Descargado el: 13-11-2026 ISSN 1727-897X

PRESENTACIÓN DE CASO

Aneurisma de la vena porta. A propósito de un caso

Portal vein aneurysm. A case presentation.

Jesus Piñera Moliner[1] Anacela Potente Hernández[1] Joaquin Gaspar Sanchez[1]

[1] Centro de Investigaciones Medico Quirurgicas (CIMEQ), La Habana, La Habana, Cuba

Cómo citar este artículo:
Moliner J, Hernández A, Sanchez J. Aneurisma de la vena porta. A propósito de un caso. **Medisur** [revista en Internet]. 2021 [citado 2026 Nov 13]; 19(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4546

Resumen

Fundamento:los aneurismas de la vena porta son entidades poco frecuentes, representan aproximadamente el 3% de los aneurismas del sistema venoso. La mayoría de los aneurismas de la vena porta se detectan en pacientes con hígado sano, aunque en algunas ocasiones la hipertensión portal podría favorecer el desarrollo de la patología. Los lugares más comunes son la confluencia venosa esplenomesentérica, la vena porta principal y las ramas de la vena porta intrahepática en los sitios de bifurcación.
Objetivo: presentar el caso de un paciente portador de una aneurisma de la vena porta.
Presentación del Caso: Paciente femenina, blanca de 49 años de edad con antecedentes de trastornos dispépticos, y en ocasiones, dolor a nivel del hipocondrio derecho. Su examen físico era negativo y la impresión diagnóstica de su médico de asistencia era litiasis vesicular. Durante la realización del examen ultrasonográfico se encuentra como dato positivo una dilatación de tipo aneurismático de la vena porta en el inicio de su trayecto intrahepático de 18 mm de diámetro, y el resto del examen resultó negativo.
Conclusiones: Por lo inusual de este caso se decide hacer su presentación.

Palabras clave: vena porta, aneurisma, informes de casos

Abstract

Foundation: portal vein aneurysms are uncommon, representing approximately the 3% of venous system aneurysms. Most portal vein aneurysms are detected in patients with healthy liver, although on some occasions portal hypertension could favor their development. The most common sites are the splenomesenteric venous confluence, the main portal vein and the branches of the intrahepatic portal vein at bifurcation sites.
Objective: to present the case of a patient with a portal vein aneurysm.
Case Presentation: A 49-years-old white female patient with a history of dyspeptic disorders, and sometimes pain in the right upper quadrant. Her physical examination was negative and the diagnostic impression from her attending physician was gallstones. During the ultrasound examination, an aneurysmal dilatation of the portal vein at the beginning of its intrahepatic path of 18 mm in diameter was found as a positive finding, being the rest of the examination negative
Conclusions:. Due to the unusual nature of this case, it was decided to present it.

Key words: case reports, portal vein, aneyrysm

Aprobado: 2021-05-28 14:27:40

Correspondencia: Jesus Piñera Moliner. Centro de Investigaciones Medico Quirurgicas anacela@cencec.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Los aneurismas de la vena porta son entidades poco frecuentes. Representan aproximadamente el 3% de los aneurismas del sistema venoso. La mayoría de los aneurismas de la vena porta se detectan en pacientes con hígado sano, aunque en algunas ocasiones la hipertensión portal podría favorecer el desarrollo de estas entidades. Los lugares más comunes son: la confluencia venosa esplenomesentérica, la vena porta principal y las ramas de la vena porta intrahepática en los sitios de bifurcación.[1] Los aneurismas venosos (AV) tienen una escasa frecuencia en la práctica médica y se caracterizan por presentar en sus paredes las tres capas histológicas que conforman la pared de una vena. Se definen como dilataciones saculares o cilíndricas situadas en el trayecto de una vena, cuyo diámetro supera el doble del normal de la vena en cuestión y conservan la estructura histológica más o menos alterada de la pared.[2]

Es muy difícil hacer una definición de los AV tomando como base únicamente la estructura histológica de la pared, ya que se presenta un adelgazamiento de las capas elásticas y musculares de la pared venosa. En una amplia descripción de los AV se sitúan una importante reducción del número y tamaño de las fibras elásticas y musculares de la pared venosa con hialinización intimal.[3]

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente blanca, de 49 años de edad, con antecedentes de salud aparente. Antecedentes patológicos familiares: madre con diabetes mellitus tipo II, compensada con tratamiento higiénico dietético y medicamentoso. La paciente acude a su médico de su área salud por presentar trastornos dispépticos dados por aerofagia, sensación de plenitud y, en ocasiones, dolor de moderada intensidad a nivel del hipocondrio derecho. Al realizarle el examen físico se explora punto de Murphy, el cual es negativo y se indican otros complementarios que dan negativos los exámenes de Hemoquímica. Por esta razón se decide realizar ultrasonido abdominal para descartar la presencia de litiasis vesicular.

Estudios imagenológicos:

Se realizó ultrasonido diagnóstico con equipo Aplio 300 siguiendo los protocolos para su valoración, donde aparecía: hígado de tamaño normal, con bordes bien definidos y con discreto aumento de la ecogenicidad hepática, ecoestructura conservada, vesícula de paredes finas sin imágenes de litiasis en su interior. No hay dilatación de vías biliares intrahepáticas. Se observó imagen anecoica no pulsátil a nivel del hilio hepático redondeada en continuidad directa con las estructuras portales .Se le realizó un ultrasonido doppler color y espectral en el cual mostraba un flujo monofásico característico de la vena porta. El resto de los órganos del hemiabdomen superior aparecían sin alteraciones.

Ante los hallazgos ecográficos encontrados, se decidió realizar tomografía axial computarizada multicorte (angioTAC) con equipo Siemens de 64 cortes y reconstrucciones multiplanares (Fig. 3) para evaluar estudio vascular, donde se confirmó dicho diagnóstico. Se observaba una dilatación sacular de 31 mm de diámetro a nivel de la vena porta. (Fig. 1 y 2).

ISSN 1727-897X



Fig. 1 Se observa la dilatación de la vena porta en una fase venosa en un corte axial de la tomografía axial computarizada.



Fig. 2 Se observa imagen sacular en proyección de la vena porta

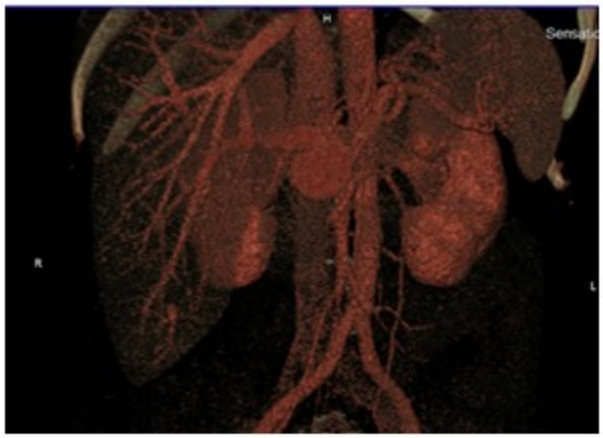


Fig. 3 Se observa reconstrucción multiplanar donde se observa dilatación sacular de la vena porta

Diagnóstico radiológico: aneurisma de la vena porta. Se tomó una conducta expectante y la paciente continuó asintomática. Se le brindó seguimiento tanto clínico como imagenológico.

DISCUSIÓN

El hígado recibe el 75% de su irrigación proveniente del sistema porta y el restante 25% de la arteria hepática, mientras que su drenaje se realiza a través de las venas hepáticas que tributan a la vena cava caudal. La ecografía doppler nos permite diferenciar entre estos tres grupos de vasos, ya que cada uno posee un espectro que lo caracteriza.[4] Las venas hepáticas y su convergencia en la vena cava caudal pueden ser exploradas adecuadamente en el hígado. El número y la anatomía de las venas hepáticas se encuentran claramente descritos. Su patrón Doppler es fuertemente periódico, y es influenciado por las variaciones de presión en el atrio derecho y los movimientos del tórax durante el ciclo respiratorio. El árbol portal difiere por su distribución de las venas hepáticas. El tejido fibroadiposo que forma los espacios portales conteniendo las ramas de la arteria hepática, conductos biliares y vasos linfáticos, produce ecos brillantes de la pared que ayudan a diferenciar las venas portales de las hepáticas.[5] El hilio hepático, situado en la cara inferior del hígado, es la zona de entrada de la vena porta y la arteria hepática y de salida del conducto biliar. La vena porta es la estructura de mayor calibre y se sitúa de forma normal por detrás del conducto biliar común y colédoco (anterior, a la derecha) y de la arteria hepática propia (anterior, a la izquierda). Toda la sangre del tracto gastrointestinal abdominal (incluyendo la porción inferior esofágica y excluyendo el canal anal), bazo, páncreas y vesícula biliar, se recoge en el hígado a través del sistema venoso portal. La vena porta está formada por la unión de la vena mesentérica superior y la vena esplénica, por detrás del cuello del páncreas. Se dirige a la derecha, cruza por detrás de la primera porción del duodeno y sigue por el borde libre del omento menor hacia el hilio hepático. A nivel del hilio hepático, la vena porta (principal) se divide en dos ramas: rama derecha portal (porta derecha), corta y gruesa, que se divide a su vez en una rama anterior y otra posterior, y rama izquierda portal (porta izquierda), larga y delgada, que termina unida al ligamento redondo y a su prolongación, el ligamento venoso. En el interior del hígado, la porta se ramifica según la misma distribución que la arteria hepática.[6,7] Entre las anomalías congénitas, la agenesia de las ramas portales principales (vena porta derecha o izquierda) es lo más frecuente. La vena porta pre-pancreática (asociada a situs inversus y otras malformaciones), la doble vena porta, y la agenesia de la vena porta principal son otras variantes anómalas congénitas con las que podemos encontrarnos. El aneurisma de la vena porta es una entidad muy poco frecuente y, por lo general, es un hallazgo incidental en los estudios radiológicos. Los pacientes son generalmente asintomáticos o pueden tener

dolor abdominal, hemorragia o ictericia. Aunque es raro, pueden tener complicaciones muy graves, como trombosis o ruptura que pueden necesitar una intervención quirúrgica urgente para salvar su vida.[8] Por este motivo, los médicos tienen que hacer un seguimiento clínico y radiológico de estos pacientes. La ecografía, el eco doppler, la angioresonancia y la angiotomografía son los métodos más útiles para estudiar esta entidad.

El aneurisma de la vena porta es una entidad infrecuente, con menos de 200 casos reportados hasta el año 2018. Representa el 3% de los aneurismas venosos y se localiza con mayor frecuencia en la confluencia esplénica mesentérica, pudiendo ser intra o extrahepático. Suelen mantenerse estables a lo largo del tiempo y se recomienda su seguimiento radiológico si se trata de un hallazgo incidental. Se han descripto múltiples complicaciones, entre las que se destacan la hipertensión portal, la ruptura en el 2,2%, trombosis en el 30% y la compresión de estructuras adyacentes mencionada anteriormente.

El doppler color es esencial para diferenciarlo de lesiones quísticas.[9] Cuando el aneurisma se complica además con una trombosis, deberá realizarse su diagnóstico diferencial con masas sólidas, ya que pueden visualizarse como imágenes ecogénicas.[6] La angioresonancia y la tomografía computada son también técnicas de utilidad para su detección cuando la ecografía no es concluyente. Se considera que el diámetro máximo portal es de 15 mm en pacientes sin patología hepática y de 19 mm en pacientes cirróticos, por lo que valores mayores a los 20 mm son considerados aneurismáticos. Las ramas intrahepáticas son consideradas patológicas si superan los 7 mm en pacientes sanos y 8,5 mm en pacientes con enfermedad hepática.

La paciente evolucionó satisfactoriamente, continúo su seguimiento tanto clínico como imagenológico.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores:

Conceptualización: Jesús Piñera Moliner
Análisis formal: Joaquín Gaspar Sánchez, Anacela Potente Hernández
Investigación: Joaquín Gaspar Sánchez, Anacela Potente Hernández
Metodología: Jesús Piñera Moliner
Supervisión: Joaquín Gaspar Sánchez, Anacela Potente Hernández
Visualización: Jesús Piñera Moliner
Redacción – borrador original: Jesús Piñera Moliner, Anacela Potente Hernández
Redacción – revisión y edición: Jesús Piñera Moliner, Anacela Potente Hernández.

Financiación:

No existe.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vedia M, Hernández J, Larrañaga N, Espil G, Kozima SH. Hallazgo incidental tomográfico en el seguimiento por patología oncológica. Acta Gastroenterol Latinoam [revista en Internet]. 2018 [cited 21 Jun 2019] ; 48 (2): [aprox. 3p]. Available from: http://www.actagastro.org/numerosanteriores/2018/Vol-48-N2/Vol48N2-PDF06.pdf.

2. Laurenzi A, Ettorre GM, Lionetti R, Meniconi RL, Colasanti M, Vennarecci G. Portal vein aneurysm: What to know. Digestive and Liver Disease [revista en Internet]. 2015 [cited 21 Jun 2019] ; 47: [aprox. 5p]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26188840.

3. González de la Huebra T, Gálvez E, Villanueva M, Corrales R, Karzazi K, Garrote A. Lo que el hilio hepático esconde. Presentación electrónica educativa. SERAM [revista en Internet]. 2014 [cited 21 Jun 2019] Available from: https://epos.myesr.org/esr/viewing/index.php?module=viewing_poster&task=&pi=123650.

4. Garcia JC, Buscarini E, Janssen H, Leebeek F, Plessier A, Rubbia L, Senzolo M, Schouten J, Tripodi A. Guía de práctica clínica de la EASL: Enfermedades vasculares hepáticas. European Association for the Study of the Liver [Internet]. 2016 [cited 21 Jun 2019] ; 64: [aprox. 32p]. Available from: https://easl.eu/wpcontent/uploads/2018/10/2015Vascular_diseases_of_the_liver_ES.pdf.

5. Sarmiento H, Martínez E, Cervantes ME, Martínez JL, Chávez R, Ramírez-de la Peña JL, Aguilar EF, Muñiz JG, Muñoz R. Transformación

cavernomatosa de la porta como causa de hipertensión portal. Reporte de dos casos clínicos. Anales de Radiología, México [revista en Internet]. 2017 [cited 21 Jun 2019] ; 16 (3): Available from: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=75793.

6. Bremer W, Lokken PR, Gaba RC, Bui JT. Arterial-portal fistula treated with hepatic arterial embolization and portal venous aneurysm stent-graft exclusion complicated by type 2 endolea [Internet]. 2019 [cited 21 Jun 2019] ; 14 (10): [aprox. 6p]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6710638/.

7. Madden NJ, Calligaro KD, Troutman DA, Malon Ki, MD, Dougherty MJ. Giant renal vein aneurysm. US National Library of Medicine National Institutes of Health. J Vasc Surg Cases Innov Tech [Internet]. 2019 [cited Jun 21] ; 5 (3): [aprox. 8p]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6699197/.

8. Björck M, Koelemay M, Acosta S, Bastos Goncalves F et al. Editor's Choice - Management of the Diseases of Mesenteric Arteries and Veins: Clinical Practice Guidelines of the European Society of Vascular Surgery (ESVS) [Internet]. 2017 [cited 21 Jun 2019] ; 53 (4): [aprox. 50p]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28359440.

9. Orfanidis NT. Trombosis de la vena porta. Manual MSD. Versión para profesionales [Internet]. Universidad de Colorado; 2018. [cited 21 Jun 2019] Available from: https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-hepaticos-y-biliares/trastornos-vasculares-del-higado/trombosis-de-la-vena-porta.