo y cuerpo gástrico con coágulo adherido (flecha).

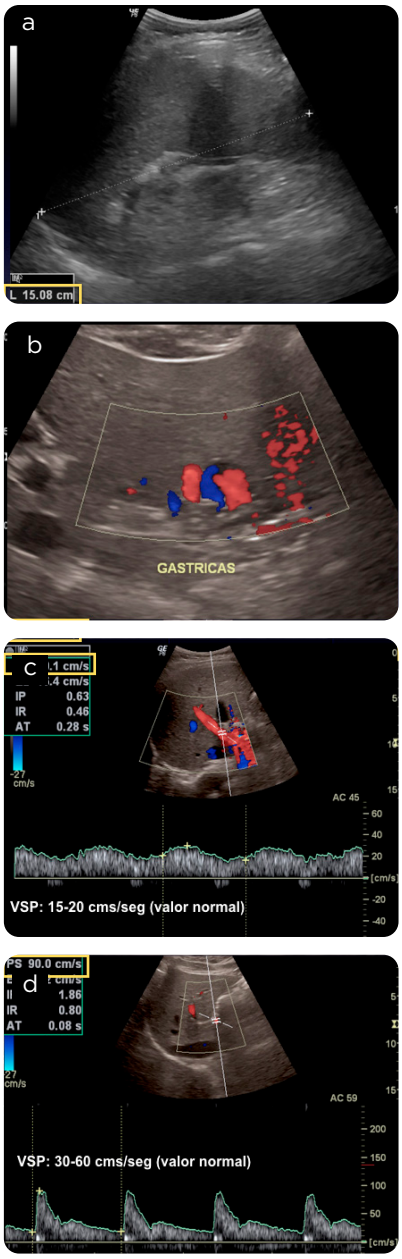


Figura 2. Ecografía Doppler esplenoportal. a) Corte longitudinal del bazo con diámetro longitudinal de 15,0 cm (longitud normal < 13 cm). b) Doppler color con algunas várices perigástricas. c) Registro espectral de la vena porta. Flujo hepatopetal con oscilaciones durante el ciclo respiratorio, pero con incremento de la velocidad media. d) Registro espectral en la arteria hepática común. Curva de morfología espectral normal, con incremento de la velocidad picosistólica.

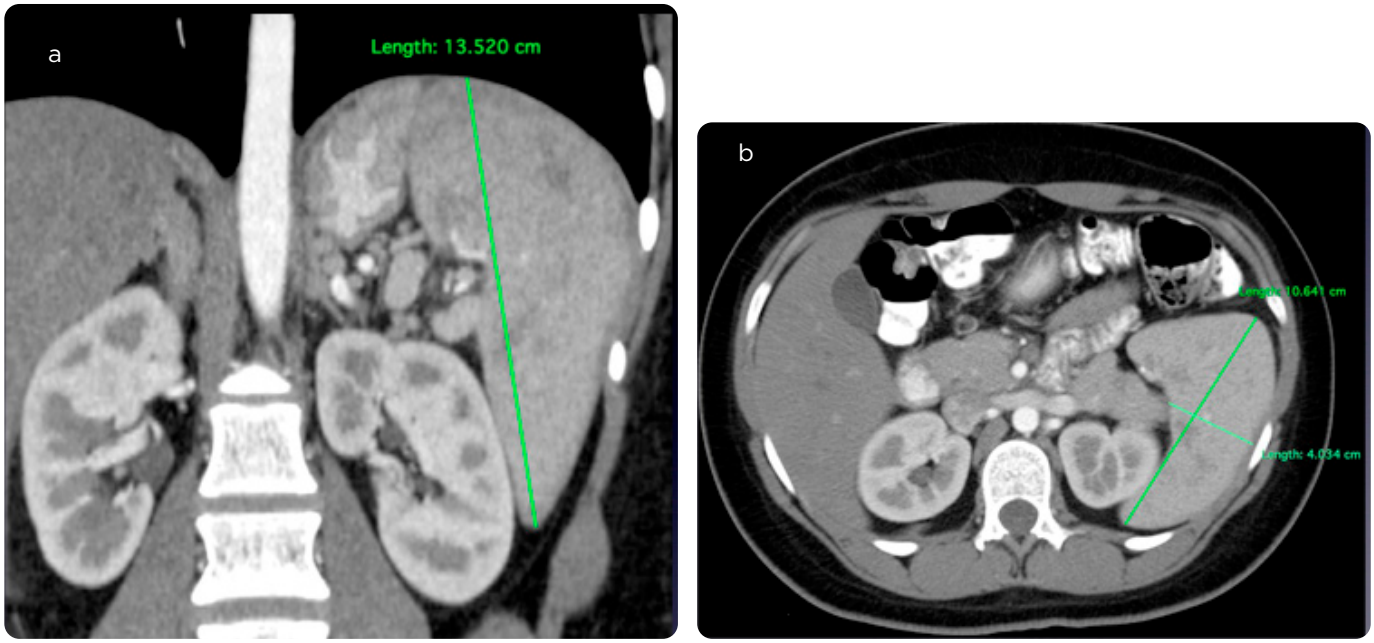


Figura 3. TAC de abdomen con contraste en fase arterial tardía. a) Corte coronal y b) corte axial. Las imágenes demuestran esplenomegalia, con diámetro longitudinal máximo de 13,5 cm, diámetro anteroposterior máximo de 10,6 cm y diámetro transverso máximo de 4,0 cm. El índice esplénico es de 572 (calculado: L×D×T; valor normal ≤ 480), y el volumen esplénico es de 362 mL (calculado: 30+0,58×L×D×T; valor normal 110-340 mL).

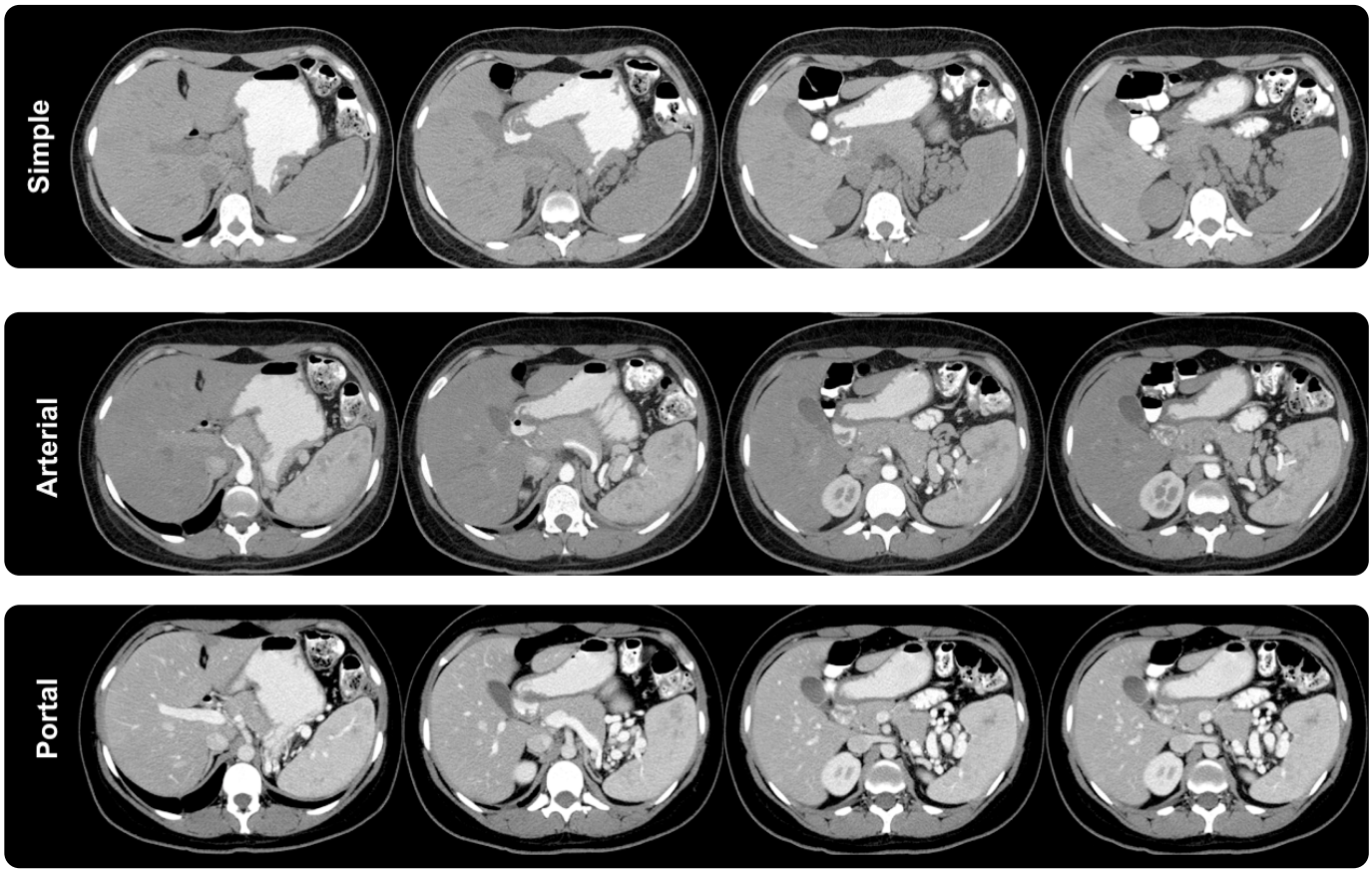


Figura 4. TAC de abdomen con medio de contraste en cortes axiales en fase simple, arterial y portal. Imágenes tubulares adyacentes al hilio esplénico correspondientes a várices. No hay cambios en la vena porta principal o sus ramas que sugieran trombosis o compresión extrínseca.

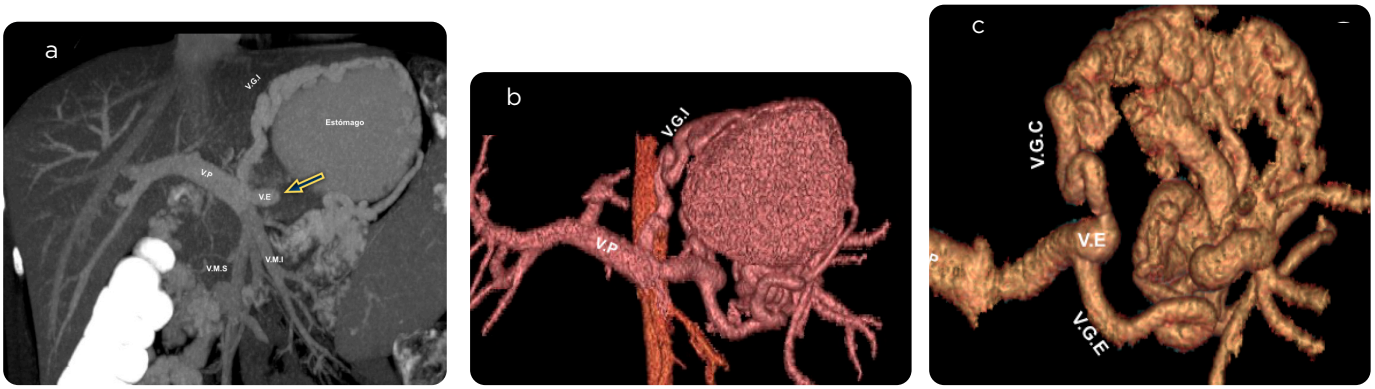


Figura 5. TAC de abdomen con medio de contraste. a) Reconstrucción coronal de máxima intensidad. Confluencia de la vena mesentérica superior (VMS) y la inferior (VMI) al igual que la desembocadura de la vena esplénica (VE) y el sitio de oclusión de la vena esplénica que termina de manera abrupta (flecha). Se observan las várices y la vena gástrica izquierda dilatada que desemboca en la vena porta. b, c) Reconstrucción 3D coronal y oblicua coronal. Múltiples dilataciones varicosas que dependen de la vena gástrica corta (VGC) y vena gastroepiploica (VGE) que desemboca en el segmento visible de la vena esplénica adyacente a la oclusión.

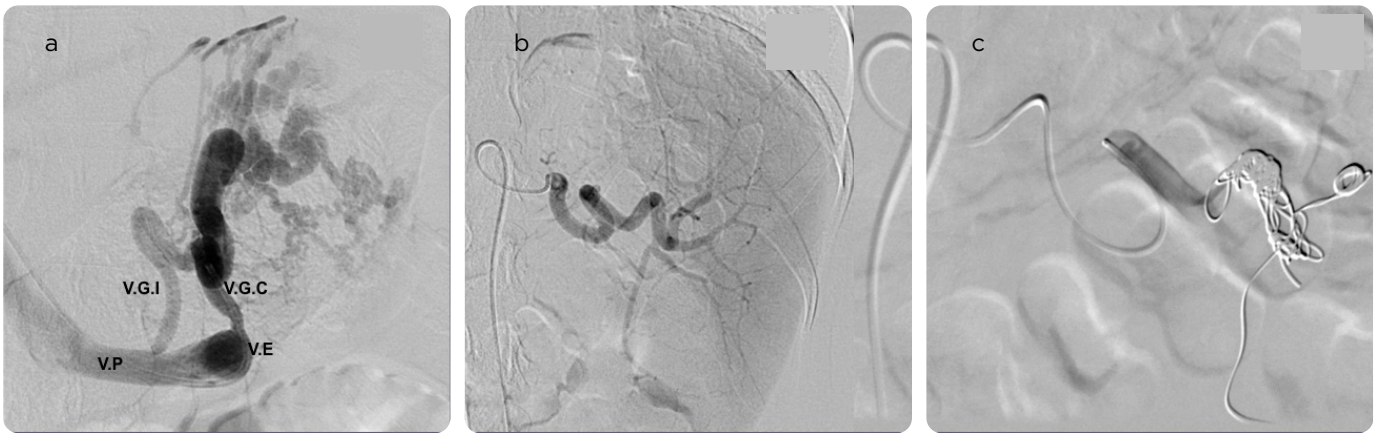


Figura 6. Portografía transparietohepática. a) Várices gástricas en fondo y cuerpo del estómago, la vena gástrica corta (VGC) dilatada tortuosa drenando adyacente al muñón de la vena esplénica (VE) y la vena gástrica izquierda (VGI) drenando en la vena porta. b) Imagen de arteriografía esplénica selectiva normal con realce homogéneo del bazo aumentado de tamaño. c) Imagen posterior a la embolización prequirúrgica de la arteria esplénica con espirales.

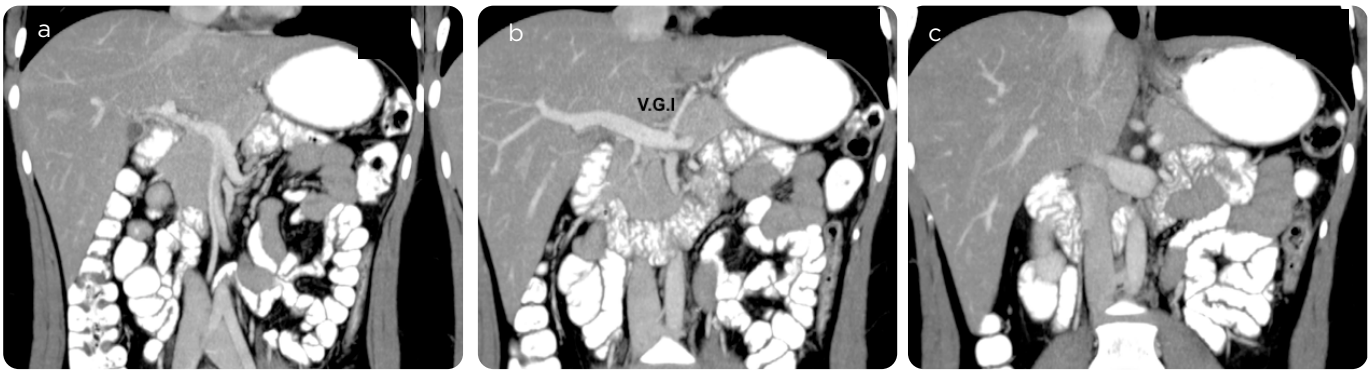


Figura 7. TAC de abdomen con medio de contraste en fase venosa portal. a-c) Cortes coronales. Resolución de las várices gástricas y de la vena gástrica izquierda de tamaño normal drenando en la vena porta.

El flujo sanguíneo a través de la vena esplénica puede estar bloqueado debido a compresión extrínseca por patología tumoral adyacente o trombosis (9). Fisiológicamente, la vena esplénica se une a la vena mesentérica superior formando un confluente que da origen a la vena porta. La oclusión o estenosis de la vena esplénica, independientemente de su causa, lleva al desarrollo de hipertensión venosa en la vía colateral hepatopetal de drenaje de la vena esplénica a través de las venas gástricas (gástrica corta, gástrica posterior, gastroepiploica y gástrica izquierda), causante de várices gástricas, las cuales por lo general son asintomáticas y con frecuencia diagnosticadas incidentalmente (11). En los casos sintomáticos, la presentación clínica más usual es el sangrado gastrointestinal secundario a ruptura de las várices gástricas, las cuales afectan generalmente el fondo y cuerpo del estómago.

El diagnóstico de hipertensión portal izquierda debe ser considerado en todo paciente con sangrado gastrointestinal asociado a esplenomegalia con función hepática conservada (12). El sangrado gastrointestinal es usualmente la principal manifestación clínica en los pacientes sintomáticos, dado por ruptura de várices gástricas o esofágicas; esta última, cuando la vena gástrica izquierda drena en la vena esplénica como variante anatómica (1). La ascitis es rara, ya que no muestra signos de cirrosis, por lo que encontrar ascitis asociada al cuadro clínico del paciente sería secundaria a hipoalbuminemia dilucional aguda.

El diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos y una adecuada interpretación de los estudios imagenológicos, los cuales tienen un papel importante en la confirmación diagnóstica en la mayoría de los casos. La ecografía abdominal como estudio inicial muestra esplenomegalia sin hallazgos patológicos en el hígado. En el Doppler del eje esplenoportal, además de las várices gástricas, se pueden encontrar alteraciones sutiles en la morfología espectral, como incremento en la velocidad picosistólica de la arteria hepática y de la vena porta. Sin embargo, la TAC de abdomen con medio de contraste intravenoso en tres fases, junto con las reconstrucciones multiplanares e imágenes volumétricas con MIP y 3D, permitieron identificar dilataciones venosas en el hilio esplénico, dependientes de la circulación gástrica drenando a la circulación venosa mesentérica y a la vena porta principal, por oclusión de la vena esplénica, sin visualizar su etiología. Esto facilitó confirmar la sospecha de dicha entidad y establecer el diagnóstico. La esplenoportografía transhepática, además de medir presiones, permite evaluar las rutas de drenaje y dinámica del flujo de las venas gástricas con la evaluación del sitio de estenosis u oclusión de la vena esplénica.

El tratamiento definitivo se basará en la corrección quirúrgica de la etiología desencadenante de la hipertensión portal. En el caso aquí documentado, la esplenectomía era el manejo definitivo y se considera en pacientes con difícil manejo de las várices gástricas y sangrado incontrolable (12). Wang et al. describieron que la esplenectomía mostraba a largo plazo buen desenlace de los pacientes sintomáticos, dado que disminuye el flujo arterial al sistema esplénico disminuyendo la presión sobre el sistema colateral gástrico con la descompresión de las várices gástricas (7). En la mayoría de los casos, cuando los pacientes son asintomáticos, no existe una estrategia de tratamiento establecida rutinaria. Sin embargo, en pacientes sintomáticos, el manejo endoscópico está recomendado, aunque no debe considerarse un tratamiento definitivo.

El manejo endovascular por radiología intervencionista se considera en pacientes con alto riesgo quirúrgico, en mal estado clínico o en quienes las técnicas endoscópicas han fallado (6). La embolización de la arteria esplénica con posterior esplenectomía se ha descrito como una opción terapéutica alternativa en pacientes con oclusión de la vena esplénica (9). El objetivo principal del manejo de la hipertensión portal izquierda se basa en el control del sangrado variceal y el tratamiento de la causa primaria.

El manejo endoscópico (escleroterapia, taponamiento con balón, ligadura con bandas y administración de pegamento) sigue siendo la primera línea de tratamiento. La esplenectomía se considera el tratamiento definitivo de la hipertensión portal izquierda (13). Sin embargo, este procedimiento tiene una morbimortalidad alta en el contexto agudo, por lo cual el manejo endovascular se considera una alternativa en el manejo del paciente sintomático de manera coadyuvante previo a la esplenectomía. Entre las técnicas endovasculares se encuentra la embolización de venas variceales; la obliteración transvenosa anterógrada de várices (ATO) en la que se realiza la embolización a través del lado aferente por una ruta transhepática, transyugular o transesplénica; la obliteración transvenosa retrógrada asistida por balón (BRTO); la recanalización de la vena esplénica en pacientes con estenosis idiopática con la colocación de *stent* o la embolización de la arteria esplénica (6).

En el paciente de este caso, debido al mal estado clínico y el alto riesgo intraoperatorio, se embolizó la arteria esplénica y posteriormente se sometió a esplenectomía, sin complicaciones, con resolución del sangrado gastrointestinal y el cuadro anémico. Por el desenlace del cuadro clínico del paciente y con fundamento en casos previos, se considera la embolización de arteria esplénica una adecuada ayuda terapéutica en pacientes de alto riesgo cuando la esplenectomía no pueda ser realizada de manera urgente.

Conclusión

La hipertensión portal izquierda es una entidad más frecuente de lo que se sospecha clínicamente. Debe plantearse un adecuado algoritmo diagnóstico teniendo en cuenta su presentación clínica y enfoque diagnóstico por imágenes, con el fin de disminuir los reingresos hospitalarios y las complicaciones derivadas. La embolización de la arteria esplénica puede considerarse un adecuado manejo terapéutico inicial previo a la esplenectomía.

Referencias

1. 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(1):20-3.
2. Pereira P, Peixoto A. Left-sided portal hypertension: a clinical challenge. GE Port J Gastroenterol. 2015;22(6):231-3.
3. Thompson RJ, Taylor MA, McKie LD, Diamond T. Sinistral portal hypertension. Ulster Med J. 2006;75(3):175-7.
4. Butler JR, Eckert GJ, Zyromski NJ, Leonardi MJ, Lillemoe KD, Howard TJ. 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):839-45.
5. Grout-Smith H, Dumenci O, Tait NP, Alsafi A. Splenic artery embolisation for the emergency treatment of sinistral portal hypertension: a systematic review. J Clin Intervent Radiol ISVIR. 2021;5:79-85.
6. Patel RK, Tripathy T, Chandel K, Marri UK, Giri S, Nayak HK, et al. Left-sided portal hypertension: what and interventional radiologist can offer? Eur Radiol. 2025;35(5):2530-42. https://doi.org/10.1007/s00330-024-11196-3.
7. Hayashi H, Shimizu A, Motoyama H, Kubota K, Notake T, Ikehara T, et al. Left-sided portal hypertension caused by idiopathic splenic vein stenosis improved by splenectomy: a case report. Surg Case Rep. 2020;6(1).

8. Joya Seijo M, Valle Loarte P, Marco Martínez J, Herrera Merino N, Agud Aparicio J. Hipertensión portal izquierda con sangrado por várices gástricas como forma de presentación de un hipernefroma. An Med Int. 2004;21(6).
9. Khanna R, Sarin SK. Idiopathic portal hypertension and extrahepatic portal venous obstruction. Hepatol Int. 2018;12(Suppl 1):148-67.
10. Patrono D, Benvenga R, Moro F, Rossato D, Romagnoli R, Salizzoni M. Left-sided portal hypertension: Successful management by laparoscopic splenectomy following splenic artery embolization. Int J Surg Case Rep. 2014;5(10):652-5.
11. Köklü S, Yüksel O, Arhan M, Coban S, Başar O, Yolcu OF, et al. Report of 24 left-sided portal hypertension cases: a single-center prospective cohort study. Digest Dis Sci. 2005;50(5):976-82.
12. Fernandes A, Almeida N, Ferreira AM, Casela A, Gomes D, Portela F, et al. Left-sided portal hypertension: a sinister entity. GE Portuguese J Gastroenterol. 2015;22(6):234-9.
13. Köklü S, Coban S, Yüksel O, Arhan M. Left-sided portal hypertension. Dig Dis Sci. 2007;52:1141-9.

Correspondencia

Alberto Latorre Abisambra
Cerid S. A. Imágenes Diagnósticas
Carrera 50 # 84-44
Barranquilla, Colombia
aflamed67@hotmail.com

Recibido para evaluación: 10 de abril de 2024
Aceptado para publicación: 14 de febrero de 2025