



## P-286 - IMPLICACIONES DEL DRENAJE VENOSO ANÓMALO DE LA VENA GÁSTRICA IZQUIERDA

Soto Gómez, Ricardo; Cea Soriano, Matías; Lucena de la Poza, José Luis; Fernández Rodríguez, Manuel; Grillo Marín, Cristian; Callau Pontaqué, Javier; Fidalgo Martínez, Celia; Gómez García, Guillermo

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

### Resumen

**Introducción:** El drenaje venoso de la curvadura menor gástrica forma la “vena coronaria ventriculi”, que drena a su vez en el tronco portal. Aunque excepcional (0,8%), en ocasiones esta vena puede drenar directamente en la rama portal izquierda, denominándose “vena porta izquierda” (Miyaki *et al.*). Aunque el origen suele ser congénito, la hipertensión portal (HTP) produce circulación colateral que podría seguir el mismo patrón de drenaje. En cuanto al origen embrionario, por un lado tenemos la vena subintestinal, cuya porción craneal permanece como remanente dando lugar a las venas gástricas izquierda y derecha y, por otro lado, la vena porta deriva de las venas vitelinas u onfalomesentéricas, que se anastomosan en paralelo para formar un tronco común. Por tanto, el drenaje venoso anómalo de la vena gástrica izquierda a la rama portal izquierda puede ser el resultado de una vena vitelina izquierda remanente o de la vena subintestinal que entra directamente al hígado.

**Casos clínicos:** Caso 1: varón de 58 años con cirrosis etílica descompensada Child C10, MELD24 y con HTP, que se somete a trasplante hepático ortotópico de donante Maastricht III mediante la técnica Piggy-Back, hallando de forma incidental en el individuo donante un drenaje venoso anómalo de la vena gástrica izquierda a la rama portal izquierda. Gastroscopia y ecografía en el receptor: varices esofágicas grandes, gastropatía de la HTP grave, hernia de hiato e hígado cirrótico, de pequeño tamaño, con contornos nodulillares y ecoestructura granulillar difusa, sin evidenciar LOES. Vena porta permeable, con flujo hepatopeto de velocidad normal. Arteria hepática hipertrófica, con normal velocidad y morfología de las ondas. Recanalización de vena paraumbilical, con flujo hepatofugo. Venas suprahepáticas parcialmente filiformes, permeables, con flujo hepatofugo. Otras anomalías del donante. Arteria hepática izquierda originada en la arteria coronario-estomáquica, por lo que se anastomosa la arteria hepática propia del receptor al tronco celíaco del injerto. Arteria hepática derecha originada en la arteria mesentérica superior, por lo que durante el banco se anastomosa a la arteria esplénica. Caso 2: mujer de 53 años con adenocarcinoma gástrico de cuerpo distal con estroma linfoide G3 que tras quimioterapia neoadyuvante con FLOT se sometió a una gastrectomía subtotal laparoscópica con linfadenectomía D2, hallando de forma incidental el mismo patrón de drenaje venoso que en el caso previo. AP: ypT4ypN2 con virus de Epstein Barr+. Ecoendoscopia y TC: engrosamiento mural con lesión excrecente de aspecto mamelonado, ulcerada y friable de unos 6 cm en cara anterior y posterior de cuerpo gástrico distal, no estenosante, que contacta con la subserosa (uT3).



**Discusión:** El hallazgo de un drenaje venoso anómalo de la vena gástrica izquierda a una rama portal izquierda en el caso de un donante hepático debe tenerse en consideración para realizar su ligadura correspondiente. En otras intervenciones que requieran su ligadura pero no fueran donantes hepáticos, el drenaje venoso del esófago inferior y de la curvadura mayor gástrica se conservaría a través de la vena gástrica derecha. Este drenaje venoso anómalo, aunque excepcional, debe tenerse siempre en cuenta, especialmente en pacientes con HTP.