CIR ESP. 2020;98(Espec Congr 1):27

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-009 - SHUNT MESOCAVA CON PRÓTESIS VASCULAR EN CAVERNOMATOSIS PORTAL

Pérez Reyes, María; Mirón Fernández, Irene; León Díaz, Francisco Javier; Sánchez Pérez, Belinda; Pérez Daga, José Antonio; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: La trombosis del eje esplenoportal no asociada a cirrosis hepática o neoplasias es una enfermedad rara, con una prevalencia que oscila del 0,7-3,7 por 100.000 habitantes. Es la segunda causa de hipertensión portal.

Caso clínico: Paciente de 19 años con antecedentes de cavernomatosis portal secundario a sepsis neonatal con varices esofágicas en profilaxis primaria con propranolol, esplenomegalia y pancitopenia asociada. Desde la infancia en seguimiento en consulta externa de Aparato Digestivo. Tuvo un episodio de hematemesis y melenas con repercusión clínica y analítica, presentando anemización (hemoglobina 5,9 g/dL) precisando endoscopia digestiva alta urgente. Presentaba dos cordones varicosos de pequeño y mediano calibre que se prolongaban a nivel subcardial; uno de ellos con un punto rojo y zona fibrinada, sin sangrado activo. Se procedió a ligadura endoscópica colocando 4 bandas. Se realizó TAC abdominal (fig. 1a) de control, se apreciaba progresión de la trombosis y colateralidad (vena porta de 8 mm en hilio hepático, circulación colateral intrahepática a partir de ramas de la mesentérica superior), así como mayor esplenomegalia (20 cm). Se reevaluó en comité de trasplantes, decidiéndose la opción de derivación portal quirúrgica. Se realizó incisión subcostal. Los hallazgos encontrados fueron esplenomegalia que desplazaba el paquete intestinal a la línea media, varices en hilio hepático. Se procedió a maniobra de Kocher, identificando y disecando la vena mesentérica superior desde el páncreas hasta la salida del tronco ileocecal y ramas yeyunales, vena cava inferior y salida de vena renal izquierda. No se pudo realizar la derivación

0009-739X © 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados

meso-cava sin injerto y se utilizó prótesis vascular de Dacrón de 14 mm de diámetro y 3 cm de longitud (fig. 1b). Se realizó flujometría distal a la anastomosis, en dos ramas venosas (tronco ileocólico y yeyunales), primero con clampaje de la prótesis presentando un flujo de 160 con resistencia de 7, posteriormente sin clampaje en la prótesis y mostraba un flujo de 270 con resistencia de 1,7. La evolución clínica fue favorable, siendo dada de alta al tercer día postoperatorio. En consulta externa al mes de la cirugía estaba asintomática desde el punto de vista de la hipertensión portal. Se realizó TAC de control (fig. 1c) evidenciando permeabilidad del shunt meso-cava permeable y sin alteraciones.

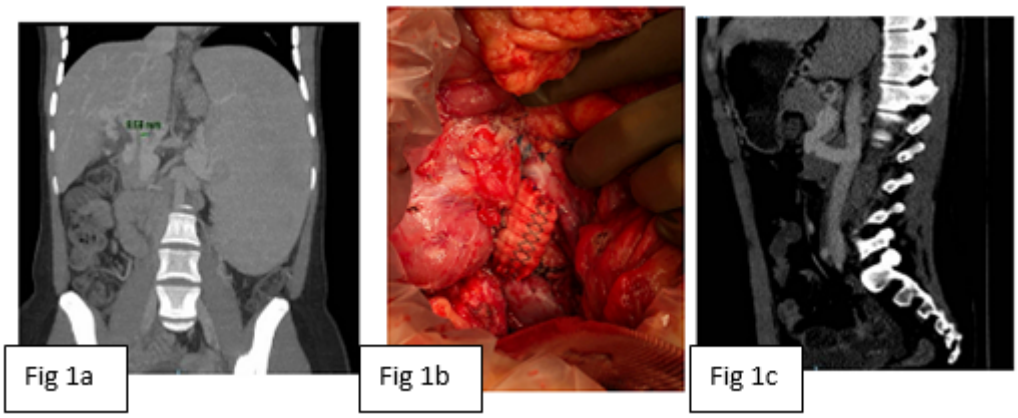

Fig 1a

Fig 1b

Fig 1c

Discusión: La presentación clínica de la trombosis del eje esplenoportal puede ser aguda o crónica (cavernomatosis portal). En la fase de cavernomatosis los síntomas vienen derivados del síndrome de la hipertensión portal. Suele diagnosticarse de forma incidental, durante el estudio endoscópico o radiológico realizado en pacientes con signos de hipertensión portal. En esta fase, el tratamiento va dirigido a tratar o prevenir las complicaciones de la hipertensión portal. En caso de fracaso del tratamiento médico, puede plantearse la derivación percutánea portosistémica o quirúrgica. La cirugía derivativa se plantea como tratamiento definitivo, cuyo objetivo es disminuir la presión a nivel del sistema porta. El shunt más utilizado es el mesocava. La cirugía presenta elevada mortalidad operatoria (próxima al 25%) y disfunción/trombosis del shunt (30% de los casos). Por el contrario, aquellos que sobreviven y se les mantiene permeable el shunt, presentan una excelente calidad de vida.

0009-739X © 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados