

Solución del caso: Complicación poco frecuente en un paciente con trasplante hepático

Viene de la página 355

Luego de la visualización de dicho hallazgo se decide completar el estudio mediante una Tomografía Computada con contraste endovenoso, que confirmó la sospecha diagnóstica. En nuestro caso el paciente no estaba anticoagulado ni tenía ningún factor de riesgo, por lo que se realizó colecistectomía por laparoscopia y antibioticoterapia, sin complicaciones posteriores.

Figura 4. TCMD en plano axial con contraste endovenoso en fase venosa. Se observa una dilatación aneurismática sacular de la vena porta intrahepática previa a la bifurcación que mide 40 x 23 mm (flecha roja). La leve dilatación de la vía biliar intrahepática (cabeza de flecha amarilla) en el segmento VI podría corresponder a cambios posquirúrgicos. Clips quirúrgicos a nivel de la VCI (flecha azul)

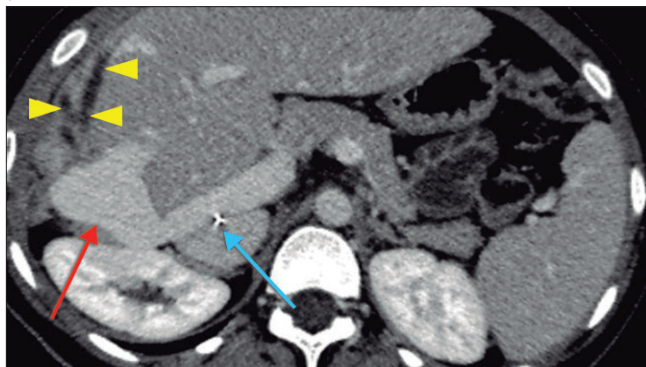
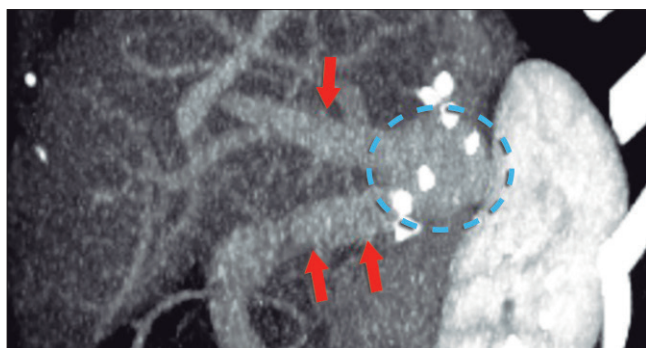


Figura 5. TCMD en reconstrucción oblicua-sagital con MIP con contraste endovenoso en fase venosa. Las flechas rojas señalan la vena porta, el círculo con líneas punteadas señala la dilatación aneurismática



Diagnóstico

La dilatación aneurismática de la vena porta es una patología poco frecuente que representa solo el 3% de todos los aneurismas del sistema venoso. Se debe considerar como diagnóstico diferencial a los aneurismas de la arteria hepática, entre otros.

Las localizaciones más frecuentes se encuentran en la confluencia venosa espleno-mesenterica, en el tronco de la vena porta y a nivel de las ramas intrahepáticas en el sitio de su bifurcación. En los pacientes no trasplantados o cirróticos un diámetro mayor a 2 cm se considera como dilatación.

Puede encontrarse en forma incidental en pacientes asintomáticos o frente a complicaciones raras, como ruptura del aneurisma debido a trauma o como causa de obstrucción biliar que causa ictericia y colestasis o compresión duodenal.

La ecografía Doppler con color se utiliza para la visualización dinámica de la dilatación y permite caracterizar el flujo mediante el estudio Doppler espectral, al poner en evidencia el signo del *yin-yang* o turbulencia en la zona de mayor calibre.

La tomografía computada (TCMD) con contraste endovenoso nos aporta información sobre la extensión de la dilatación y permite realizar una medición detallada del diámetro de dicho vaso, además de visualizar otras complicaciones.

Si bien las causas más comunes del aneurisma de la vena porta tienen relación con malformaciones congénitas del vaso o enfermedades crónicas, se han documentado casos después de hepatectomías, gastrectomías y colecistectomías laparoscópicas. Por lo tanto, debido a los antecedentes del paciente y los hallazgos encontrados, planteamos que este caso tendría relación con el antecedente posquirúrgico de trasplante hepático.

El tratamiento de los aneurismas de la vena porta dependen de su tamaño, síntomas y complicaciones, en el contexto de la condición clínica del paciente. Se sugiere llevar a cabo una vigilancia expectante mediante la realización de estudios clínicos y de imagen.

Consentimiento para la publicación. Para la confección de este manuscrito, se utilizaron datos anonimizados que no han distorsionado su significado científico.

Propiedad intelectual. Los autores declaran que los datos y las figuras presentes en el manuscrito son originales y se realizaron en sus instituciones pertenecientes.

Financiamiento. Los autores declaran que no hubo fuentes de financiación externas.

Conflicto de interés. Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con este artículo.

Aviso de derechos de autor



© 2022 Acta Gastroenterológica Latinoamericana. Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo los términos de la Licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC-SA 4.0), la cual permite el uso, la distribución y la reproducción de forma no comercial, siempre que se cite al autor y la fuente original.

Cite este artículo como: Marinhas P, Larrañaga N, Polanco y col. Complicación poco frecuente en un paciente con trasplante hepático. Acta Gastroenterol Latinoam. 2022;52(3):407-408. <https://doi.org/10.52787/agl.v52i3.227>

Referencias

1. Priadko K, Romano M, Vitale LM, Niosi M, De Sio I. Asymptomatic portal vein aneurysm: Three case reports. World J Hepatol 2021;13(4):515-521.
2. Ma R, Balakrishnan A, See TC, Liao SS, Praseedom R, Jah A. Aneurisma de la vena porta extrahepática: informe de un caso, descripción general de la literatura y algoritmo de manejo sugerido. Int J Surg Case Rep 2012;3:555-8.
3. Kimura Y, Tomohide H, Machimoto T, Ito T, Hata T, Kadokawa Y, et al. Portal vein aneurysm associated with arteriportal fistula after hepatic anterior segmentectomy: Thought-provoking complication after hepatectomy. surg case rep 4,57 (2018).
4. de Vedia M, Hernández Pinzón J, Larrañaga N, Espil G, Kozima S. Hallazgo incidental tomográfico en el seguimiento por patología oncológica. Acta Gastroenterol Latinoam 2018;48(2):79-81.
5. Hissae Motoyama Caiado A, Blasbalg R, Zafred Marcelino A S, et al. Complications of Liver Transplantation: Multimodality Imaging Approach. RadioGraphics 2007;27:1401-1417.