



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-135 - CASO CLÍNICO. TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE LA ESTENOSIS PORTAL POSQUIRÚRGICA

*Kayser Mata, Silvia; López Baena, Jose Ángel; González Leyte, Manuel; Echenagusia Boyra, Mikel*

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.*

### Resumen

**Introducción:** El tratamiento de los sarcomas se basa principalmente en la resección quirúrgica completa de la masa, incluyendo resección vascular si es preciso. Una de las complicaciones de la resección vascular, es el riesgo de estenosis vascular resultante, que en cirugías que competen al área pancreatobiliar, pueden condicionar una estenosis del confluente portomesentérico, y consecuentemente desarrollo de hipertensión portal asociado a várices esofágicas, gástricas e intestinales, junto con disfunción hepática, siendo causa frecuente de sangrado gastrointestinal, habitualmente refractario a tratamiento médico.

**Caso clínico:** Se presenta el caso clínico de un varón de 69 años, con antecedente de liposarcoma retroperitoneal subtipo escleroso bien diferenciado, intervenido en 2017. Se realizó resección compartimental de la masa (duodenopancreatectomía cefálica con hemicolectomía derecha). En 2018, se diagnosticó de recidiva a nivel del lecho quirúrgico, englobando parte del eje portomesentérico y VMS, tratado mediante QT preoperatoria y cirugía con RIO, realizando resección parcial de la VM, estando en remisión hasta la actualidad desde de el punto de vista oncológico. Al 2º año postoperatorio, debutó con hemorragias digestivas y anemia crónica. Se realizó EDA, colonoscopia y TC, diagnosticándose de sangrado digestivo bajo en relación con hipertensión venosa con desarrollo de circulación colateral entre territorio de la vena mesentérica superior y de la vena esplénica, con sospecha de sangrado a nivel de varices rectales. Se realizó una portografía del eje portomesentérico por parte de radiología intervencionista, en la que se identificó una estenosis en confluente portomesentérico con importante circulación colateral, y un gradiente de presión transtenótico elevado. Dados los hallazgos, se colocó una endoprótesis autoexpandible a nivel de la estenosis, con descenso de gradiente transtenótico de 12 mmHg a 1 mmHg, sin necesitar embolización de colaterales dada la mejoría significativa del flujo a través de la estenosis.

**Discusión:** La hipertensión portal secundaria a estenosis venosa tras cirugías pancreatobiliares, es una entidad bien descrita, no siendo infrecuente su desarrollo como complicación a largo plazo. Los procedimientos percutáneos son de preferencia por aliviar los síntomas de la hipertensión portal con una menor comorbilidad que la cirugía, y una alta tasa de éxito a largo plazo.