



242/4349 - SANGRADO ASOCIADO A PARACENTESIS POR COLATERAL PORTOSISTÉMICA ESPLENO-EPIGÁSTRICA INFERIOR

J. Neira Rodríguez^a, M. Benedi Sánchez^b, V. Oscullo Yopez^c, G. Rojas Martelo^d y R. Rolando Urbizu^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctor Cirajas. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Doctor Cirajas. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jazmín. Madrid. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctor Cirajas. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 73 años antecedente de Cirrosis hepática de origen etílica + VHB/VHD, estadio funcional B9 de Child-Pugh, con HTP sin descompensaciones previas documentadas, quien acude a urgencias remitido por su médico de atención primaria por clínica compatible con descompensación edemoascítica, sin claro desencadenante de 3-4 días de evolución. Niega fiebre, dolor abdominal, clínica respiratoria o miccional. No alteraciones del hábito intestinal, transgresiones dietéticas, buena adherencia a dieta hiposódica, no cambios en tratamiento farmacológico. En urgencias, se realizó paracentesis diagnóstico/evacuadora con reposición de albúmina, obteniéndose líquido hemático franco, ante la sospecha de complicación intraabdominal, se realiza prueba de imagen que objetiva hematoma de pared resuelto tras vendaje compresivo y tratamiento conservador. Análisis de líquido ascítico sin criterios de PBE. Se decide ingreso en planta de Gastroenterología para tratamiento deplectivo y completar estudios.

Exploración y pruebas complementarias: TAC de abdomen: Gran colateral espleno-epigástrica; con anastomosis entre vena esplénica colateral tortuosa y dilatada que se une con la vena epigástrica inferior izquierda en FII, con hematoma de pared adyacente a dicha anastomosis (en la localización del sitio de punción).

Juicio clínico: Sangrado tras paracentesis por punción de colateral espleno-epigástrica.

Diagnóstico diferencial: Hemoperitoneo por otras causas como la ruptura de aneurismas o de tumores sólidos, el sangrado varicoso e, incluso, trastornos de la coagulación.

Comentario final: Los pacientes con cirrosis avanzada e HTP desarrollan colaterales portosistémicas a través de la dilatación de anastomosis preexistentes entre los sistemas venoso portal y sistémico. Las más frecuentes son a través del sistema venoso gástrico, varices esofágicas, periesplénicas, retroperitoneales, paraumbilicales y pared abdominal anterior. Existen otras vías colaterales menos frecuentes; como la colateral espleno-epigástrica que se origina de una dilatación esplénica y se anastomosa con la vena epigástrica inferior izquierda y se puede localizar en el área anatómica donde se realiza habitualmente la paracentesis. En la bibliografía consultada no existen

datos estadísticos exactos de la prevalencia de esta colateral, sin embargo aunque es infrecuente debemos tenerla en cuenta como causa de sangrado postparacentesis.

Bibliografía

1. Pérez M, Castellón G. Paracentesis revisión técnica diagnóstica. GH Continuada. 2003;2(3).
2. Hapugoda S, D'Souza D. Portosystemic collateral pathways. Disponible en:
<https://radiopaedia.org/articles/portosystemic-collateral-pathways-1>

Palabras clave: Paracentesis. Hemoperitoneo. Colateral venosa.