



## OBSERVACIÓN CLÍNICA

# Hemorragia por varices gástricas como manifestación inicial de linfoma pancreático primario

Luis Vida Pérez\*, Ángel González Galilea y Enrique Fraga Rivas

Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

Recibido el 5 de junio de 2009; aceptado el 2 de octubre de 2009

Disponible en Internet el 18 de noviembre de 2009

### PALABRAS CLAVE

Varices gástricas;  
Linfoma pancreático  
primario;  
Trombosis;  
Vena esplénica

### KEYWORDS

Gastric varices;  
Primary pancreatic  
lymphoma;  
Thrombosis;  
Splenic vein

### Resumen

Los síntomas que con mayor frecuencia aparecen en el cáncer de páncreas son el dolor abdominal, la pérdida de peso o la ictericia. La hemorragia digestiva alta por rotura de varices gástricas es una entidad mucho menos prevalente en estos pacientes. Este hallazgo requiere descartar siempre la presencia de trombosis de la vena esplénica. Presentamos el caso de un varón joven que acude a urgencias por hematemesis en el que las pruebas diagnósticas acabaron dilucidando un linfoma pancreático primario (LPP) que provocó trombosis de la vena esplénica, circulación colateral y varices gástricas aisladas sangrantes. Hasta hoy no hemos encontrado en la literatura médica ningún LPP que se exprese inicialmente de este modo. Finalmente realizamos una revisión de la literatura médica e incidimos en la importancia de descartar la trombosis de la vena esplénica en pacientes con varices gástricas aisladas y unas nociones acerca del diagnóstico y tratamiento del LPP.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Bleeding from gastric varices as the initial manifestation of primary pancreatic lymphoma

### Abstract

In patients with pancreatic cancer, the most frequent symptoms are abdominal pain, weight loss and jaundice. Upper gastrointestinal bleeding produced by gastric varices is a rare entity in these patients and requires the presence of splenic vein thrombosis (SVT) to be excluded. We describe the case of a young man who presented to the emergency department with hematemesis. Diagnostic tests revealed primary pancreatic lymphoma (PPL), which provoked splenic vein thrombosis, collateral circulation and the formation of isolated bleeding gastric varices. To date, we have found no reports in the literature of PPL with this form of presentation. Finally, we review the literature, with emphasis on the

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lvp80@hotmail.com (L. Vida Pérez).

importance of excluding splenic vein thrombosis in patients with isolated gastric varices, and discuss certain features of the diagnosis and treatment of PPL.  
© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

La mayoría de los pacientes con cáncer de páncreas comienzan con síntomas tales como dolor abdominal, pérdida de peso o ictericia según la localización. Sin embargo, existen otros síntomas asociados que se expresan en menor frecuencia pero que deben hacer pensar en su posible etiología. Uno de estos síntomas es la hemorragia digestiva alta producida por varices gástricas. El hallazgo de varices gástricas aisladas obliga a descartar la presencia de trombosis de la vena esplénica (TVE). Hay muchas causas que provocan dicha entidad. Entre éstas destacan las pancreatitis crónicas o las neoplasias pancreáticas, sobre todo el adenocarcinoma<sup>1</sup>. En cambio, existen otras estirpes tumorales que también pueden provocarla, tales como el linfoma primario de páncreas. Por ello, esta asociación nos parece de especial interés. Describimos a continuación el caso de un varón joven que acude a urgencias por un cuadro de hemorragia digestiva alta acompañada de dolor en el hipocondrio izquierdo de semanas de evolución. Las exploraciones diagnósticas determinaron que se trataba de un linfoma pancreático que había provocado una TVE, y conformaba circulación colateral y subsiguientes varices gástricas aisladas que motivaron la hemorragia. Éste fue el síntoma inicial que llevó al diagnóstico de la masa pancreática. Hasta la fecha no hemos encontrado en la bibliografía ningún LPP que comience de este modo.

## Observación clínica

Paciente de 31 años que acude a urgencias por presentar cuadro de hematemesis y melenas. Entre sus antecedentes personales destacan diabetes mellitus de tipo 1 de reciente diagnóstico (15 días antes de su ingreso), es fumador de medio paquete al día y está en tratamiento con insulina lantus y de acción rápida desde hace un mes.

El paciente presenta en la mañana del día de su ingreso 2 vómitos de sangre roja precedidos de vómitos de características alimentarias. No presenta cortejo vegetativo acompañante ni alteraciones del hábito intestinal. Asimismo, refiere que desde hace 2 meses lleva presentando dolor en la zona del hipocondrio izquierdo irradiado a la espalda y a la fosa renal izquierda de características inflamatorias, que no se modifica con los movimientos, que no tiene relación con la ingestión y cuya intensidad llega a despertarlo por las noches. Ha estado en tratamiento con antiinflamatorios y fisioterapia sin mejoría alguna.

A la exploración física, el paciente presenta un buen estado general, está afebril, consciente, orientado y colaborador, bien hidratado y perfundido, aunque con ligera palidez mucocutánea. La presión arterial es de 126/81 mmHg y la frecuencia cardíaca de 76 lpm. La auscultación cardiorrespiratoria es normal y el abdomen es blando y depresible, doloroso a la palpación en el hipocondrio

izquierdo, no se palpan masas ni visceromegalias. Presenta una cicatriz de traumatismo superficial en el hemitórax izquierdo y hematomas superficiales en el mesogastrio por las inyecciones de insulina. La exploración de miembros inferiores es normal.

En la analítica presenta una hemoglobina de 10,2 g/dl, hematocrito del 30,6%, VCM de 86 fl, recuento de leucocitos de  $7.300 \times 10^3/\mu\text{l}$  y recuento de plaquetas de  $297.000 \times 10^3/\mu\text{l}$ . El estudio de coagulación presenta una actividad de protrombina del 72%, ratio internacional normalizada (INR) de 1,1 y tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPa) *ratio* de 0,9. La bioquímica presenta como hallazgos más relevantes una glucosa de 232 mg/dl, urea de 46 mg/dl, creatinina de 0,74 mg/dl, proteína C reactiva de 94 UI, y resultaron normales las aminotransferasas, la amilasa, la bilirrubina y las enzimas de colestasis.

Dentro de las exploraciones complementarias se realiza una endoscopia digestiva alta precoz en la que aparecen restos hemáticos digeridos desde el esófago medio que se desprenden fácilmente con el lavado. El esófago y la unión gastroesofágica no presentan lesiones. El estómago también presenta un gran coágulo que ocupa gran parte de la curvatura menor y que se consigue retirar explorando la cavidad gástrica en su totalidad sin encontrar lesiones. La motilidad y distensibilidad gástricas están conservadas. El píloro es céntrico y permeable. El bulbo y la segunda porción duodenal no presentan lesiones, pero también existen restos hemáticos oscuros. En retrovisión, en la zona subcardial se aprecia un patrón de pliegues engrosados.

Ante los hallazgos de la endoscopia, se procede al ingreso del paciente en la unidad de hemorragia digestiva y se instaura un tratamiento con perfusión de pantoprazol de forma empírica. Al día siguiente del ingreso se realiza una ecografía abdominal en la que aparecen como únicos hallazgos relevantes una esplenomegalia de 17 cm y una masa hipocogénica situada entre el riñón y el bazo de unos  $8 \times 6$  cm de diámetro, de bordes irregulares y algunos ecos hiperecogénicos en su interior.

Se realizó además una tomografía computarizada (TC) toracoabdominopélvica en la que se aprecia una gran masa en el cuerpo y en la cola del páncreas que infiltra y obstruye los vasos esplénicos (arteria y vena esplénicas), lo que provoca esplenomegalia y circulación de derivación (fig. 1). La infiltración vascular se aprecia desde la salida de la arteria esplénica y del tronco celiaco. Se aprecia además una adenopatía en el ligamento gastrohepático de 16 mm y adenopatías retroperitoneales de hasta 1 cm. En la grasa mesentérica del vacío lumbar derecho se aprecia una masa de unos 43 mm en relación con las asas de delgado que provoca reacción fibrosa perilesional (metástasis o tumor carcinoide). Se completa el estudio con una TC del cuello y del tórax donde se aprecian múltiples y grandes adenopatías de aspecto maligno de hasta 3 cm en la cadena yugular izquierda. No se aprecian nódulos pulmonares.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3288361>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3288361>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)