

NOTA CIENTÍFICA: VARIZ ILEAL. UNA RARA CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA.

Laura María Tortolero Giamate, Patricia Luengo Pierrard, Belén Porrero Guerrero, Natacha Apentchenko, Gada Housari Martín, Jorge Herrador Benito, Sandra Yagüe Adams, Alfonso Sanjuanbenito Dehesa.

Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Correspondencia: para contactar con la autora accionar [aquí](#) (Laura M. Tortolero Giamate).

ABSTRACT:

Introducción: Las varices ectópicas secundarias a la hipertensión portal son una rara causa de sangrado digestivo.

Caso clínico: Mujer de 53 años con hipertensión portal que acude al Servicio de Urgencias por presentar rectorragia franca. Se realiza arteriografía, endoscopia superior, colonoscopia y angioTAC, sin encontrar punto de sangrado activo. Mediante laparotomía exploradora se localizan varices pélvicas que se adhieren y penetran en la serosa del ileon provocando la rectorragia. Se realiza ligadura de varices y resección intestinal con posterior resolución del cuadro.

Discusión: El tratamiento de las varices ectópicas sangrantes no está bien definido. La colocación de TIPS puede ser suficiente, siendo más efectiva al combinar un tratamiento local mediante ligadura, esclerosis o embolización.

Conclusión: Las varices ectópicas pueden producir hemorragias digestivas graves y deben sospecharse en pacientes con hipertensión portal cuando no se

localiza el punto de sangrado. El control local y la descompresión del sistema portal representan el tratamiento definitivo para evitar recidivas.

Palabras clave: hemorragia digestiva, hipertensión portal, variz ectópica.

NOTA CIENTÍFICA:

Introducción:

La circulación colateral porto-sistémica como consecuencia de la hipertensión portal es una causa frecuente de hemorragia digestiva, tal es el caso de las varices esofágicas. Sin embargo, las varices también pueden existir en otras áreas anatómicas, tales como duodeno, yeyuno, ileon, colon, ano, vejiga urinaria, útero, ovarios, región peri-estomal, vía biliar o retroperitoneo (1). Estas son las denominadas varices ectópicas. Habitualmente, se presentan tras una intervención quirúrgica, siendo las adherencias un factor predisponente y es excepcional en aquellos pacientes no operados previamente (2-5).

Caso clínico:

Mujer de 53 años con antecedentes de cirrosis hepática, portadora del virus de la hepatitis C, estadio Child A y virus de la inmunodeficiencia humana adquirida. No tiene intervenciones quirúrgicas previas. Acude al Servicio de Urgencias por cuadro de rectorragia, con progresivo deterioro de la estabilidad hemodinámica y del nivel de conciencia, por lo que precisa ingreso en la unidad de cuidados intensivos. Se realiza tomografía computarizada (TC) abdomino-pélvica donde se evidencia material de alta densidad en ciego en probable relación con restos hemáticos.

Dados los antecedentes de hepatopatía de la paciente, el deterioro del estado general, la anemia progresiva y la sospecha de variz ileal se decide realizar arteriografía diagnóstico-terapéutica. En la arteriografía, se evidencia la presencia de conglomerado de vasos varicosos a nivel del mesenterio ileal, en íntimo contacto con la pared del intestino, que se rellenan en fase tardía sin extravasación de contraste en el momento de la prueba, por lo tanto sin localización del punto de sangrado (**Figura 1**).

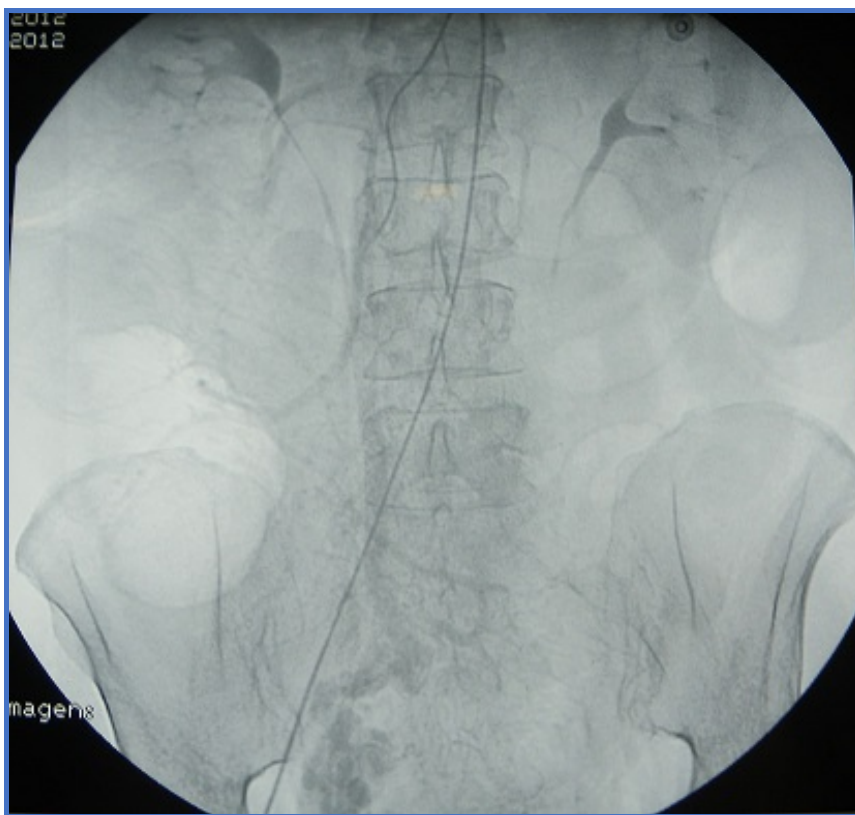


Figura 1: Conglomerado de vasos varicosos a nivel del mesenterio ileal.

En las horas sucesivas, dada la persistencia de la hemorragia, se realiza endoscopia digestiva alta y colonoscopia urgente, sin encontrar punto de sangrado en los tramos explorados. Se observa variz esofágica grado II/IV y gastropatía de la hipertensión portal, sin evidencia de sangrado activo, tampoco en el colon ni en el ileon terminal. Posteriormente, se realiza angio-TC en tres fases, que objetiva signos

de hepatopatía crónica, escaso líquido libre y la presencia de varices parauterinas bilaterales, sin sangrado activo.

A pesar de la negatividad de las pruebas diagnósticas para localizar el punto de sangrado, la paciente continúa con rectorragia franca, anemización y necesidad de drogas vasoactivas. Se decide colocar una derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS), sin mejoría del cuadro. Finalmente, al octavo día del ingreso, ante la persistencia de la hemorragia digestiva, con una necesidad de transfusión total de 17 concentrados de hematíes, 7 pool de plaquetas y 2000 mililitros de plasma, se decide laparotomía exploradora urgente. Se objetivan adherencias entre el ileon terminal y fondo uterino, una gran dilatación de venas pélvicas, así como un gran vaso venoso dilatado que se introduce en la serosa del ileon (**Figura 2**) y que se continúa con dilatación varicosa de vasos del mesenterio (**Figura 3**).

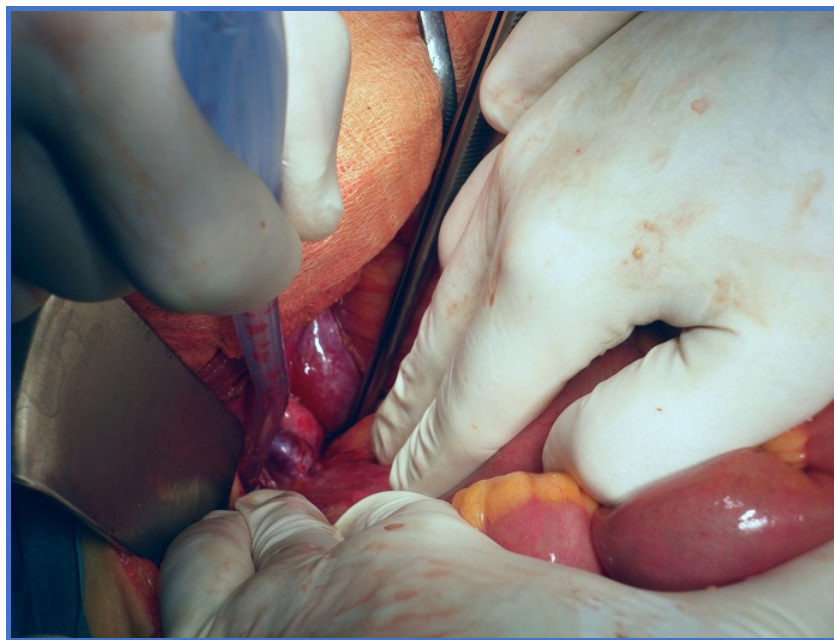


Figura 2: Gran vaso venoso dilatado que se introduce en la serosa del ileon.

Se realiza resección segmentaria del ileon, previa ligadura de la vascularización colateral. A la apertura de la pieza se observa la cabeza de la variz en la luz intestinal (**Figura 4**). Durante el postoperatorio, la paciente mantiene estabilidad hemodinámica, sin evidencia clínica de nuevo sangrado. Es dada de alta

a la planta a las 48 horas postoperatorias y a los 15 días alta domiciliaria. Desde entonces no ha presentado incidencias ni recidiva del sangrado.

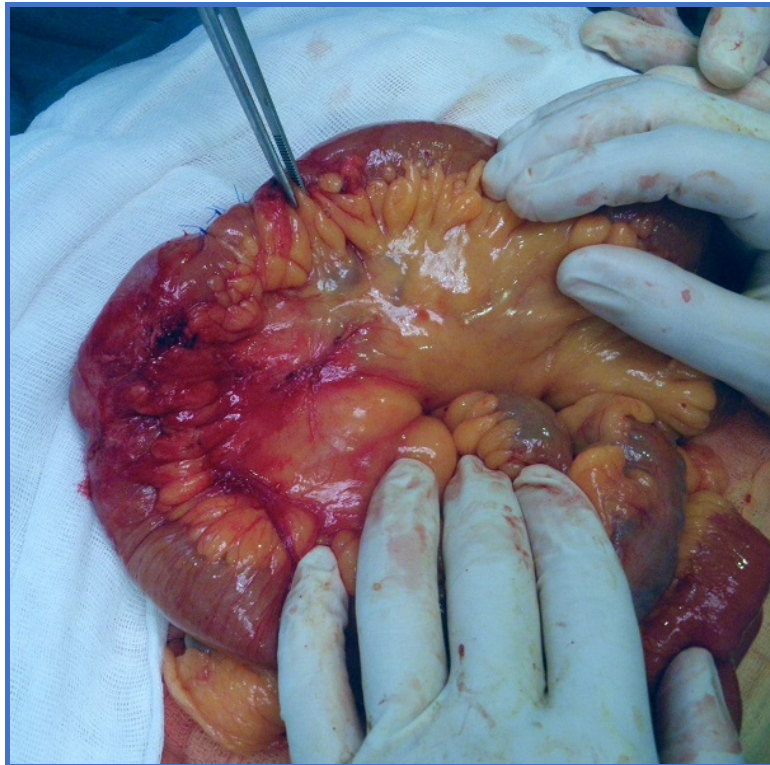


Figura 3: Dilatación varicosa de vasos del mesenterio.



Figura 4: Cabeza de la variz en la luz intestinal.

Discusión:

La hemorragia digestiva por varices ectópicas es una entidad rara que constituye alrededor del 5% de los sangrados por varices en pacientes con

hipertensión portal (4). Estas varices ectópicas se producen cuando el sistema venoso portal está en yuxtaposición con el sistema venoso sistémico, en el contexto de hipertensión portal, aunque se han descrito casos de aparición de las mismas sin ella (1).

En el caso que aquí notificamos, diagnosticamos un sangrado digestivo por varices ectópicas en una paciente cirrótica por virus de la hepatitis C, donde la arteriografía permite sospechar esta entidad clínica, al observarse un conglomerado vascular cercano al íleon.

En cuanto al tratamiento de esta entidad, dada su baja frecuencia, no existen pautas bien definidas. El tratamiento local mediante ligadura, esclerosis o embolización consigue controlar la hemorragia en la mayoría de los casos. Sin embargo, existe una alta tasa de resangrado, dada la persistencia de la hipertensión portal (6,7). El TIPS permite la descompresión del sistema portal mediante la creación de una comunicación entre la vena porta y la vena cava (8,9). En algunos casos se ha descrito el TIPS como tratamiento único eficaz para controlar el sangrado (10-12). En nuestra paciente, la descompresión del sistema portal mediante TIPS no fue suficiente, requiriendo una laparotomía y ligadura de las varices.

Conclusiones:

Las varices ectópicas pueden producir hemorragia digestiva grave. Ante un paciente cirrótico con datos de hipertensión portal y pruebas endoscópicas negativas sin localización del punto de sangrado, debe sospecharse sangrado por variz ectópica.

El tratamiento definitivo es el quirúrgico, aunque la asociación de un TIPS puede disminuir el riesgo de sangrado a corto plazo al disminuir la hipertensión portal.

Declaraciones y conflicto de intereses: Todos los autores han revisado y aprobado el manuscrito enviado para su publicación. No existe conflicto de intereses con la Revista ACIRCAL.

Referencias bibliográficas:

- 1.- Juárez-Barrientos T, Mejía-Loza S, García-Ruíz E, Zamarripa-Dorsey F. Várices ectópicas como causa de ictericia y hemorragia masiva. Una entidad excepcional. *Rev Hosp Jua Mex.* 2017; 84(3): 180-183.
- 2.- Perea J, Lago J, Muñoz F, del Valle E, Duque C, Turégano F. Hemorragia digestiva baja por varices ectópicas sobre bridas. *Gastroenterol Hepatol.* 2000; 23:287-289.
- 3.- Bühler L, Tamigneaux I, Giostra E, Grossholz M, Savioz D, Morel PH et al. Varices ectopiques, une cause rare d'hémorragie digestive. *Schweiz Med Wochenschr.* 1996; 126(79): 70S-72S.
- 4.- Delgado M, García JC. TIPS en el tratamiento de las varices ectópicas. *GH continuada.* 2010; 9(6): 292-294.
- 5.- Cifuentes P, Pina A y Lizarazo Jorge. Várices ectópicas. *Rev Col Gastroenterol.* 2008; 23(2): 136-141.
- 6.- Yamanaka T, Shiraki K, Ito T, Sugimoto K, Sakai T, Ohmori S, et al. Endoscopic sclerotherapy (ethanolamine oleate injection) for acute rectal varices bleeding in a patient with liver cirrhosis. *Hepatogastroenterology.* 2002; 49: 941-943.
- 7.- Bosch A, Marsano L, Varilek GW. Successful obliteration of duodenal varices after endoscopic ligation. *Dig Dis Sci.* 2003; 48: 1809-1812.
- 8.- Bosch J, Berzigotti A, Garcia-Pagan JC, Abraldes JG. The management of portal hypertension: rational basis, available treatments and future options. *J Hepatol.* 2008; 48 Suppl 1: S68-92.
- 9.- Colombato L. The role of transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS) in the management of portal hypertension. *J Clin Gastroenterol.* 2007; 41 Suppl 3: S344-51.