

HAGA SU DIAGNOSTICO

Dres. D. Teplisky, E. Urueña Tincani, J. Lipsich, S. Sierre

PRESENTACION CLINICA

Paciente de 8 meses, oriundo de Tucumán, recién nacido de término de bajo peso para la edad. Presentó síndrome de aspiración meconial. Requirió internación en neonatología durante una semana por mal progreso de peso, sin requerimiento de O₂. No requirió cateterismo umbilical. Al alta persistió con falla de medro, desnutrición y diarrea líquida crónica que en ocasiones presentaba estrías de sangre, importante distensión abdominal de forma intermitente. Es derivado a nuestro hospital para estudio. Se descartaron causas infecciosas, FQP y enfermedad celíaca.

Dentro de los estudios complementarios se solicita ecografía abdominal.

En función de los hallazgos en la ecografía en escala de grises (Figura 1), se completa con el estudio con evaluación Doppler color (Figura 2).

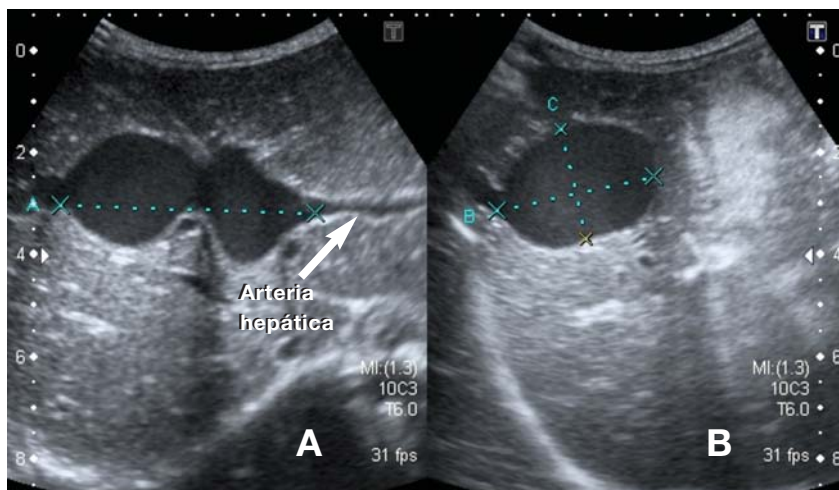


Figura 1: Ecografía abdominal, corte transversal (A) y longitudinal (B) a nivel del hilio hepático.

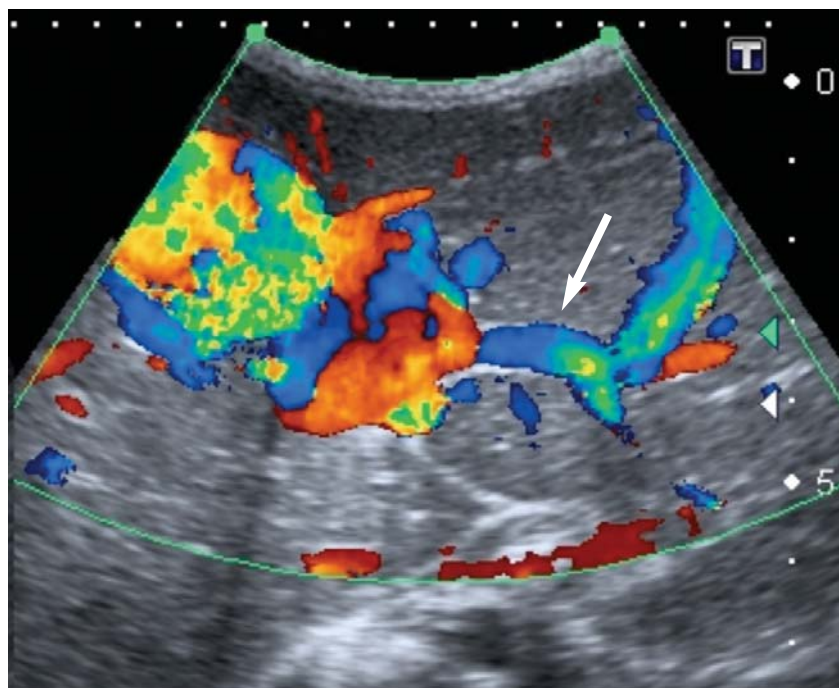


Figura 2: Eco Doppler color.

ANALISIS DE LA IMAGEN

Figura 1: Formación anecoica bilobulada en relación con la arteria hepática y la vena porta.

Figura 2: Muestra la presencia de flujo en el interior de la lesión con señal Doppler color de fístula A-V, donde se logra identificar la comunicación entre la arteria hepática izquierda ectásica (flecha) y la vena porta.

DIAGNOSTICO: FISTULA ARTERIOPORTAL CONGÉNITA

Discusión

Las fístulas arterio-portales son una causa rara y tratable de hipertensión portal asociada frecuentemente a hemorragia digestiva en la infancia temprana.

Las fístulas arterio-portales congénitas se definen como una comunicación intrahepática entre la arteria hepática y el sistema venoso portal, sin conexión con el sistema venoso sistémico, en ausencia de un origen secundario evidente y con una presentación antes de los 18 años de edad¹. Menos del 10 % de las fístulas arterio-portales que involucran la arteria hepática son congénitas. Pueden ser primarias (congénitas) o secundarias^{1,2}.

En la mayoría de los casos, el cuadro clínico aparece antes del año, y es secundario al desarrollo de hipertensión portal³.

Desde el punto de vista clínico, en las series más importantes revisadas, se ha reportado sangrado gastrointestinal alto (66%), trastorno del crecimiento (50%), diarrea crónica y esteatorrea (50%) y enteropatía perdedora de proteínas (20%)¹.

Al examen físico, al momento del diagnóstico los hallazgos más importantes según las series reportadas son: esplenomegalia (63%), hepatomegalia (41%), ascitis y edema (47%)¹.

Diagnóstico por Imágenes

La US Doppler es un método no ionizante, rápido, confiable y seguro para el diagnóstico. La existencia de la fístula se refleja en el hígado por la imagen Doppler color, con flujo turbulento a nivel de la vena porta y en el parénquima vecino. El flujo hepatofugo de alta velocidad en la vena porta es altamente indicativo de esta patología^{4,5}.

La realización de la angiografía hepática es necesaria para confirmar el diagnóstico y trazar el plan terapéutico. Finalizado el procedimiento, la US Doppler es una herramienta no invasiva y de fácil acceso para el seguimiento post-embolización, para valorar los cambios en la hemodinamia de la malformación, la oclusión de la misma o su persistencia, en caso de apertura o persistencia de aferencias colaterales y demostrar también la recuperación del flujo normal hepatopeto a nivel de la vena porta.

Terapéutica

No se han reportado casos de cierre espontáneo de fístulas arterio-portales, por lo tanto es necesaria la intervención en todos los pacientes. Esta se orienta a la obliteración de la comunicación y la restauración del flujo portal hepatopeto y la normal hemodinamia de la arteria hepática. La embolización transcater de la fístula con técnicas radiológicas intervencionistas es la estrategia recomendada, con una alta tasa de éxito en casos de lesiones unilaterales o con escasas aferencias^{4,5}.

REFERENCIAS

1. Norton SP, Jacobson K, Moroz SP, Culham G, et al. The congenital intrahepatic arterioportal fistula syndrome: elucidation and proposed classification. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006; 43: 248-55.
2. Vauthey JN, Tomczak RJ, Helmberger T, Gertsch P et al. The arterioportal fistula syndrome: clinicopathologic features, diagnosis, and therapy. *Gastroenterology* 1997; 113: 1390-401.
3. Meunier C, Dabadie A, Darnault P, Frémond B, et al. Congenital intrahepatic arterio-portal fistula: diagnostic and therapeutic aspects. *Pediatric* 1993; 48: 211-6.
4. Heaton ND, Davenport M, Karani J, Mowat AP et al. Congenital hepatoportal arteriovenous fistula. *Surgery* 1995; 117: 170-4.
5. Raghuram L, Korah IP, Jaya V, Athyal RP, et al. Coil embolization of a solitary congenital intrahepatic hepatoportal fistula. *Abdom Imaging* 2001; 26: 194-196.

LECTURA RECOMENDADA

- Tanaka H, Iwai A, Sugimoto H, Yoshioka T, et al. Intrahepatic arterioportal fistula after blunt hepatic trauma: case reports. *J Trauma* 1991; 31: 143-6.
- Marchand V, Uflacker R, Baker SS, Baker RD. Congenital hepatic arterioportal fistula in a 3-year-old child. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999; 28: 435-41.
- Lamireau T, Chateil JF, Petit P, Portier F, et al. Successful embolization of congenital intrahepatic arterioportal fistula in two infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999; 29: 211-4.