

establecer el diagnóstico definitivo del origen hidatídico de la lesión.

El tratamiento de elección de los linfangiomas esplénicos es la resección quirúrgica completa. Algunos autores prefieren el tratamiento conservador en caso de lesiones pequeñas asintomáticas detectadas incidentalmente, reservando la esplenectomía para lesiones grandes, múltiples o sintomáticas<sup>5,6</sup>. El tratamiento conservador del linfangioma esplénico con interferón-alfa ha sido realizado en un niño por Reinhardt et al.<sup>9</sup> con éxito y buena tolerancia; sin embargo, no se conoce cuál es el tiempo y dosis de tratamiento óptimo para curar indefinidamente esta dolencia<sup>3</sup>. La esplenectomía laparoscópica se está posicionando como el procedimiento de elección para bazos de tamaño normal o moderadamente aumentado, aunque puede no ser adecuado para pacientes con esplenomegalia masiva. También se han utilizado resecciones parciales en casos de enfermedad limitada; sin embargo, dejar tejido esplénico remanente en caso de afectación difusa aumenta el riesgo de recidiva, y por tanto de requerir una segunda intervención<sup>5</sup>.

El pronóstico después de la resección completa es favorable. Se ha publicado la presencia de recurrencia en el 9,5% de los pacientes, fundamentalmente debida a una resección incompleta<sup>5,6</sup>.

Como conclusión, a pesar de su rareza hay que incluir esta enfermedad en el diagnóstico diferencial de las lesiones esplénicas de características quísticas, como el quiste hidatídico.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Ramírez A, Celis C, Acosta J, Sánchez CA, Espinosa C, Baene I, et al. Linfangioma esplénico. *Rev Colomb Cir.* 2002;17:174-8.
2. Patti R, Lannitto E, di Vita G. Splenic lymphangiomatosis rapid growth during lactation: A case report. *World J Gastroenterol.* 2010;16:1155-7.

3. Rodríguez-Montes JA, Collantes-Bellido E, Marín-Serrano E, Prieto-Nieto I, Pérez-Robledo JP. Splenic lymphangioma. A rare tumour. Presentation of 3 cases and a literature review [Article in Spanish]. *Cir Cir.* 2015;84:154-9.
4. Mohana S, Seethalekshmy NV, Pavithran K. Splenic cystic lymphangiomatosis presenting with massive splenomegaly. *The Internet Journal of Pathology.* 2008;8.
5. Ioannidis I, Kahn AG. Splenic lymphangioma. *Arch Pathol Lab Med.* 2015;139:278-82.
6. Crema E, Etchebehere RM, Gonzaga MN, Lima RS, Bertulucci PA, da Silva AA. Splenic lymphangioma: A rare benign tumor of the spleen treated by laparoscopic surgery. *Arq Bras Cir Dig.* 2012;25:178-9.
7. Beltran MA, Barría C, Pujado B, Oliva J, Contreras MA, Wilson CS, et al. Gigantic cystic splenic lymphangioma. Report of one case. *Rev Med Chil.* 2009;137:1597-601.
8. Kim SY, Kwon HJ, Park HW, Lee SY, Son BH, Kim MS. Multiple cystic lymphangiomas of the spleen: Radiologic and histopathologic findings. *J Med Ultrason (2001).* 2015;42:409-12.
9. Reinhardt MA, Nelson SC, Sencer SF, Bostrom BC, Kura-Check SC, Nesbit ME. Treatment of childhood lymphangiomas with interferon-alpha. *J Pediatr Hematol Oncol.* 1997;19:232-6.

José Antonio Toval Mata\*, Joaquín Carrasco Campos, Manuel Ruiz López, Iván González Poveda y Santiago Mera Velasco

Unidad de Coloproctología, Unidad de Gestión de Clínica Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [josetoval1@gmail.com](mailto:josetoval1@gmail.com) (J.A. Toval Mata).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.05.008>  
0009-739X/

© 2016 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Resultados a largo plazo de la devascularización esofagogástrica, según técnica de Han, en el tratamiento de la hemorragia digestiva secundaria a varices esofagogástricas y trombosis portal

### Long term results of periesophagogastric devascularization (Han technique) for esophagogastric variceal bleeding and portal thrombosis



La hemorragia digestiva por varices es una de las complicaciones más graves de la hipertensión portal (HTP)<sup>1</sup>. Las varices esofagogástricas aparecen entre el 50-60% de los

pacientes cirróticos. El sangrado por varices tiene un riesgo de recurrencia del 70% a los 2 años del primer episodio. La tasa de mortalidad es del 40-70%<sup>2</sup>. En pacientes cirróticos,

entre el 60-80% de las hemorragias digestivas son debidas a varices esofágicas y el 7% a varices gástricas. Las varices gástricas son menos frecuentes, pero sobre todo las localizadas en el fundus presentan un riesgo de sangrado muy alto<sup>3</sup>.

El tratamiento de las varices es endoscópico asociando beta-bloqueantes para prevenir la recurrencia. La hemorragia por varices fúndicas tiene peor tasa de control y mayor índice de recurrencia. En pacientes en los que esta terapia falla, la cirugía es una alternativa si la función hepática está preservada o el trasplante hepático está contraindicado<sup>1</sup>. Existen 2 grandes grupos de técnicas quirúrgicas: *shunts* portosistémicos y devascularizaciones<sup>4,5</sup>. En pacientes con buena función hepática y trombosis del sistema portal, las devascularizaciones son el tratamiento quirúrgico de elección. La técnica clásica de Sugiura consta de una devascularización esofagogástrica y una transección esofágica. La técnica de Hassab asocia una transección del fundus en vez de esofágica para disminuir las complicaciones asociadas a la misma reduciendo la recidiva asociada a las varices fúndicas<sup>6</sup>. Han propuso una técnica mixta combinando devascularización periesofagogástrica, fundectomía y una esplenectomía para obtener un mayor control de la hemorragia a largo plazo<sup>7</sup>. Recientemente el grupo de la Northwestern University de Chicago ha publicado la utilidad de la revascularización portal percutánea transesplénica asociada a *transjugular portosystemic shunt* (TIPS) en pacientes con trombosis del tronco portal principal previo al trasplante<sup>8</sup>.

Presentamos 3 casos de hemorragia recurrente secundaria a varices esofagogástricas con trombosis esplenoportomesentérica y función hepática conservada tratadas con la técnica de Han y con un seguimiento a largo plazo.

La técnica quirúrgica realizada fue una incisión subcostal izquierda, esplenectomía mediante la ligadura de los vasos cortos, así como del hilio esplénico, devascularización periesofágica anterior y posterior de los 5 cm distales, devascularización perigástrica de ambas curvaturas desde el cardias hasta la incisura *angularis*, ligadura de varices y fundectomía del área afectada mediante transección mecánica con refuerzo de la sutura. En un paciente se realizó piloroplastia para mejorar el vaciado gástrico por la sospecha de lesión del vago izquierdo en el hiato (fig. 1).

### Caso 1

Varón de 49 años con cirrosis alcohólica diagnosticada en 2003 asociada a trombosis completa del sistema portal y hemorragia recidivante por varices, a pesar de múltiples tratamientos endoscópicos mediante ligaduras, esclerosis y cianoacrilato en las varices fúndicas. En 2004 el paciente fue sometido a la técnica de Han. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, requiriendo el tratamiento antibiótico de colección residual intraabdominal. Doce años después de la cirugía, el paciente no tiene varices esofagogástricas y no ha presentado recidiva de la hemorragia.

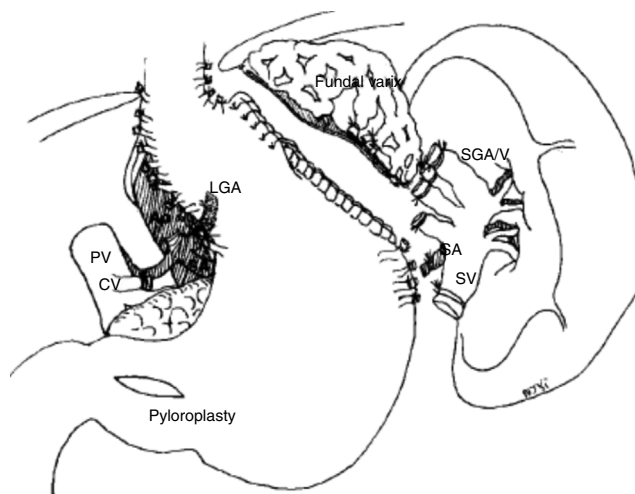


Figura 1 – Devascularización esofagogástrica según técnica de Han. Han HS et al.<sup>7</sup>.

### Caso 2

Mujer de 57 años diagnosticada de fibrosis hepática congénita en 1996, pancitopenia secundaria a hiperesplenismo y varios episodios de hemorragia por varices esofágicas y fúndicas controladas endoscópicamente. En 2005 se colocó un TIPS que cursó con trombosis afectando al eje portomesentérico. Se realizó entonces la técnica de Han. La paciente evolucionó bien sufriendo un pico febril sin foco que fue tratado empíricamente con antibióticos. Tras 10 años de seguimiento no ha habido recurrencia de la hemorragia digestiva. Se han encontrado varices esofágicas grado 1 en la endoscopia, pero no varices fúndicas.

### Caso 3

Mujer 59 años con déficit de factor V de Leyden y trombocitosis esencial asociada a trombosis porto-esplénomesentérica, y varios episodios de hemorragia digestiva grave secundaria a varices esofágicas grado IV y varices fúndicas precisando en varias ocasiones ingreso en la UCI. La paciente fue sometida a la técnica de Han. La enferma requirió reintervención a las 24 h por hemorragia de la línea de transección gástrica. El postoperatorio se complicó por una fístula de la piloroplastia que fue tratada conservadoramente y fue dada de alta el día 30 del postoperatorio. Tras 2 años de seguimiento la paciente está asintomática y no hay evidencia de varices en los controles endoscópicos.

Mediante esta técnica Han et al. publican una supervivencia a los 5 años del 62% y una tasa de mortalidad del 17,7%, que ha ido reduciéndose en los últimos años con la mayor experiencia de los cirujanos, mejorando las condiciones preoperatorias de los pacientes y la indicación precoz de la cirugía. Las complicaciones mayores y la mortalidad estuvieron relacionadas con controles previos endoscópicos

fallidos y complicaciones de la cirrosis como descompensación y hepatocarcinoma<sup>7</sup>. A largo plazo el grupo de Han ha publicado tasas entre el 5-40% de recurrencia debida principalmente a varices esofágicas que pueden ser más fácilmente controladas endoscópicamente<sup>9</sup>.

En nuestra experiencia la técnica de Han en pacientes seleccionados se ha asociado a baja morbilidad y a unos resultados excelentes a largo plazo. Esta técnica debe ser considerada en pacientes con hemorragias digestivas recidivantes asociadas a varices fúndicas en pacientes con buena función hepática o en cirróticos con contraindicación para el trasplante hepático, principalmente si existe trombosis del eje esplenoportomesentérico.

## Autorías

Todos los autores han contribuido por igual a la adquisición, recogida de datos, redacción del artículo, revisión crítica y aprobación de la versión final del mismo.

## BIBLIOGRAFÍA

- de Franchis R, Baveno VI Faculty. Expanding consensus in portal hypertension: Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension. *J Hepatol.* 2015;63:743-52.
- Haciyanli M, Genc H, Halici H, Kumkumoglu Y, Gur OS, Ozturk T. Results of modified Sugiura operation in variceal bleeding in cirrhotic and noncirrhotic patients. *Hepatogastroenterology.* 2003;50:784-8.
- Hashizume M, Sugimachi K. Classification of gastric lesions associated with portal hypertension. *J Gastroenterol Hepatol.* 1995;10:339-43.
- Yang FL, Yuan LJ, Dong R, Yin JK, Wang Q, Li T, et al. Two surgical procedures for esophagogastric variceal bleeding in patients with portal hypertension. *World J Gastroenterol.* 2013;19:9418-24.
- Orozco H, Mercado MA, Chan C, Ramos-Gallard G, Gálvez-Trevino R, Salgado-Nesme N, et al. Current role of surgery for the treatment of portal hypertension. *Ann Hepatol.* 2002;1:175-8.
- Mishin I, Ghidirim G. Accessory splenectomy with gastroesophageal devascularization for recurrent hypersplenism and refractory bleeding varices in a patient with liver cirrhosis: Report of a case. *Surg Today.* 2004;34:1044-8.
- Han HS, Yi NJ, Kim YW, Fleischer GD. New operative method for fundal variceal bleeding: Fundectomy with periesophagogastric devascularization. *World J Surg.* 2004;28:406-10.
- Thornburg B, Desai K, Hickey R, Kulik L, Ganger D, Baker T, et al. Portal vein recanalization and transjugular intrahepatic portosystemic shunt creation for chronic portal vein thrombosis: Technical considerations. *Tech Vasc Interv Radiol.* 2016;19:52-60.
- Lee JH, Han HS, Kim HA, Koo MY. Long-term results of fundectomy and periesophagogastric devascularization in patients with gastric fundal variceal bleeding. *World J Surg.* 2009;33:2144-9.

David Pacheco\*, José L Marcos, Pilar Pinto, Mario Rodríguez y Rosalía Velasco

Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dpachecos@gmail.com (D. Pacheco).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.05.006>  
0009-739X/

© 2016 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.