



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-236 - COLANGIOPATÍA CAVERNOMATOSA PORTAL POR QUISTE HIDATÍDICO PERFORADO A LA VENA PORTA

Valenzuela Torres, José del Carmen<sup>1</sup>; Ramírez Ángel, José Manuel<sup>1</sup>; Gijón, Luis<sup>1</sup>; de la Plaza Llamas, Roberto<sup>1</sup>; Larrubia, Juan Ramón<sup>2</sup>; Rebolledo, Susana<sup>1</sup>; Kuhnhardt Barrantes, Andree<sup>1</sup>; Gonzales Aguilar, Jhonny David<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara. <sup>2</sup>Clínica de Sanz Vázquez, Guadalajara.

### Resumen

**Introducción:** La vena porta (VP) puede sufrir una compresión extrínseca por un quiste hidatídico hepático (QHH). Esta compresión puede provocar, obstrucción del flujo portal produciendo trombosis de la vena porta (TVP), excepcionalmente, cavernomatosis portal. Dicha trombosis portal puede causar clínicamente hipertensión portal pre-hepática, hepática y pos-hepática (Budd-Chiari). Los QHH también pueden fistulizar a la VP, permitiendo el paso de vesículas al torrente sanguíneo portal; lo cual se acompaña de una alta mortalidad. En estas situaciones extremas, el tratamiento quirúrgico del QHH puede resolver la compresión portal si el periodo de compresión ha sido corto, pero en los casos de cavernomatosis establecida de la VP el flujo venoso no suele restaurarse, pudiendo causar colangiopatía cavernomatosa portal.

**Caso clínico:** Mujer de 76 años con historia de quistes hidatídicos hepáticos recidivados y episodios repetidos de colangitis. Acude al hospital por presentar episodios febriles con un pico máximo de 38,5 y aumento del número de deposiciones 2-3 diarias coincidiendo con cuadro de gastroenteritis. Analítica sin leucocitosis PCR de 177 mg/L perfil hepático; fosfatasa alcalina: 700 U/I,  $\gamma$ -glutamil transpeptidasa (GGT) 592 U/I, bilirrubina 1,1 mg/dl. En la exploración física no se observó dolor abdominal ni signos de peritonismo. En la ecografía se objetivó: hidatidosis hepática en LH izquierdo hipertensión portal, esplenomegalia, colecistectomía; y trombosis de la vena porta. Se decide ingreso por cuadro de colangitis. En la endoscopia alta realizada durante el ingreso se objetivaron varices esofágicas sobre las cuales se colocaron bandas elásticas. El episodio de colangitis remitió con antibióticos y terapia de mantenimiento por lo que se dio de alta al paciente. Se realizó TAC y RM donde se objetivó dilatación de toda la vía biliar, perforación del quiste a la vena porta, hidatidosis hepática en LH izquierdo, hipertensión portal, esplenomegalia, colecistectomía; y trombosis de la vena porta. Posteriormente se realizó una CPRE donde se realizó esfinterotomía y colocación de prótesis plástica. La serología de virus hepatotróficos fue negativa; encontrándose solo positiva Ig para vha. No se objetivó ninguna otra causa aparte del quiste hidatídico hepático perforado hacia la vena porta que pudiera explicar la obstrucción portal.

**Discusión:** La transformación cavernomatosa de la vena porta rara vez se encuentra asociada a quistes hidatídicos en los adultos no más de 6 casos se han descrito en la literatura, y en la mayoría de estos casos se encontraban localizados cerca de la bifurcación de los hepáticos. Ruptura del quiste hidatídico a la vena porta, causando obstrucción de la vena porta condicionando una cavernomatosis portal asociada a quiste hidatídico periférico solo se ha observado en 2 casos descritos aparte del nuestro.