

| | |
|----------------|---|
| Caso | (288) Un dolor abdominal inesperado |
| Autores | Cecilia Ruiz De Castañeda Zamora, Ernesto Rioja Corroto, Rubén Giovanetti González, María José Risco Fernández, Ana Hernández-garcía Calvo, Celia Astor Rodríguez |
| Centro | Complejo Hospitalario Universitario De Toledo |

EXPOSICIÓN DEL CASO

Hombre de 65 años que acude a urgencias por un cuadro de dolor abdominal generalizado de una semana de evolución asociado a distensión abdominal, falta de apetito y náuseas. En la analítica llama la atención una elevación de la LDH (279 U/L) y de la proteína C reactiva (146 mg/L). Dado lo inespecífico del cuadro y ante la clínica que no alivia pese al tratamiento, realizamos tomografía computarizada (TC) abdominopélvica en fase portal (70"). Se visualiza una dilatación aneurismática de la confluencia esplenomesentérica, con un calibre de hasta 45 mm, con ausencia de repleción, compatible con trombosis, que se extiende hacia la vena esplénica y la vena mesentérica superior, y condiciona ausencia de captación de un segmento largo de yeyuno e íleon, en relación con isquemia. El paciente fue sometido a tratamiento quirúrgico consistente en resección del segmento de intestino delgado isquémico.

DISCUSIÓN

El diagnóstico fue de aneurisma de la confluencia esplenoportomesentérica trombosado e isquemia intestinal asociada.

Los aneurismas venosos que involucran al sistema portal constituyen el 3% de todos los aneurismas venosos, con una prevalencia del 0,4-0,6%.

Pueden tener un origen congénito debido a una regresión incompleta de la vena vitelina distal derecha, o bien, pueden ser adquiridos en cuyo caso pueden surgir como consecuencia de una hipertensión portal, pancreatitis necrotizante, traumas o cirugías abdominales previas.

La mayoría de los pacientes presentan un dolor abdominal difuso, o bien, están asintomáticos en el momento del diagnóstico. De hecho, en aproximadamente el 88% de los pacientes los aneurismas permanecen estables en cuanto al tamaño en los sucesivos controles radiológicos y no muestran datos de complicación. No obstante, se han descrito casos de trombosis y rotura de los mismos, o inclusive, la compresión del duodeno y de la vía biliar.

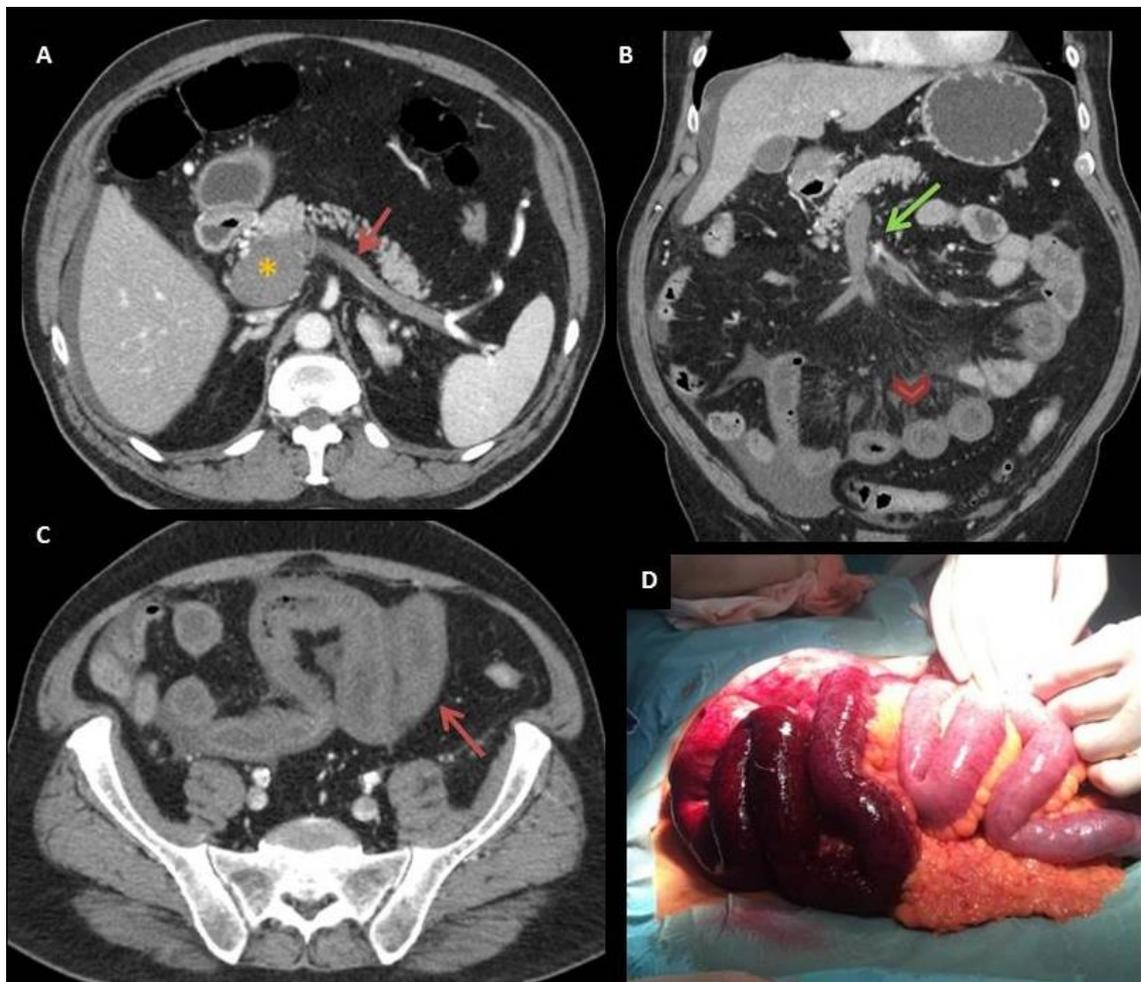
La trombosis es la complicación más frecuentemente encontrada, siendo la trombofilia un factor de riesgo para esta condición. El nivel de evidencia con respecto al manejo de este tipo de aneurismas es bajo, ya que apenas hay literatura al respecto. No obstante, se asume que un manejo conservador tendrá menor tasa de complicaciones que un tratamiento quirúrgico invasivo.

El manejo de los pacientes con aneurismas venosos portales es controvertido. Normalmente, los pacientes asintomáticos sin datos de hipertensión portal ni

cirrosis, se tratan de forma conservadora y se realizan controles ecográficos periódicos para detectar cambios o variaciones en el tamaño del saco aneurismático. Por otra parte, los pacientes cirróticos con hipertensión portal son candidatos a la realización de shunts portosistémicos, mientras que pacientes con riesgo de complicaciones son sometidos a tratamiento quirúrgico, siendo en caso de trombosis la anticoagulación el tratamiento más aceptado de primera línea.

CONCLUSIÓN

Los aneurismas de la confluencia esplenoportomesentérica constituyen una entidad clínica rara, representando el 3% de los aneurismas venosos. Aunque la mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos, se han descrito complicaciones asociadas a esta entidad, siendo la más frecuente la trombosis.



Aneurisma de la confluencia esplenoportomesentérica trombosado e isquemia venosa intestinal asociada. A) Imagen de TC axial en fase portal donde se visualiza una dilatación aneurismática de la confluencia esplenoportomesentérica completamente trombosada (asterisco). La trombosis se extiende a la vena esplénica (flecha). B) Reconstrucción coronal, dónde se visualiza la trombosis de la vena mesentérica superior (flecha) y afectación isquémica de asas de yeyuno e íleon (cabeza de flecha). C) Imagen de TC axial en fase portal. Engrosamiento mural concéntrico de la submucosa de asas de íleon con una disminución del realce mucoso, compatible con isquemia intestinal (flecha). D) Imagen intraoperatoria mostrando la isquemia de asas de yeyuno medio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Laurenzi A, Maria Ettore G, Lionetti R. Portal vein aneurysm: What to know. *Digestive and Liver Disease*. 1 de Noviembre de 2015; 47(11):918-23. <https://doi.org/10.1016/j.dld.2015.06.003>
2. Koc Z, Oguzkurt L, Ulsan S. Portal venous system aneurysms: imaging, clinical findings, and a possible new etiologic factor. *AJR Am J Roentgenol*. Noviembre de 2007;189(5):1023-30. doi/full/10.2214/AJR.07.2121
3. Santana P, Jeffrey RB, Bastidas A. Acute Thrombosis of Giant Portl Venous Aneurysm. *Journal of Ultrasound in Medicine*. 1 de Junio de 2002; 21 (06): 701-4. <https://doi.org/10.7863/jum.2002.21.6.701>
4. Barzilai R, Kleckner MS. Hemocholecyst following ruptured aneurysm of portal vein. *Arch Surg*. 1956;72:725-727. doi:10.1001/archsurg.1956.01270220173023