



Esplenectomía en hipertensión portal segmentaria Reporte de un caso

Emmanuel Ernesto Cruz-Monzón,* Gerardo Vázquez-Rodríguez,†
Juan José López-Martínez,‡ Quintín Héctor González-Contreras,¶ Rommel Ramírez-López,* Jorge González‡

* Cirugía General. † Titular del Curso de Cirugía General. ‡ Profesor Adjunto de Cirugía General, Hospital "Gilberto Gómez Maza".

¶ Cirugía General, Coloproctología, Laparoscopia Avanzada. Clínica de Gastroenterología Integral Nutrición y Obesidad en HMG. ‡ Estudiante de Medicina. Universidad Anáhuac, CDMX.

Splenectomy in portal segmental hypertension. Case report

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 13 Núm. 3 / Julio-Septiembre, 2024 / p. 87-92

RESUMEN

Introducción. La hipertensión portal segmentaria, o de lado izquierdo, es una entidad poco común, con múltiples causas potenciales. El sangrado de las varices gastrointestinales y el hiperesplenismo son sus principales manifestaciones clínicas; así mismo la pancreatitis crónica es la etiología más común aunque su diagnóstico es difícil siempre se debe de considerar esta entidad ante pacientes con pancreatitis crónica.

Objetivos. Identificar la esplenectomía como el principal manejo de una identidad poco común como la hipertensión portal segmentaria en pacientes con antecedentes de pancreatitis crónica y trombosis de vena esplénica.

Caso clínico. Paciente masculino de 29 años de edad que inicia con dolor epigástrico acompañado de náuseas y hematemesis en 3 ocasiones, motivo de ingreso a urgencias, se solicita endoscopia con reporte de varices en fúndus gástrico tipo IGV1 y posterior TAC, se reporta atrofia de cabeza de páncreas ausencia de vena esplénica. Presencia de varices en curvatura mayor gástrica páncreas indurado. Se realiza ligadura de vasos de curvatura mayor y vasos cortos con posterior esplenectomía. La incidencia de la hipertensión portal segmentaria es poco común y más en asociación con sangrado de tipo variceal ya que puede ser potencialmente mortal. Se debe de considerar la esplenectomía como procedimiento en pacientes que tienen evidencia de sangrado de tubo digestivo alto.

Conclusión. El diagnóstico de hipertensión portal segmentaria debe ser descartado en pacientes con

ABSTRACT

Introduction. Portal segmental hypertension is a rare entity, with multiple potential causes. Bleeding from gastrointestinal varices and hypersplenism are its main clinical manifestations. Likewise, chronic pancreatitis is the most common etiology, although its diagnosis is difficult, this entity should always be considered in patients with chronic pancreatitis.

Goals. To identify splenectomy as the primary management of a rare identity such as left portal hypertension in patients with a history of chronic pancreatitis and splenic vein thrombosis.

Clinical case. A 29-year-old male patient who started with epigastric pain accompanied by nausea and hematemesis on 3 occasions. Reason for admission to the emergency room: endoscopy was requested with a report of varicose veins in gastric fundus type IGV1 and subsequent CT scan reporting atrophy of the head of the pancreas and absence of the splenic vein. Presence of varicose veins in the greater curvature of the gastric indurated pancreas. Ligation of vessels of greater curvature and short vessels with subsequent splenectomy is performed. The incidence of left portal hypertension is rare and more so in association with variceal bleeding as it can be life-threatening. Splenectomy should be considered as a pancreatic procedure in patients who have evidence of upper gastrointestinal bleeding.

Conclusion. The diagnosis of left portal hypertension should be ruled out in patients with a history of chronic pancreatitis in association with hematemesis, and surgical management with splenectomy should always be

Correspondencia:

Emmanuel Ernesto Cruz-Monzón
Residente de 4to. año de Cirugía General. Hospital General "Gilberto Gómez Maza". Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México.
Tel.: 961 102-6149 Correo electrónico: emec_9408@hotmail.com

antecedentes de pancreatitis crónica en asociación con hematemesis, y el manejo quirúrgico con esplenectomía siempre debe ser considerado ante la presencia de varices gástricas sangrantes evidenciadas por endoscopia.

Palabras clave. Esplenectomía, hipertensión segmentaria, trombosis, vena esplénica, sangrado gastrointestinal.

considered in the presence of bleeding gastric varices evidenced by endoscopy.

Key words. Splenectomy, portal segmental hypertension, thrombosis, splenic vein, gastrointestinal bleeding.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión portal segmentaria, es una entidad poco común, con múltiples causas potenciales; debido al poco conocimiento de las manifestaciones clínicas de ésta, resulta complejo llegar su diagnóstico, es por ello que los síntomas como el sangrado de las varices gastrointestinales y el hipersplenismo son considerados sus principales manifestaciones clínicas.¹ La pancreatitis crónica es la etiología más común pues a partir del proceso inflamatorio proporciona las condiciones necesarias para desarrollar procesos trombóticos a nivel de la vena esplénica la cual causa aumento de las presiones venosas condicionando várices gástricas.²

La incidencia de pancreatitis se desconoce, esta representa menos del 5% en todos los pacientes con hipertensión portal;³ el número de casos de esta entidad no se tiene claro, sin embargo hasta el año 2015 se han notificado 500 casos en total,³ la edad en promedio en que se presenta es < 20 años con mayor frecuencia, seguida de los 40-50 años, y la edad máxima es bimodal.⁴

Otras causas asociadas a la hipertensión portal son las complicaciones de la pancreatitis como la necrosis pancreática, tumores pancreáticos, fibrosis retroperitoneal y algunas cirugías como la pancreatoduodenectomía o el trasplante hepático que también pueden condicionar la aparición de esta patología.⁵

Los estudios diagnóstico principales para detectar complicaciones en el páncreas son la tomografía axial computarizada con medio de contraste intravenoso y la endoscopia; así la tomografía permite identificar la anatomía pancreática y la presencia de alteraciones en la vascularidad tanto en la vena

como arteria esplénica, por su parte la endoscopia permite identificar la presencia de várices en el fondo gástrico que orienta al diagnóstico de hipertensión portal segmentaria. Otros estudios que se pueden realizar son el usg doppler que permite valorar la integridad de la arteria y vena esplénica y el usg endoscópico que identifica las estructuras gastroesofágicas.¹

El principal tratamiento se prescribe con base en el manejo del sangrado: el cual puede ser controlado por medio de: ligadura endoscópica de varices; en casos refractarios se puede realizar manejo quirúrgico, el cual consiste en esplenectomía; así mismo en paciente con alta morbilidad se tienen registros de realización de embolización arterial o colocación de stent venosos.⁴

Se presenta el caso de un paciente masculino de 29 años de edad originario y residente de Ocozocuahtla, Chiapas, padre y madre diabéticos de larga evolución con manejo basado en metformina.

Antecedente de apendicectomía complicada la cual se resolvió por medio de laparotomía exploratoria, y 2 hospitalizaciones previas, secundario a cuadros de pancreatitis moderada la cual remitió con manejo a base de reposo gastrointestinal y manejo de soluciones intravenosas, posteriormente se procedió a inicio temprano de vía oral y posterior egreso.

Inicia padecimiento actual con presencia de dolor en abdominal de 12 h de evolución sin presencia de fiebre o cefalea, posteriormente inicia con cuadro de vómitos de contenido gastroalimentario, más presencia de hematemesis en múltiples ocasiones, motivo de valoración en medio particular el cual determina la necesidad de manejo hospitalario. Posterior a su ingreso en el centro hospitalario, es valorado por el servicio

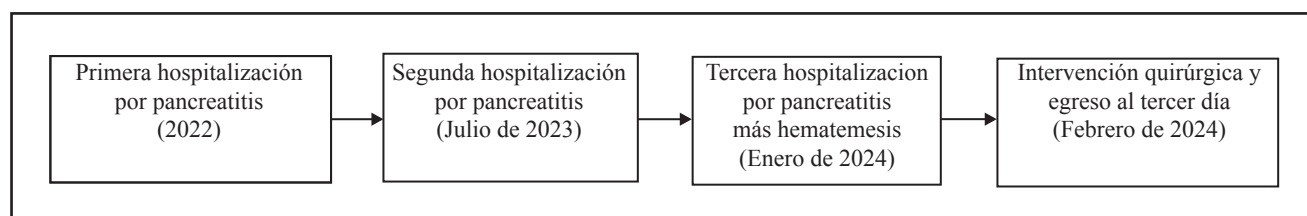


Figura 1. Hospitalizaciones e intervenciones.

de urgencias el cual determina la necesidad de manejo con base en inhibidores de la bomba de protones y soluciones cristaloides, posteriormente es valorado por el servicio de medicina interna el cual ingresa a su servicio para el estudio de las hematemesis.

Hallazgos clínicos

Consciente orientado en sus cuatro esferas neurológicas, Glasgow de 15 puntos, pupilas isocóricas de 2 mm, reactivas al estímulo luminoso, mucosas con buena hidratación, cuello cilíndrico sin presencia de cadenas ganglionares, no datos de ingurgitación yugular. Tráquea central y móvil, tórax simétrico con buena mecánica ventilatoria, precordio rítmico de buen tono e intensidad, sin presencia de soplos, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación media y profunda sin datos de irritación peritoneal sin presencia de megalias, con peristalsis presente, doloroso a la palpación media en región epigástrica con irradiación hacia a la espalda, genitales diferidos, miembros inferiores íntegros y funcionales (*Figura 1*).

Se realizan exámenes completos de laboratorio y se encuentran alteraciones en las enzimas pancreáticas con valores de 2500 U/L, hb 14 leucocitos 22.30, neutrófilos 89, plaquetas de 236, creatinina de 0.84, colesterol 493, triglicéridos 4658.

Usg de hígado y vías biliares con reporte de hígado de 12 cm, colédoco de 2 mm, porta de 8 mm, páncreas con bores regulares y definidos con presencia de patrón ecogénico. Conclusión de hígado graso grado I, bazo y vesícula sin alteraciones.

Radiografía de tórax con reporte de presencia de catéter venoso central, sin alteraciones óseas, pararenquima pulmonar sin alteraciones, no se integra síndrome pleuropulmonar, silueta cardíaca sin alteraciones.

TAC simple y contrastada de abdomen con reconstrucción coronal fase venosa: hepatoesplenomegalia, presencia de trayecto venoso esplénico con colaterales que drenan al fondo gástrico.

Atrofia de cola de páncreas, cabeza y cuerpo conservado. Vena porta sin defecto de llenado calibre de 12 mm, sólo se observa hasta la confluencia (*Figura 2*).

De acuerdo con el motivo de ingreso hospitalario, antecedentes y los estudios de imagen realizados al ingreso del paciente, se considera el diagnóstico de pancreatitis crónica; sin embargo, como el paciente presenta datos de hematemesis se procede a la realización de endoscopia, con el siguiente reporte: panendoscopia donde se observa presencia de pliegues gástricos congestivos de tipo vascular y presencia de dilataciones venosas en fundus gástrico, de tipo varices IGV1 (*Figura 3*).

Con base en el resultado de la endoscopia y secundario a que el paciente no presentaba antecedentes de cirrosis y en

los estudios de imagen tampoco se detecta evidencia para el diagnóstico de varices gástricas secundario a ellas, se solicita la TAC cuyo resultado permite fundamentar el diagnóstico de hipertensión portal segmentaria, con base en las imágenes tomográficas sugestiva de trombosis de vena esplénica la cual es evidencia importante del diagnóstico, que al considerar el antecedente de múltiples ingresos por pancreatitis, se refuerza más el diagnóstico diferencial.

Con base en el diagnóstico se decide realizar procedimiento quirúrgico evidenciando la presencia de varices en fondo gástrico, así como en curvatura mayor gástrica, presencia de hilio esplénico con dilatación venosa.

Se procede a disección individualizada de arteria y vena esplénica y se procede a ligar y se extrae pieza quirúrgica, se verifica hemostasia, se da por terminado el tiempo quirúrgico.

En el primer día de postoperatorio se realiza valoración por el servicio de epidemiología para la realización de la vacunación correspondiente para la prevención de sepsis fulminante.⁶

Se egresa al paciente al día 3 sin complicaciones, con posterior seguimiento en la consulta externa de cirugía, sin evidencia de recurrencia en las hematemesis así como en los episodios de pancreatitis, en cuanto al seguimiento por parte del servicio de medicina interna se maneja con OMEGA 3, una tableta cada 8 h en asociación con ciprofibrabro 100 mg una tableta cada 24 h, se logra un buen control metabólico.⁷

La importancia de este caso radica en la difusión del conocimiento de esta patología ya que puede proporcionar información importante tanto a cirujanos como a médicos

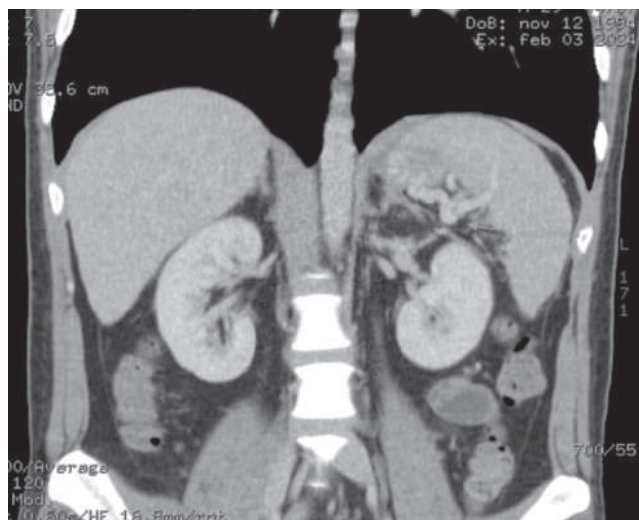


Figura 2. TAC simple y contrastada de abdomen con reconstrucción coronal fase venosa: hepatoesplenomegalia, presencia de trayecto venoso esplénico con colaterales que drenan al fondo gástrico. Vena porta sin defecto de llenado calibre de 12 mm, solo se observa hasta la confluencia.

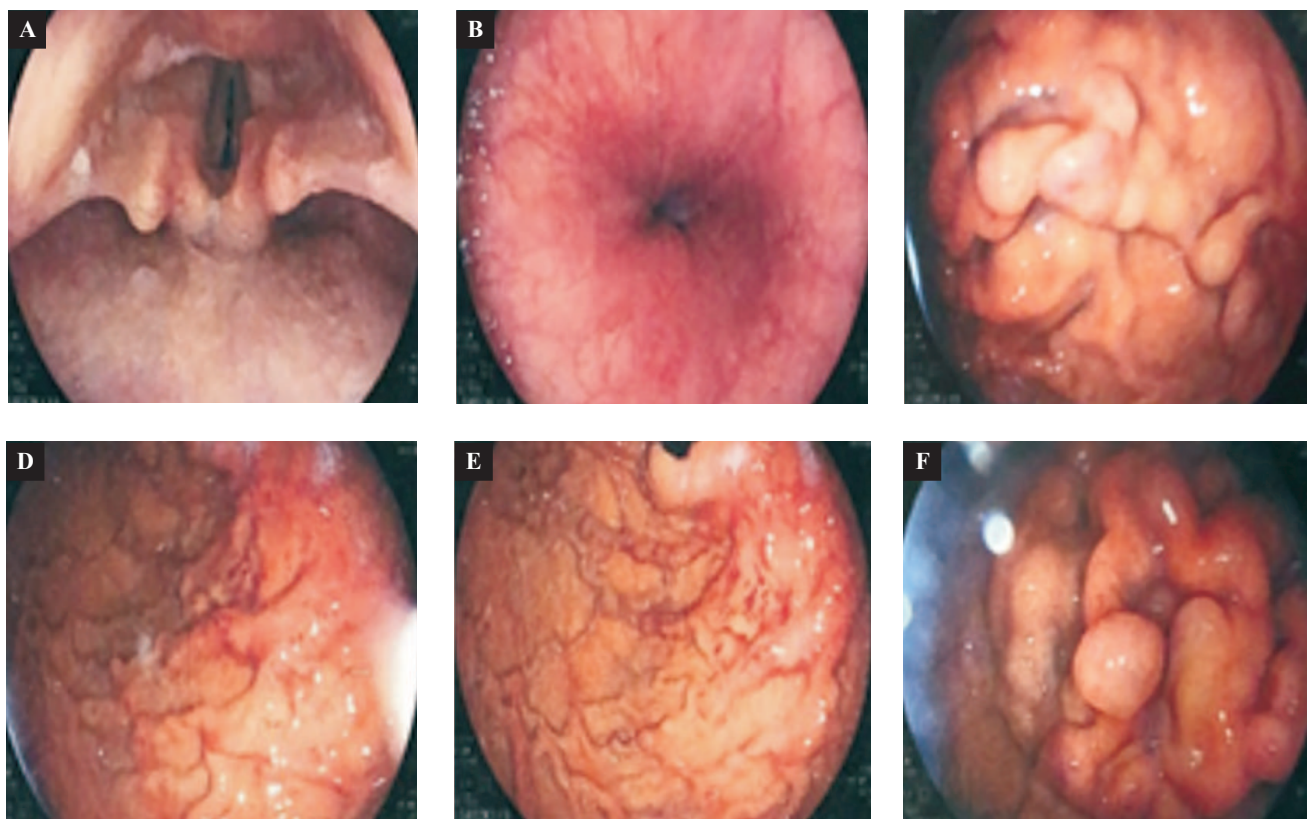


Figura 3. Pliegues gástricos congestivos de tipo vascular. Presencia de dilataciones venosas en fundus gástrico, de tipo varices IGV1.

internistas para ser considerada como diagnóstico diferencial en pacientes que presentan los síntomas mencionados, pues no hacer el diagnóstico temprano puede llevar a la muerte del paciente. Dada la poca frecuencia de estos casos no se da la importancia suficiente a los pacientes que la padecen y por lo consiguiente se puede pasar por alto su diagnóstico teniendo como resultado una complicación como choque hipovolémico o la defunción.

Como se ha visto en este caso, la incidencia de esta patología es muy poco común,⁴ por lo que es difícil tomar el presente caso como un diagnóstico diferencial.

También es importante conocer la principal causa, que es la pancreatitis en especial los episodios repetidos de esta, ya que su fisiopatología determina un proceso fundamental en el inicio de una trombosis de la vena esplénica, todo desencadenado por la cascada de factores proinflamatorios y procoagulantes,⁸ que resultan en un proceso de inflamación crónica del parenquima pancreático que condiciona fibrosis y lesiones endoteliales íntimas y espasmos vasculares, que terminan en el estancamiento de la sangre que conduce a un estado de hipercoagulabilidad que aumenta el riesgo de trombosis.⁵ La cual desarrolla la presencia de varices gástricas en ausencia de

varices esofágicas todo esto secundario al inadecuado drenaje del bazo a través de las venas gástricas cortas.⁹

En caso de no poder realizarse el manejo pertinente el paciente puede debutar con episodios de hematemesis que puede conllevar con deterioro clínico del paciente.

En el diagnóstico debe considerarse con un alto índice de sospecha clínica y apoyado de gastroscopia, pruebas de función hepática, examen de ultrasonido y/o tomografía computarizada (TC) mejorada con contraste del abdomen.¹⁰

Aunque su diagnóstico es difícil siempre se debe considerar esta entidad ante pacientes con pancreatitis crónica ya que este podría ser el único antecedente de importancia en esta entidad.

El manejo por medio de esplenectomía es el tratamiento de elección en los casos complicados por el sangrado de varices ya que reduce de manera significativa los episodios de sangrado llegando a remitirlos en su totalidad, a pesar que existen otras opciones para el manejo como la radiología intervencionista, procedimientos endoscópicos, la cirugía sigue siendo el manejo inicial y con mejor respuesta que se tienen en la actualidad.¹¹

Sin embargo, no hay consenso sobre el tratamiento de pacientes asintomáticos.¹²

La esplenectomía debe añadirse al procedimiento pancreático en pacientes que tienen evidencia de hipertensión portal segmentaria en la evaluación preoperatoria, especialmente si se encuentran várices gástricas.¹²

La sepsis post esplenectomía es una complicación grave que todos los pacientes que han presentado este procedimiento puedan padecer; los principales agentes etiológicos son *Haemophilus influenzae* y *Neisseria meningitidis*, los cuales pueden ocasionar un cuadro de sepsis fulminante en un periodo de menos de 24 h, por ello que la inmunización contra estos agentes debe de considerarse en todos los pacientes a los que se ha realizado esplenectomía.⁶

Por este motivo en el presente caso se realizó al paciente, de manera oportuna la valoración por parte del servicio de epidemiología por lo que se otorga las vacunas necesarias para completar la inmunización del paciente, así como el seguimiento respectivo por medio de la consulta externa. En el presente caso el tratamiento se lleva a cabo con base en la literatura comentada en este trabajo, pues a pesar de haberse realizado la búsqueda exhaustiva de literatura, la información es escasa.

CONCLUSIÓN

Se realizaron comparaciones con otros casos reportados y en los cuales se llega a la conclusión de realizar el manejo con base en esplenectomía, sin embargo, se realizan otras comparaciones sobre la realización de endoscopias y se encuentra que solamente se realizaban para controlar la hemorragia y estabilizar al paciente, pero no sería el manejo definitivo. Así también se han reportado casos en donde se realizan procedimientos endovasculares, sin embargo, solo se han llevado a cabo en casos seleccionados como ejemplo aquellos que tienen alto riesgo de complicaciones de una esplenectomía. Dentro de las complicaciones observadas con los procedimientos endovasculares son infartos pancreáticos y gástricos parciales, abscesos esplénicos solo por mencionarlos.¹³ Por todo lo anterior se llega a la conclusión de realizar esplenectomía, así como se llevaron a cabo en otros casos reportados.

Siempre es importante tomar en cuenta todo tipo de patologías cuando se está evaluando un paciente, jamás se debe dar algo por sentado por efímera que parezca una opción como diagnóstico ya que esta puede ser el tratamiento oportuno que nuestro paciente necesite. De ahí la importancia de que el personal de salud tenga los conocimientos necesarios y criterios diagnósticos para poder realizar conclusiones precisas ante enfermedades poco comunes.

Durante el seguimiento siempre es recomendable realizar un interrogatorio en pacientes con pancreatitis, y ser específico en el número de episodios presentados, y el periodo de tiempo que transcurre entre episodio y episodio para poder así

determinar el riesgo de presentar un proceso de pancreatitis crónica la cual es sumamente importante en la fisiopatología de esta entidad. Otros puntos a considerar en el interrogatorio son los antecedentes oncológicos así como los quirúrgicos, ya que los tumores pancreáticos y las pancreatectomías izquierdas o pancreatoduodenectomía también son factores a tomar en cuenta, ya que los pacientes a pesar que no tengan los antecedentes de pancreatitis pero que si presenten estas intervenciones pueden ser candidatos a presentar esta enfermedad.

El diagnóstico es dado por un alto índice de sospecha por lo que podría presentarse como una opción a considerar en pacientes que cumplan con los antecedentes antes mencionados. Así mismo se recomienda realizar una endoscopia como un estudio de primera elección en el algoritmo diagnóstico, ya que de ser evidenciada la presencia de varices gástricas en ausencia de esofágicas es de suma importancia realizar una TAC de abdomen con contraste IV para valorar la presencia de trombosis esplénica la cual nos confirma el diagnóstico.

El seguimiento de modo multidisciplinario es sumamente importante, se tiene que evaluar la respuesta al tratamiento quirúrgico, así como el manejo médico. Siempre es indispensable indagar sobre la presencia de hematemesis la cual en caso de presentarse se deberá realizar un estudio profundo de la misma.

El control metabólico debe de estar a cargo del servicio de medicina interna o en su caso el servicio de gastroenterología, con controles periódicos de pruebas de funcionamiento hepático, lipasa, química sanguínea completa, para poder evaluar los niveles de bilirrubinas, y vigilar los niveles de triglicéridos ya que el descontrol de estos puede desencadenar un nuevo cuadro de pancreatitis.

El manejo con base en fibratos de alta potencia es sumamente necesario para poder alcanzar las metas necesarias para la buena evolución del paciente. El seguimiento por parte de medicina interna es necesario hasta que el servicio lo considere y determine que el riesgo de presentar otro episodio sea el mínimo.

Además del control metabólico, el seguimiento se usa para vigilar el riesgo de presentar procesos infecciosos secundario al antecedente de esplenectomía, así como la vigilancia de la vacunación anual contra la gripe, la de cuál de no llevarse el régimen completo podría ser fatal.

Siempre el manejo debe ser oportuno, en el momento que se presente esta patología, es por ello que su abordaje debe ser siempre eficaz y considerarlo como un diagnóstico a tomar en cuenta en todo momento, la cual hace la diferencia en el paciente.

REFERENCIAS

1. Fernandes A, Almeida N, Ferreira AM, Casela A, Gomes D, Portela F, Camacho E, Sofia C. Left-Sided portal hypertension:

- a sinister entity. *Portuguese Journal Of Gastroenterology* 2015; 22(6): 234-9. <https://doi.org/10.1016/j.jpge.2015.09.006>
2. Köklü S, Çoban Ş, Yüksel O, Arhan, M. Left-Sided portal hypertension. *Digestive Diseases And Sciences* 2007; 52(5): 1141-9. <https://doi.org/10.1007/s10620-006-9307-x>
 3. Pereira P, Peixoto A. Left-Sided portal hypertension: a clinical challenge. *Portuguese Journal Of Gastroenterology* 2015; 22(6): 231-3. <https://doi.org/10.1016/j.jpge.2015.10.001>
 4. Hayashi H, Shimizu A, Motoyama H, Kubota K, Notake T, Ikehara T, Yasukawa K, Kobayashi A, Soejima Y. Left-sided portal hypertension caused by idiopathic splenic vein stenosis improved by splenectomy: a case report. *Surgical Case Reports* 2020; 6(1). <https://doi.org/10.1186/s40792-020-00912-y>
 5. Mayer P, Venkatasamy A, Baumert TF, Habersetzer F, Pessaux P, Saviano A, Felli E. Left-sided portal hypertension: Update and proposition of management algorithm. *Journal of visceral surgery* 2024; 161(1): 21-32. <https://doi.org/10.1016/j.jvisc-surg.2023.11.005>.
 6. Tahir F, Ahmed J, Malik F. Post-splenectomy Sepsis: A Review of the Literature. *Curēus*. 2020. <https://doi.org/10.7759/cureus.6898>
 7. Virani S, Morris P, Agarwala A. et al. ACC Expert Consensus Decision Pathway on the Management of ASCVD Risk Reduction in Patients With Persistent Hypertriglyceridemia: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. *JACC*. 2021; 78 (9): 960-3. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.06.011>
 8. Yao J, Zhang S, Zhou F, Zhuang M, Fei S. La relación entre las citocinas inflamatorias y las complicaciones hospitalarias de la pancreatitis aguda. *Inmunidad, inflamación y enfermedad* 2024; 12(2): e1203. <https://doi.org/10.1002/iid3.1203>.
 9. Samanta J, Dhar J, Gupta P, Kochhar R. Venous Thrombosis Acute Pancreatitis: What to and Not to Do?. *Digestive diseases and sciences* 2024; 69(5): 1537-50. <https://doi.org/10.1007/s10620-024-08418-5>.
 10. Paramythiotis D, Papavramidis, TS, Giavroglou K, Potsi S, Girtovitis F, Michalopoulos A, Papadopoulos VN, Prousalidis, J. (2010). Massive variceal bleeding secondary to splenic vein thrombosis successfully treated with splenic artery embolization: a case report. *Journal Of Medical Case Reports*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/1752-1947-4-139>
 11. Mayer P, Venkatasamy A, Baumert TF, Habersetzer F, Pessaux P, Saviano A, Felli E. Left-sided portal hypertension: Update and proposition of management algorithm. *Journal Of Visceral Surgery* 2024; 161(1): 21-32. <https://doi.org/10.1016/j.jvisc-surg.2023.11.005>.
 12. Agarwal AK, Raj Kumar K, Agarwal S, Singh S. Significance of splenic vein thrombosis in chronic pancreatitis. *American journal of surgery* 2008; 196(2): 149-54. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2007.07.039>.
 13. Kokabi N, Lee E, Echevarria C, Loh C, Kee S. Sinistral portal hypertension: presentation, radiological findings, and treatment options - a case report. *Journal of radiology case reports* 2010; 4(10): 14-20. <https://doi.org/10.3941/jrcr.v4i10.512>