



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

333/89 - ¿Y AHORA ME SALE LO DEL BAZO?

M. De Las Cuevas Miguel¹, A. Pérez de Castro Martínez², A. González Gamarra³, M. González Albóniga-Menor⁴, O. Arredondo Hortigüela¹, Á. Álvarez Hermida⁵.

¹Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid. ³Médico de Familia. Centro de Salud Goya. Madrid. ⁴Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid. ⁵Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 65 años, fumadora IPA 40, bebedora social. Dislipemia. Antecedente personal de adenocarcinoma de colon transverso (pT4N0M0) intervenido hace 10 años y con posterior tratamiento adyuvante con oxaliplatino. En seguimiento en nuestras consultas y por Oncología Médica. Ocasionales quejas de dispepsia. Controles con TC y analítica anuales. Desde 2011 se objetiva trombopenia y esplenomegalia que Oncología no da importancia. En último TC describen además varices esofágicas incipientes y la dan de alta de su proceso. A pesar de no presentar más anormalidades analíticas sospechamos desde Atención Primaria una posible hepatopatía crónica con hipertensión portal que estuviera condicionando hiperesplenismo responsable de la trombopenia y la actual aparición de varices esofágicas. Se deriva a la paciente a Digestivo donde se confirma la sospecha.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración solo destacaba abdomen con datos de circulación venosa colateral y esplenomegalia de 2-3 traveses por debajo de límite costal izquierdo. Gastroscoopia: varices esofágicas grandes y gastropatía de hipertensión portal leve. Fibroscan: 6.2 kpa. Serologías VHC y VHB negativas. Plaquetas: 82.000, coagulación, perfil hepático, alfa-1-antitripsina, ceruloplasmina, ferritina: normal. Albúmina: 4.2, proteinograma en suero: puente beta-gamma, beta-2-microglobulina: 2.3, IgG: 1830, IgM: 513, autoinmunidad negativos, CEA: 5.2. AngioTC 12/2017: posible trombosis segmentaria de una de las ramas de la vena mesentérica.

Juicio clínico: Hipertensión portal de etiología no filiada. Trombosis mesentérica crónica.

Diagnóstico diferencial: La causa más común de hipertensión portal es la cirrosis, pero la trombosis en la porta es otra de las causas. La trombosis mesentérica en la forma crónica suelen ser indoloras y a menudo se descubren accidentalmente o en el curso de estudios digestivos por varices esofagogástricas. La trombosis puede ser primaria cuando se debe a un trastorno de coagulación (30%) o secundaria.

Comentario final: La paciente comienza tratamiento profiláctico de sangrado de varices e inicia heparina ante posible trombosis mesentérica: pendiente de nuevo control tras tres meses de anticoagulación y estudio hematológico de hipercoagulabilidad.

Bibliografía

Schouten JN, García-Pagán JC, Valla DC, Janssen HL. Idiopathic Noncirrhotic Portal Hypertension. *Hepatology* 2011; 54(3):1071-81.

Palabras clave: Cirrosis, hiperesplenismo, trombosis.