

Atrofia hepática derecha y cirrosis por traumatismo aislado de la vena porta

Right liver atrophy and cirrhosis due to an isolate portal vein injury

Sr. Director:

Las lesiones de la vena porta son poco frecuentes y son secundarias a un traumatismo abierto de abdomen en aproximadamente el 90% de los casos¹.

En traumatismo abdominal cerrado, es rarísima y la lesión es causada por avulsión o trombosis^{1,2}. La mayoría de los traumatizados por este tipo de lesión está en shock severo y el diagnóstico de la lesión de la vena porta se realiza durante la cirugía³.

La trombosis aislada de la vena porta post-traumática es excepcional⁴ y existen 8 casos documentados y publicados en la literatura⁵.

Reportamos el caso de una mujer que se presenta a los 7 años de un traumatismo en hipocondrio derecho no operado, con atrofia del hígado derecho y cirrosis instalada.

Una mujer de 53 años consulta por dolor abdominal epigástrico.

Se realiza una ecografía abdominal y se constata ausencia de lóbulo derecho hepático y un lóbulo izquierdo hipertrófico. Una tomografía abdominal confirma los hallazgos ecográficos, y muestra una pequeña lengüeta de hígado derecho.

Entre sus antecedentes presenta traumatismo abdominal en hipocondrio derecho de 7 años de antigüedad (fig. 1). Se recupera la tomografía donde se observa el hígado con forma y tamaño normales.

La angiorrsonancia muestra hipertrofia del hígado izquierdo con atrofia del hígado derecho con una pequeña rama portal derecha irrigando la lengüeta residual (fig. 2). En el hígado izquierdo, totalmente dismórfico, se observa la rama portal izquierda. La distribución arterial es similar.

Una endoscopia digestiva alta muestra varices esofágicas y la biopsia hepática presenta fibrosis grado 3.

El traumatismo abdominal representa del 7 al 10% del trauma en general, con alta morbilidad es responsable del 10% de las muertes traumáticas⁶.

Las lesiones de la vena porta son pocas frecuentes y se producen generalmente en traumatismos abiertos de abdomen. Algunos estudios informan una incidencia de lesiones portales desde 0,07 hasta 1% en los pacientes tratados en centros especializados en trauma¹⁻⁶.

El traumatismo cerrado de abdomen es una causa excepcional y poco documentada de lesión aislada de la vena porta¹. Estas lesiones generalmente se acompañan de lesiones hepáticas, pancreáticas y renales. Kenneth reportó en una serie de 2.000 pacientes solo 2 con lesión pura de la vena porta¹. Beaufort en su revisión constata 8 casos publicados en la literatura⁷. Pereira Fraga, de 1.370 traumatismos de abdomen reportó 15 lesiones de vena porta y una sola por traumatismo cerrado de abdomen³.

La trombosis de la vena porta se produce cuando un factor local y un factor sistémico se asocian⁸⁻¹⁰.

Dentro de los principales factores locales están la cirrosis, enfermedades malignas hepatobiliares o inflamaciones del abdomen o lesiones endoteliales que inician la formación de trombos, ya sean traumatismos o lesión quirúrgica.

Dentro de los factores sistémicos encontramos los estados de hipercoagulabilidad, como los trastornos de la coagulación hereditarios y adquiridos, las enfermedades hematológicas como el síndrome mieloproliferativo oculto, y la utilización de anticonceptivos orales⁸⁻¹⁰.

En esta paciente sugerimos que la atrofia del hígado derecho está relacionada con el traumatismo externo, ya

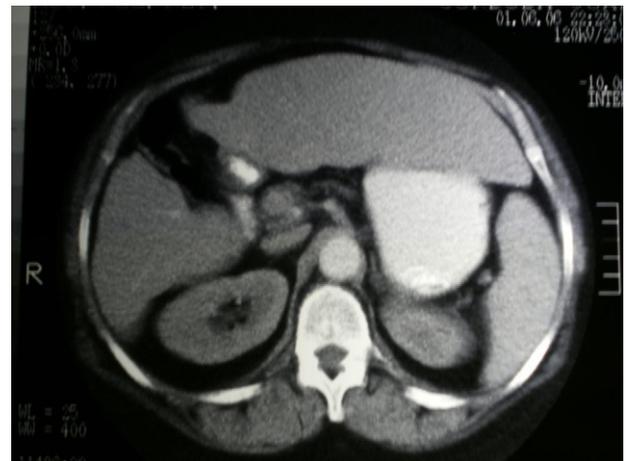


Figura 1 – Tomografía a los 7 años del traumatismo: hipertrofia del hígado izquierdo y atrofia del derecho.

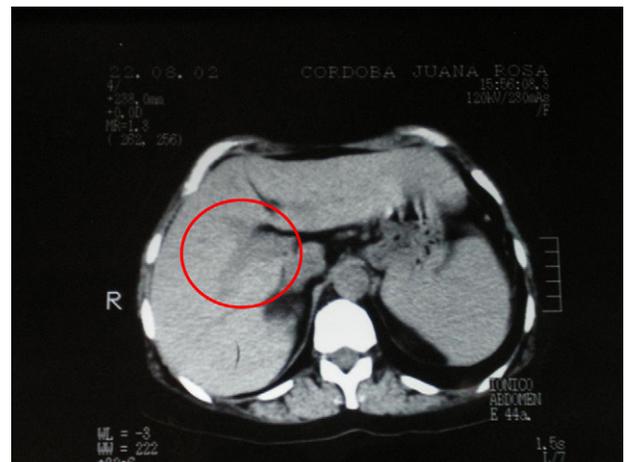


Figura 2 – Tomografía en el momento del traumatismo: aspecto irregular de la rama portal derecha.

que la revisión minuciosa de la tomografía postraumatismo, más allá de mostrar un hígado morfológicamente normal, muestra en el llenado portal una pared de la vena poco definida que sugiere en forma retrospectiva la lesión endotelial. Fueron descartadas en la paciente otras causas locales o sistémicas que justifiquen el cuadro clínico. Este mecanismo fisiopatológico no está comprobado en la literatura ya que la mayoría de los pacientes con lesiones traumáticas portales fallecen inmediatamente por la gravedad del mismo.

En la etapa aguda del traumatismo se puede observar dolor abdominal, alteraciones en el hepatograma, y se puede encontrar la trombosis de la vena mediante una ecografía o una tomografía²⁻⁴. Nuestra paciente a pesar del traumatismo tuvo solo dolor y a las 24 h de observación fue dada de alta sin cambios en su cuadro clínico.

Si la trombosis no es encontrada en la etapa aguda, como fue el caso de esta paciente, esta puede progresar a la cronicidad con cavernoma portal y la consecuente hipertensión portal y sus complicaciones². Nuestro paciente tiene una cirrosis.

En los casos publicados se refieren lesiones agudas con un cuadro de resolución médica e inmediata sin seguimiento de estos pacientes, donde el dolor fue el síntoma dominante. Nuestra paciente solo tuvo dolor abdominal. En nuestra búsqueda no encontramos ningún caso publicado de la manifestación alejada de este tipo de traumatismo.

La lesión aislada de la vena porta es excepcional en los traumatismos cerrados de abdomen. Su frecuencia aumenta cuando se trata de traumatismos abdominales abiertos donde se encuentra asociada a otras lesiones.

En la etapa aguda se puede detectar la trombosis y su tratamiento mediante anticoagulantes. En la cronicidad se puede instalar síntomas de hipertensión portal que deben ser tratados sintomáticamente. La evolución a la cirrosis en este caso es posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kenneth L, Mattox MD. Traumatic injury to the portal vein. *Ann Surg.* 1975;181:519-22.
2. Rastogi R, Bhargava SK, Bhatt S, Goel S, Bhargava S. Pancreatic laceration and portal vein thrombosis in blunt trauma abdomen. *J Indian Assoc Pediatr Surg.* 2008;13:72-4.
3. Pereira Fraga G. Trauma da veia porta. *Rev Col Bras Cir.* 2003;30:43-50.
4. Gonzalez F, Condat B, Deltenre P, Mathurin P, Paris JC, Dharancy S. Extensive portal vein thrombosis related to abdominal trauma. *Gastroenterol Clin Biol.* 2006;30:314-6.
5. Duvoux C, Radier C, Gouault-Heilmann M, Texier JP, Le Cudonnet B, Dhumeaux D. A rare cause of portal vein thrombosis: closed abdominal trauma. *Gastroenterol Clin Biol.* 1994;18:165-7.
6. Schroepel TJ, Croce MA. Diagnosis and management of blunt abdominal solid organ injury. *Curr Opin Crit Care.* 2007;13:399-404.
7. Beaufort P, Perney P, Coste F, Masbou J, Le Bricquier Y, Blanc F. Post-traumatic thrombosis of the portal vein. *Presse Med.* 1996;25:247-8.
8. Rosendaal FR. Venous thrombosis: a multicausal disease. *Lancet.* 1999;353:1167-73.
9. Sheen CL, Lamparelli H, Milne A, Green I, Ramage JK. Clinical features, diagnosis and outcome of acute portal vein thrombosis. *QJM.* 2000;93:531-4.
10. Valla DC, Condat B. Portal vein thrombosis in adults: pathophysiology, pathogenesis and management. *J Hepatol.* 2000;32:865-71.

Fernando Miguel Buabse* y Ana Palazzo

Servicio de Cirugía General, Hospital Ángel Padilla, Tucumán, Argentina

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fmbuabse@hotmail.com (F.M. Buabse).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.04.025>