

Colopatía de la hipertensión portal

Colopathy of portal hypertension

Autores:

Aldean R. Jorge MD*; Robalino E. MD**; Andrade M. MD***; Zamora E. MD****; Armijos C. MD*****; Calvopiña J. MD*****

* Hospital Carlos Andrade Marín. Médico Tratante de Radiología.

** Hospital Carlos Andrade Marín. Médico Postgradista B3 Radiología e Imagen. USFQ - Quito.

*** Hospital Baca Ortiz, Quito. Médico Residente de Nefrología.

**** Hospital Metropolitano, Quito. Médico Tratante de Radiología.

***** Hospital Metropolitano, Quito. Médico Tratante de Radiología.

***** Hospital Carlos Andrade Marín: Médico Tratante de Radiología.

Palabras clave: Hipertensión portal, cirrosis.

Keywords: Portal hypertension, liver cirrosis.

Comité de ética: Este trabajo fue aceptado y aprobado por el Comité de Ética del Departamento de Radiología del Hospital Carlos Andrade Marín.

Correo para correspondencia del autor principal:

Dr. Jorge Aldean
jorgeramiroaldean@outlook.com
Teléfono: 0969062411

Fecha de recepción:
26 de octubre de 2017

Fecha de aceptación:
17 de noviembre de 2017

Resumen: La colopatía de la hipertensión portal (PHC) es una de las complicaciones intestinales de la cirrosis y a pesar de que se encuentra bien descrita en cuanto a hallazgos endoscópicos, la literatura acerca de la utilidad diagnóstica radiológica es escasa. En el siguiente reporte se presenta el caso de una mujer de 64 años con hepatopatía crónica que presentó dolor abdominal y hematoquezia. La ecografía y tomografía evidenciaron cambios inflamatorios del colon sigmoideo y del recto. Se realizó además el estudio histopatológico fue positivo para colopatía asociada a hipertensión portal.

La PHC debe ser considerada dentro del diagnóstico diferencial en pacientes con hepatopatía crónica y se debe prestar atención a los signos imagenológicos, además se sugiere el empleo de la elastografía cuantitativa como método actual no invasivo.

Abstract: Portal hypertensive colopathy (PHC) is one of the complications of cirrhosis. Despite endoscopic findings are well described, there is a lack of literature about the usefulness of radiologic diagnosis. The following presents a case report of a 64-year-old woman previously diagnosed of chronic liver disease who presented abdominal pain and hematochezia. Ultrasound and tomographic findings revealed inflammatory patterns at sigmoid colon and rectum. The histopathological study was positive for colopathy associated with portal hypertension.

PHC must be considered as a differential diagnosis in patients with chronic liver disease. Special attention to imaging signs and patterns is required. The use of quantitative elastography as a current non-invasive method is suggested.

Introducción

La cirrosis es una enfermedad frecuente en nuestro país y sus patologías asociadas de la misma forma, por medio de este caso clínico se pretende dar a conocer una patología poco conocida como es la colopatía de la hipertensión portal.¹

Si bien esta patología ha sido muy estudiada a través de métodos endoscópicos, existe poca bibliografía desde el punto de vista radiológico que aporte a su diagnóstico especialmente mediante métodos de imagen como la tomografía multicorte.^{2,3}

En la última década se ha dado conocer los cambios de la hipertensión portal en todo el tracto gastrointestinal por la alteración de la microcirculación que provoca la hipertensión portal.⁴

Por ejemplo, se puede observar en la pared del colon cambios de tipo inflamatorios y vasculares. También se puede entender la relación de los mismos con los diferentes estadios de la enfermedad, es decir pacientes cirróticos con score de Child-Pugh B y C más hipertensión portal que son más propensos a desarrollar esta patología.

Finalmente, frente a este escenario, algunos estudios internacionales han planteado la utilidad de nuevos métodos de imagen como la elastografía hepática cuantitativa para poder predecir estos cambios y realizar un diagnóstico temprano, un abordaje endoscópico oportuno que además permita identificar las causas de sangrado agudo y crónico en algunos pacientes cirróticos, y de esta manera facilitar su tratamiento.^{5,6}

Reporte de caso

Una paciente femenina de 64 años, con antecedentes de hepatopatía crónica (cirrosis) de etiología mixta, con un score Child-Pugh de 8 - clase B, ascitis e hipertensión portal más varices esofágicas grado III ligadas hace un año. Fue valorada en consulta por presentar dolor abdominal de un mes de evolución, de tipo cólico, con una intensidad 7/10, localizado en el fosa iliaca izquierda e hipogastrio, el mismo se acompañó de deposiciones sanguinolentas escasas e intermitentes de color rojo vinoso. Al examen físico la paciente se encontraba desorientada en tiempo y espacio, escleras ligeramente ictéricas, abdomen doloroso a nivel de fosa iliaca izquierda y pelvis, RHA aumentados, no se palparon masas, onda ascítica negativa.

Los exámenes complementarios de laboratorio revelaron una anemia microcítica hipocrómica leve, plaquetopenia, tiempos de coagulación normales, bilirrubinas normales, fosfatasa alcalina y gama GT elevadas, albúmina disminuida, transaminasas en límites normales.

En el ultrasonido abdominal se observó signos de hepatopatía crónica (Fig. 1), colelitiasis sin signos de colecistitis, signos de hipertensión portal (incremento del calibre de vena porta, disminución de la velocidad de la vena porta, índice de resistencia incrementado de la arteria hepática, esplenomegalia, presencia de colaterales esplénicas, recanalización de la vena umbilical, ascitis leve), además de un importante engrosamiento mural de sigma y recto (Fig. 2), se complementó el estudio de imagen con tomografía simple y

venosa selectiva, misma que reveló un engrosamiento difuso de la pared del colon, especialmente manifiesto en el recto y sigma (Fig. 3).

Posteriormente se realizó una video colonoscopia que reportó la presencia de mucosa edematosa y eritematosa desde el ciego hasta el borde anal, incluyendo válvula ileocecal, además de pérdida de la visualización de los vasos submucosos (Fig. 4), se describieron hallazgos en relación con colopatía congestiva intensa, áreas de íleon terminal de aspecto congestivo intenso.

El resultado del estudio histopatológico determinó que se debía considerar colitis aguda versus colitis inespecífica.

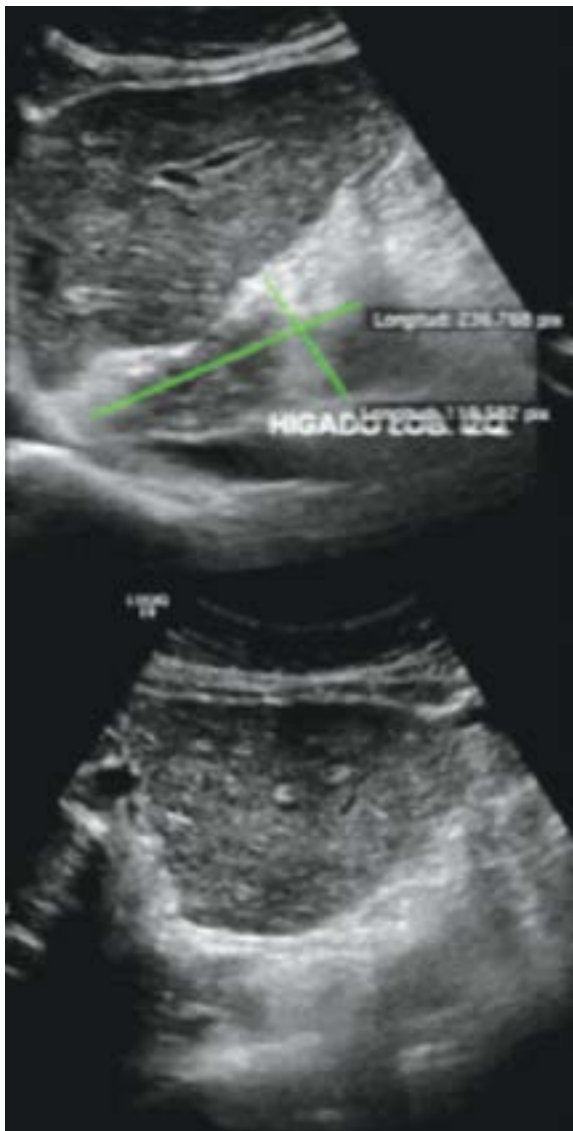


Figura 1: Ecografía Abdominal: se demuestra un parénquima hepático de aspecto heterogéneo con un incremento de tamaño del lóbulo caudado en relación a signos ecográficos de hepatopatía crónica.

Fuente: Hospital Metropolitano, Servicio de Imagen.

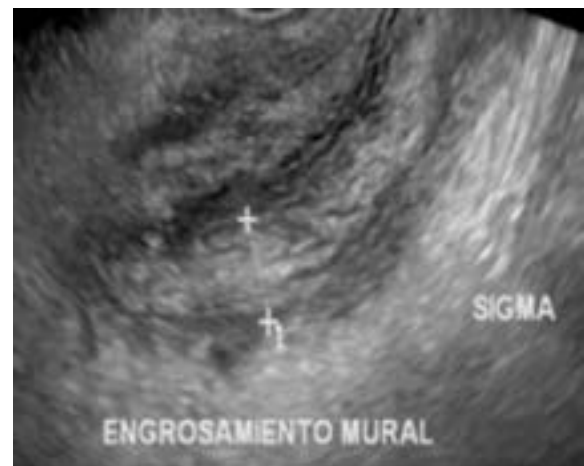


Figura 2: Ecografía abdominal y pélvica: se aprecia en la imagen un importante engrosamiento mural del sigma y recto.

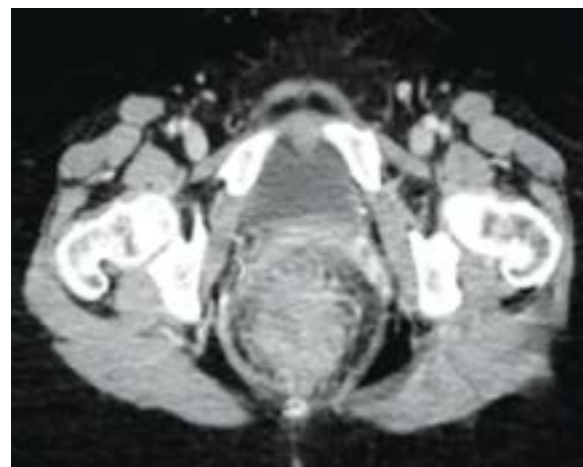


Figura 3: TC de abdomen y pelvis en fase venosa: se aprecia engrosamiento difuso del colon especialmente en sigma y recto, flecha indicando pared de recto engrosada asociada a cambios de la grasa adyacentes.

Fuente: Hospital Metropolitano, Servicio de Imagen.

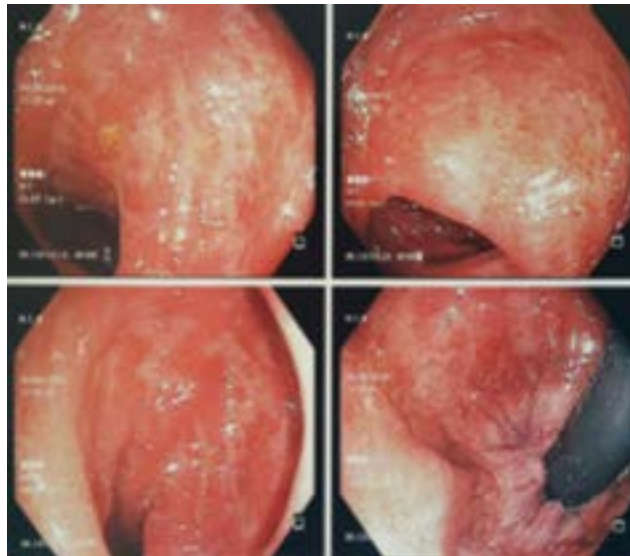


Figura 4: se observa presencia de la mucosa edematosa y eritematosa, con pérdida de la visualización de los vasos submucosos.
Fuente: Hospital Metropolitano, Servicio de Endoscopia.

Discusión

El estudio y descripción de la colopatía de la hipertensión portal (PHC) data desde 1991. La importancia de poder clasificar a los pacientes que padecen cirrosis hepática en las diferentes etapas a través del score Child-Pugh. Por la posibilidad de que el respectivo estadio (A, B o C) tenga relación directa con la aparición de cambios sugerentes de PHC.

Sin embargo, los estudios disponibles, proponen una relación causal entre el estadio de la enfermedad de acuerdo al score Child-Pugh y el riesgo de aparición de cambios sugerentes de PHC, mientras que otros autores manifiestan que la aparición de estos cambios es independiente de la etapa u otras complicaciones de la hipertensión portal.^{1,5}

En la actualidad, el desarrollo tecnológico y científico ha permitido establecer conceptos claros sobre la fisiopatología, diagnóstico endoscópico y tratamiento de la PHC. Sin embargo, no se ha podido documentar en grandes series la importancia de la imagen abdominal junto con la tomografía y elastografía cuantitativa en esta patología. La información disponible actualmente describe los cambios generales sobre la pared colónica y destaca la importancia de la elastografía para cuantificar la fibrosis en estadios cirróticos avanzados debido a la estrecha relación de gastro-enteropatía y colopatía de la hipertensión portal, cuando los valores obtenidos superan los 14 Kpas o m/seg.

La ventaja de este método es que permite tener una correlación con los datos observados y descritos

en los otros métodos endoscópicos (endoscopia y colonoscopia) e incluso plantear la posibilidad de exploración del intestino delgado en busca de potenciales lesiones inflamatorias y/o vasculares causantes de sangrado agudo y crónicos.⁷

El análisis clínico-radiológico del presente utilizó algunas directrices generales para llegar al diagnóstico de PHC. En primer lugar, se tomó en cuenta el antecedente de hepatopatía crónica (cirrosis) de etiología mixta, con un score Child-Pugh de 8 - clase B, ascitis e hipertensión portal más varices esofágicas grado III, lo cual permitió establecer un escenario más claro respecto de la condición de la paciente y las posibles patologías asociadas así como las potenciales complicaciones propias enfermedad.⁸

El segundo punto de referencia fue la sintomatología y examen físico de la paciente, quien presentó dolor abdominal en FID y hematoquezia. Si bien la literatura describe que la mayor parte de los pacientes son asintomáticos, existe otro grupo que puede presentar sangrado agudo o crónico que precisan otra aproximación.^{2,4,8}

En este caso la paciente presentó dolor abdominal y sangrado crónico, que provocó anemia ferropriva sin alteración del hemograma, sin hallazgos sugerentes de un proceso infeccioso actual se redujo el espectro diagnóstico hacia un abdomen agudo inflamatorio y por estar asociado a diarreas sanguinolentas se planteó la posibilidad de diverticulosis con sangrado, lesiones neoplásicas del colon, colitis ulcerativa y finalmente se consideró lesiones angiódiasplásicas, frecuentes en este tipo de pacientes.⁶

Según los protocolos internacionales el primer método de estudio considerado en el screening para buscar complicaciones de esta patología es el ultrasonido abdominal superior e inferior.^{4,9-12} En este caso, en el ultrasonido llamó la atención el engrosamiento de las paredes del colon sigmoides-recto con patrón característico en diana (Figs. 2 y 3).

Si bien la sensibilidad y especificidad no son tan altas, depende mucho del operador y de su experiencia, estos hallazgos plantean la opción de un proceso ocupante de espacio de tipo mural-focal por un posible proceso neoplásico ó, por su componente de base y déficit inmunológico, la posibilidad de patologías inflamatorias autoinmunes y menos probable de patología de tipo infeccioso.^{9,13,14}

Todas estas patologías presentan el patrón ecográfico en diana, muy inespecífico incluso en manos entrenadas. Además, existe escasa resolución espacial por este método lo cual limita su diagnóstico por lo que se recomienda complementar con entero tomografía selectiva en fase venosa.^{8,11}

Usualmente este estudio permite apreciar un engrosamiento mural heterogéneo estratificado del colon difuso mayor a 30 cm, con el signo de tiro al blanco o halo de agua asociado a cambios escasos o nulos de la grasa pericolónica.¹⁵

Bibliografía

1. Al-Busafi SA, McNabb-Baltar J, Farag A, Hilzenrat N. Clinical manifestations of portal hypertension. *Int J Hepatol.* 2012;2012:203794.
2. Mekaroonkamol P, Cohen R, Chawla S. Portal hypertensive enteropathy. *World J Hepatol.* 2015 Feb 27;7(2):127-38.
3. Misra V, Dhingra V, Misra SP, Dwivedi M. Portal Hypertensive Colopathy. 2011 [cited 2017 Apr 1]; Available from: <http://www.intechopen.com/books/colonoscopy/portal-hypertensive-colopathy>.
4. Urrunaga NH, Rockey DC. Portal Hypertensive Gastropathy and Colopathy. *Clin Liver Dis.* 2014 May;18(2):389-406.
5. Aoyama T, Oka S, Aikata H, Nakano M, Watari I, Naeshiro N, et al. Small Bowel Abnormalities in Patients with Compensated Liver Cirrhosis. *Dig Dis Sci.* 2013 May 1;58(5):1390-6.
6. Guimarães RAP, Perazzo H, Machado L, Terra C, Perez RM, Figueiredo FAF. Prevalence, variability, and outcomes in portal hypertensive colopathy: a study in patients with cirrhosis and paired controls. *Gastrointest Endosc.* 2015 Sep;82(3):469-476.e2.
7. Gad YZ, Zeid AA. Portal hypertensive colopathy and haematochezia in cirrhotic patients: an endoscopic study. *Arab J Gastroenterol Off Publ Pan-Arab Assoc Gastroenterol.* 2011 Dec;12(4):184-8.
8. Aoyama T, Oka S, Aikata H, Igawa A, Nakano M, Naeshiro N, et al. Major predictors of portal hypertensive enteropathy

En base a estos hallazgos se pudo proceder al diagnóstico diferencial desde el punto de vista radiológico, el cual se centra en las entidades que provocan este tipo de engrosamiento de halo agua difuso mayor a 30 cm como la colopatía de la hipertensión portal, colitis infecciosa y colitis pseudomembranosa descartando las dos últimas por no contar con alteración en el hemograma ni antecedentes de antibioterapia previa.^{1,7,8,15}

Conclusiones

- Se debería incluir en el léxico radiológico esta patología como uno de los hallazgos cada vez más frecuente en los pacientes cirróticos.
- Se puede proponer realizar elastografía hepática cuantitativa en pacientes cirróticos en estadios tempranos e intermedio con hipertensión portal, teniendo como punto de corte 14 kpas, límites superiores pueden alertar de cambios de gastropatía, enteropatía y colopatía de la hipertensión portal que pueden ser complementados con estudios endoscópicos.
- A futuro se sugiere realizar una investigación con series grandes que permitan corroborar los datos publicados por series mundiales en nuestro contexto.

- in patients with liver cirrhosis. *J Gastroenterol Hepatol.* 2015 Jan;30(1):124-30.
9. Liu Y, Hou B, Chen R, Jin H, Zhong X, Ye W, et al. Biliary collateral veins and associated biliary abnormalities of portal hypertensive biliopathy in patients with cavernous transformation of portal vein. *Clin Imaging.* 2015 Oct;39(5):841-4.
10. Srinivasa Babu A, Wells ML, Teytelboym OM, Mackey JE, Miller FH, Yeh BM, et al. Elastography in Chronic Liver Disease: Modalities, Techniques, Limitations, and Future Directions. *RadioGraphics.* 2016 Sep 30;36(7):1987-2006.
11. Smith AD, Zand KA, Florez E, Sirous R, Shlapak D, Souza F, et al. Liver Surface Nodularity Score Allows Prediction of Cirrhosis Decompensation and Death. *Radiology.* 2016 Nov 3;160799.
12. Barr RG. Invited Commentary on "Elastography in Chronic Liver Disease." *RadioGraphics.* 2016 Sep 26;36(7):2007-9.
13. Kalafateli M, Triantos CK, Nikolopoulou V, Burroughs A. Non-variceal gastrointestinal bleeding in patients with liver cirrhosis: a review. *Dig Dis Sci.* 2012 Nov;57(11):2743-54.
14. Jeon SR, Kim J-O, Kim J-B, Ye BD, Chang DK, Shim K-N, et al. Portal hypertensive enteropathy diagnosed by capsule endoscopy in cirrhotic patients: a nationwide multicenter study. *Dig Dis Sci.* 2014 May;59(5):1036-41.
15. Wells ML, Fenstad ER, Poterucha JT, Hough DM, Young PM, Araoz PA, et al. Imaging Findings of Congestive Hepatopathy. *RadioGraphics.* 2016 Jun 10;36(4):1024-37.

Conflicto de intereses: Declaramos no tener ningún conflicto de interés con este trabajo.

Fuente de financiamiento: Privada, asumida por los autores y por la Federación Ecuatoriana de Radiología e Imagen.