

## Celulitis con mala evolución en paciente cirrótico

J. L. Rodrigo Agudo, A. Vargas Acosta, M. Valdés Mas, F. Carballo Álvarez y J. A. Pons Miñano

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Virgen de la Arrixaca. El Palmar, Murcia

### INTRODUCCIÓN

Se trata de un varón de 48 años de edad que consulta por dolor e inflamación a nivel de miembro inferior izquierdo. Entre sus antecedentes personales destaca una pancreatitis aguda alitiásica y un hidrocele izquierdo que precisó cirugía. El paciente refiere consumo de bebidas alcohólicas moderado. Hace un año, a raíz de un episodio de ictericia y ascitis, es diagnosticado de cirrosis hepática de origen etanólico y por virus de la hepatitis B, con presencia de hipertensión portal sin varices esofágicas ni gástricas.

Inicialmente, ante el diagnóstico de celulitis de miembro inferior izquierdo, se inició tratamiento antibiótico de amplio espectro presentando una evolución clínica tórpida. Asimismo se evidenció un edema hasta la raíz del miembro que resultó resistente a tratamiento diurético. Se realizaron hasta tres ecografías con sistema *doppler* en el territorio venoso profundo de los miembros inferiores, no objetivando trombosis a este nivel.

Ante la persistencia del cuadro clínico se decidió realizar una angio-TAC abdomino-pélvica con contraste i.v., que mostró una circulación colateral importante con comunicación desde la vena porta izquierda, a través de la vena umbilical y la vena epigástrica inferior, hasta una vena femoral izquierda muy dilatada. Posteriormente se realizó una ecografía abdominal con sistema *doppler*, donde se corroboró la existencia de un flujo sanguíneo en dirección caudal desde la vena epigástrica inferior hacia la vena femoral izquierda. Dados los hallazgos encontrados se realiza una reconstrucción multiplanar MPR en 3D en donde se observa el trayecto completo del *shunt* observado (Figs. 1, 2 y 3).

En resumen, estamos ante la existencia de una circulación colateral anómala entre el sistema portal izquierdo y la vena femoral izquierda que envía un flujo sanguíneo en sentido caudal y que dificulta el retorno venoso del miembro inferior izquierdo. El resultado es la existencia de un edema y una celulitis resistente a tratamiento médico y que se perpetúa en el tiempo.

Una vez realizado el diagnóstico, y debido a la mala evolución, se comenta con el equipo de radiología intervencionista que decide la implantación de varios *coils* metálicos entre la vena epigástrica inferior y la femoral izquierda con el fin

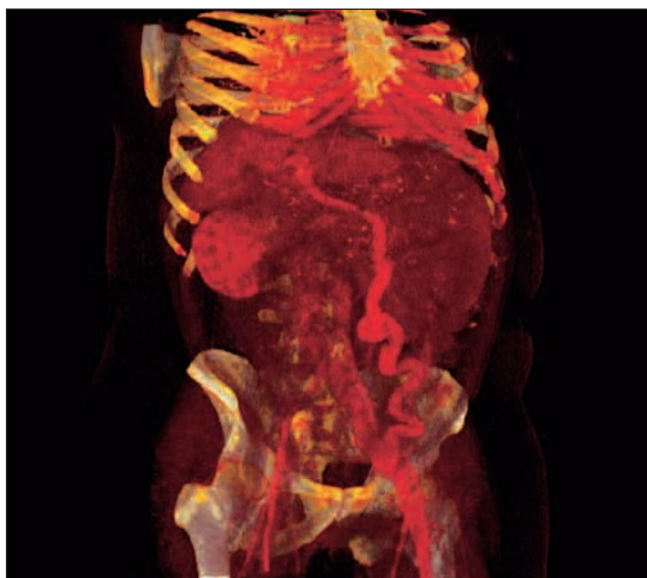


Fig. 1. *Shunt* porto-femoral (TC portal tridimensional, proyección frontal).

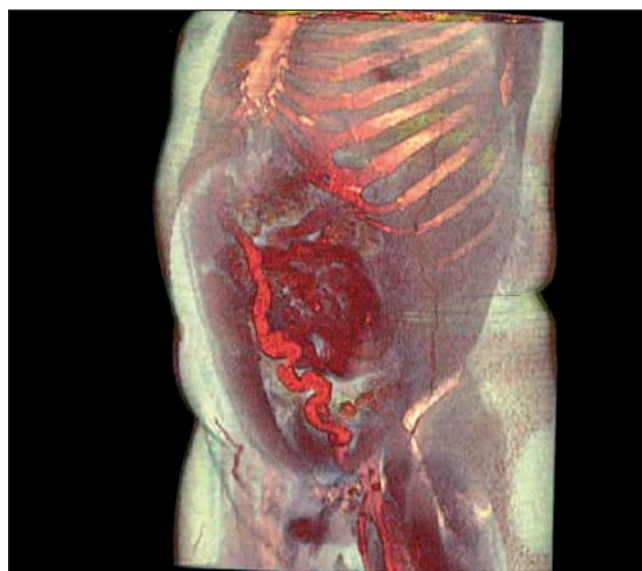


Fig. 2. *Shunt* porto-femoral (TC portal tridimensional, proyección oblicua).



Fig. 3. *Shunt* porto-femoral (TC portal tridimensional, proyección lateral).

de cerrar la comunicación a este nivel y recuperar un retorno venoso normal del miembro inferior izquierdo. Sin embargo, mientras se encontraba en espera para dicha intervención, el paciente falleció por encefalopatía y síndrome hepatorenal.

## DISCUSIÓN

Ante la presencia de hipertensión portal, una parte considerable del flujo portal no llega al hígado, puesto que es derivada a la circulación sistémica a través de una extensa red de colaterales. Esta circulación colateral portosistémica se forma por la dilatación de comunicaciones preexistentes y normalmente cerradas debido al aumento de la presión hidrostática en el territorio portal. No se sabe si otros factores, como una angiogénesis activa, pueden contribuir al desarrollo de esta circulación colateral (1). El caso que presentamos resulta interesante por mostrar una circulación colateral que comunicaba el sistema portal con la vena femoral izquierda mediante un sistema venoso prominente y de alto flujo, no descrita previamente en la literatura médica.

La utilización del multidetector *row*-CT portal con reconstrucción tridimensional se ha convertido probablemente en la técnica de elección a la hora de evaluar la presencia de circulación colateral en los pacientes cirróticos con hipertensión portal (2).

Para terminar, hemos de señalar que la embolización de los vasos anormales mediante la implantación de *coils* metálicos constituye un tratamiento eficaz alternativo a la cirugía (3).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Quintero Fuentes D, Bouhmid A, Pérez C. Manual de Patología Digestiva. Tomo II. Capítulo 51; 2003. p. 917-48.
2. Heoung KK, et al. Three dimensional multi-detector row CT portal venography in the evaluation of portosystemic collateral vessels in liver cirrhosis. *RadioGraphics* 2002; 22: 1053-61.
3. Kessler J, Trerotola SO. Use of the Amplatzer Vascular Plug for embolization of a large retroperitoneal shunt during transjugular intrahepatic portosystemic shunt creation for gastric variceal bleeding. *J Vasc Intervent Radiol* 2006; 17: 135-40.