

## IMÁGENES EN PATOLOGÍA DIGESTIVA

### Encefalopatía hiperamoniémica recurrente. Embolización de *shunt* portosistémico

Goizalde Solano Iturri<sup>1</sup>, Alfonso Gutiérrez Macías<sup>1</sup>, Borja Peña Baranda<sup>2</sup> y Miguel González de Garay Sanzo<sup>2</sup>

Servicios de <sup>1</sup>Medicina Interna y <sup>2</sup>Radiología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao, Vizcaya

#### CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 74 años, hipertensa y diabética, intervenida de cirugía bariátrica (técnica de Scopinaro), con síndrome diarreico crónico y malnutrición grave secundarias, y cirrosis con hipertensión portal. Tras la realización de la cirugía bariátrica, presentó episodios recurrentes y autolimitados, sin desencadenante claro, de temblor, confusión y disartria que, junto al hallazgo analítico de hiperamoniemia, fueron diagnosticados de encefalopatía hepática hiperamoniémica. Las causas principales incluyen fallo hepático agudo (no es el caso), cirrosis (asociada en nuestra paciente pero sin mejoría a pesar de tratamiento médico), alteraciones del ciclo de la urea (que, a pesar de ser excepcionales, fueron descartadas con estudio específico) y presencia de *shunts* portosistémicos (1). En la tomografía axial computarizada (TAC) abdominopélvica se objetivó vena tortuosa y dilatada, con origen en la vena gonadal derecha, y trayecto ascendente hasta terminar en la vena mesentérica inferior, poco antes de su desembocadura en la vena porta, todo ello compatible con un *shunt* portosistémico (Fig. 1). Por tanto, consideramos que se trataba de un cuadro compatible con una cirrosis secundaria a esteatohepatitis no alcohólica (ante la ausencia de tóxicos y negatividad de serologías para virus hepatotropos así como del estudio de autoinmunidad), agravado por la cirugía bariátrica.

Se procedió a embolización del *shunt* (colateral mesentero-caval) utilizando tapón vascular (Amplatzer®). Se observó oclusión de la vena tratada en la flebografía de control y cese de los episodios de encefalopatía hiperamoniémica que presentaba la paciente (Fig. 2).

#### DISCUSIÓN

Las ventajas de esta técnica respecto a la colocación de *coils* consisten en mayor precisión en su implantación, posibilidad de retirada en caso necesario, menor riesgo de migración, tiempo de oclusión menor y compatibilidad con la realización de la resonancia magnética (1), de ahí que se considere una alternativa eficaz a tener en cuenta en casos como el que nos ocupa (2,3).

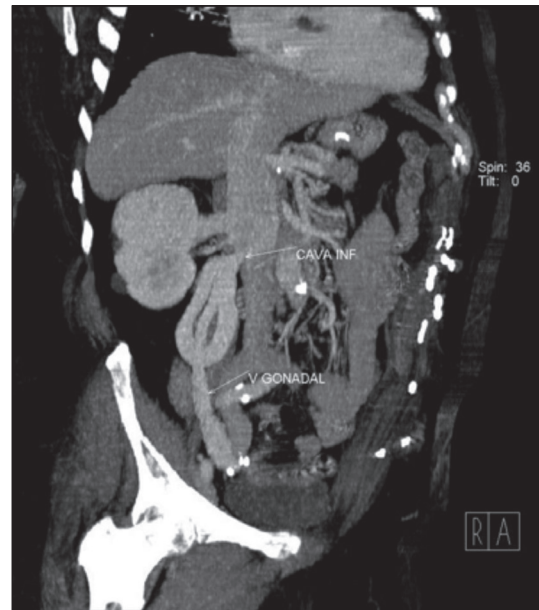


Fig. 1. Reconstrucción coronal MIP de CT: vena gonadal derecha hipertrofica.



Fig. 2. Embolización transcáteter: se coloca tapón vascular tipo Amplatzer® en la variz, confirmandose su oclusión.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ramírez-Polo A, Márquez-Guillén E, González-Aguirre AJ, et al. Persistent hepatic encephalopathy secondary to portosystemic shunt occluded with Amplatzer device. *Ann Hepatol* 2014;13(4):456-60.
2. Laleman W, Simon-Talero M, Maleux G, et al. Embolization of large spontaneous portosystemic shunts for refractory hepatic encephalopathy: A multicenter survey on safety and efficacy. *Hepatol* 2013;57(6):2448-57. DOI: 10.1002/hep.26314
3. Boixadera H, Tomasello A, Quiroga S, et al. Successful embolization of a spontaneous mesocaval shunt using the Amplatzer Vascular Plug II. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2010;33(5):1044-8. DOI: 10.1007/s00270-009-9739-8