



Varices mesentéricas: causa de *shunt* mesosistémico y hemorragia gastrointestinal

Sr. Director:

La hipertensión portal (HTP) suele conllevar el desarrollo de circulación colateral, fundamentalmente esofagogástrica. Sin embargo, en ocasiones se desarrollan varices ectópicas (VEC) en otras localizaciones del tracto digestivo y extradigestivo¹⁻³.

La hemorragia gastrointestinal de VEC representa un 5% de las hemorragias varicosas⁴, y su diagnóstico precoz es difícil, especialmente cuando coexisten varices esofagogástricas.

Presentamos el caso de un varón de 57 años que acudió a urgencias por cuadro de hemorragia digestiva baja (HDB). Como antecedentes médicos presentaba etilismo importante, cirrosis hepática (Child-Pugh B), pancreatitis crónica, diabetes mellitus insulino dependiente e insuficiencia renal crónica. Como antecedentes quirúrgicos destacaba una derivación pancreaticoyeyunal tipo Puestow y eventroplastia hacia 15 y 8 años, respectivamente.

Tras realizar esofagogastroscoopia, se evidenció varices esofagogástricas sin estigmas de sangrado y en la colonoscopia, sólo restos hemáticos. En arteriografía, se observó conglomerado venoso pericecal con drenaje hacia la pelvis sin evidencia de hemorragia (fig. 1).

Se realizó laparotomía exploradora, que evidenció gran síndrome adherencial y varices en mesenterio yeyunal,



Fig. 1. Conglomerado venoso de localización pericecal con drenaje hacia la pelvis sin indicio de hemorragia.

pared abdominal y entre ésta y asas de intestino delgado, origen este último de la HDB (fig. 2). Se realizó resección de asa de yeyuno afecto. Finalmente, el paciente falleció en el postoperatorio por cuadro de coagulopatía intravascular diseminada.

Como resultado de la HTP, pueden desarrollarse VEC, que se forman entre la pared abdominal y la intestinal por adherencias causadas por intervenciones previas².

La angiografía, fundamentalmente en fase venosa, es el procedimiento diagnóstico de elección. Sin embargo, no suele observarse extravasación de contraste, y su sensibilidad diagnóstica es del 60%^{1,4,5}.

El manejo exitoso suele ser quirúrgico, aunque el retraso en el diagnóstico y la comorbilidad de estos pacientes influyen en el pronóstico; se ha informado una mortalidad de un 35-40%^{1,4,5}.

En conclusión, la HDB sin origen en varices esofagogástricas, en pacientes con HTP y con antecedentes de cirugía abdominal, puede ser indicativa de hemorragia de VEC.

Luciano Delgado Plasencia, Alejandro Hernández Morales, Antonio Alarcó Hernández y Alberto Bravo Gutiérrez.

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario de Canarias (HUC). La Laguna (Santa Cruz de Tenerife). España.

Bibliografía

1. Cutler CS, Rex DK, Lehman GA. Enteroscopic identification of ectopic small bowel varices. *Gastrointestinal Endoscopy*. 1995;41:605-8.
2. Lebec D, Benhamou JP. Ectopic varices in portal hypertension. *Clin Gastroenterol*. 1985;14:105-21.
3. Cappell MS, Price JB. Characterization of the syndrome of small and large intestinal variceal bleeding. *Dig Dis Sci*. 1987;32:422-7.
4. Joo YE, Kim HS, Choi SK, Rew JS, Kim HR, Kim SJ. Massive gastrointestinal bleeding from jejunal varices. *J Gastroenterol*. 2000;35:775-8.
5. Tang S, Zanati S, Dubcenco E, Cirocco M, Christodoulou D, Kandel G, et al. Diagnosis of small-bowel varices by capsule endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2004;60:129-35.

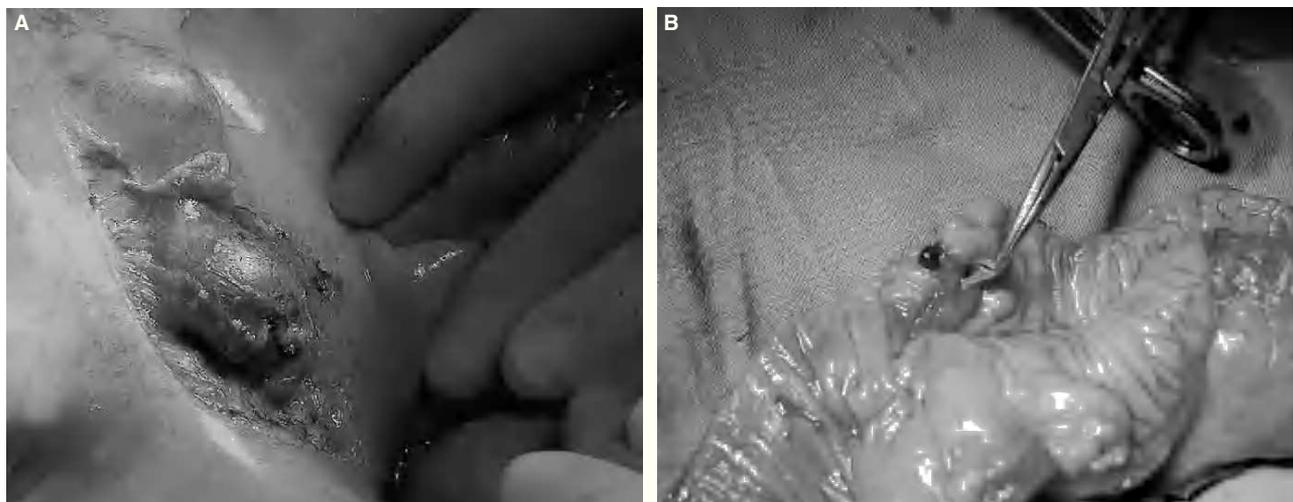


Fig. 2. A: varices en mesenterio de yeyuno. B: punto sangrante en la pared yeyunal con coágulo adyacente.