CIR ESP. 2022;100(Espec Congr 2):458

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

V-059 - SÍNDROME DE BUDD-CHIARI POR GRAN TROMBO TUMORAL SECUNDARIO A TUMOR RENAL

Pintos Garza, Rodrigo; Carracedo Iglesias, Roberto; García Val, Teresa; Estévez Fernández, Sergio; Fernández Rodríguez, Paula; Mesa Delgado, Santiago; Recarey Teijeiro, Eva; Sánchez Santos, Raquel

Hospital Xeral, Vigo.

Resumen

Introducción: El síndrome de Budd-Chiari (SBC) hace referencia a la obstrucción del flujo venoso hepático. Este bloqueo puede producirse en cualquier punto del trayecto de las venas suprahepáticas hasta la vena cava inferior. Provoca una congestión venosa que desemboca en hipertensión portal y el consiguiente fallo hepático. Dicho síndrome puede ser primario, si está producido por una alteración venosa (trombosis, flebitis o estenosis); o secundario, si la obstrucción es extrínseca a las venas (tumoral, por ej.). Las manifestaciones clínicas dependen de la velocidad de instauración del cuadro. Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal, ascitis, hepatomegalia y hemorragia digestiva. Menos comunes son edema en extremidades inferiores, ictericia, fiebre y encefalopatía hepática.

Caso clínico: Varón de 64 años, con antecedente de enolismo y hábito tabáquico, acude a urgencias por aumento de perímetro abdominal e hinchazón de piernas desde hace meses. Además, en los últimos 15 días prurito generalizado. A la exploración física destaca ascitis no a tensión, circulación colateral, hepatomegalia y edema bilateral en MMII. Analíticamente destaca BiT de 1,9. La bioquímica del líquido ascítico descarta PBE. Ingresa en Digestivo para estudio. Se solicita gastroscopia que evidencia varices esofágicas y ecografía abdominal que pone de manifiesto un tumor renal derecho. Se completa estudio con TAC abdominal, que describe los siguientes hallazgos: masa renal derecha de 11 × 8,5 × 17 cm. T3NxM0; trombo tumoral en la VCI. Tamaño de 18 cm, extendiéndose a la VC intrahepática, la VSHD y la AD; hepatomegalia y circulación colateral retroperitoneal derecha; mucocele apendicular. Se establece el diagnóstico de SBC secundario a trombo tumoral en VCI. Se discute el caso en sesión multidisciplinar y se decide intervención quirúrgica con la participación de Urología, Cirugía General, Cirugía Cardíaca y Cirugía Vascular. En primera instancia se emboliza el tumor por parte de RIV. Al día siguiente se procede a la intervención quirúrgica: Laparotomía y disección de riñón derecho. Apendicectomía. Esternotomía media. Heparinización sistémica y preparación de CEC mediante canulación arterial de TBC y drenaje venoso mediante canulación de VCS y VFCD. Se realiza hipotermia leve a 32 ^{o}C. Se realiza nefrectomía derecha. Se excluye la vena cava superior. Se abre AD no observándose excesivo sangrado por lo que no es necesario realizar parada circulatoria. Se diseca trombo tumoral que protruye hacia AD desde la VCI desde la AD y se diseca trombo también desde la vena cava infrahepática. Se extrae trombo desde la cava infrahepática. Revisión de cavidades para excluir embolia. Reconstrucción de vena cava inferior con parche de pericardio bovino. Tiempo de CEC:

59min. Tiempo de maniobra de Pringle: 20 min. La evolución es satisfactoria. El paciente permanece 3 días en Reanimación y 15 en planta. No presenta complicaciones posoperatorias inmediatas ni tardías. En TAC de control no se observan trombos vasculares residuales.

Discusión: El SBC debe formar parte del diagnóstico de un paciente con fallo hepático. Deben realizarse pruebas de imagen para filiar la etiología del cuadro. Puede ser secundario a un trombo tumoral de origen renal. Estos casos técnicamente complejos se benefician de un manejo multidisciplinar.

0009-739X © 2022 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados