

# Enteropatía hipertensiva portal diagnosticada por videocápsula endoscópica: reporte de un caso

## Portal Hypertensive Enteropathy Diagnosed by Video Capsule Endoscopy: Case Report

Diego Armando Huanay-Martínez,<sup>1\*</sup>  Claudia Alvizuri-Gómez,<sup>2</sup>  Carlos García-Encinas.<sup>3</sup> 

### ACCESO ABIERTO

#### Citación:

Huanay-Martínez DA, Alvizuri-Gómez C, García-Encinas C. Enteropatía hipertensiva portal diagnosticada por videocápsula endoscópica: reporte de un caso. *Revista Colomb. Gastroenterol.* 2026;41(1):108-112. <https://doi.org/10.22516/25007440.1392>

<sup>1</sup> Médico cirujano, residente de Gastroenterología, Servicio de Gastroenterología, Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.

<sup>2</sup> Médico Gastroenterólogo, Servicio de Gastroenterología, Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.

<sup>3</sup> Médico Gastroenterólogo, jefe del Servicio de Gastroenterología, Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.

\*Correspondencia: Diego Armando Huanay-Martínez. [diego.huanay.m@upch.pe](mailto:diego.huanay.m@upch.pe)

Fecha recibido: 12/06/2025

Fecha aceptado: 30/07/2025



### Resumen

**Antecedentes:** la enteropatía hipertensiva portal es una condición poco común caracterizada por anomalías en la mucosa del intestino delgado en pacientes con hipertensión portal. Algunos factores de riesgo incluyen la presencia de várices esofágicas grandes, gastropatía y colopatía hipertensiva portal, clasificación Child-Pugh B o C e historia de tratamiento de várices. El diagnóstico se realiza mediante videocápsula endoscópica o enteroscopia profunda. No existen guías claras de manejo, por lo que este se basa en reportes de caso. **Resumen del caso:** presentamos el caso de un varón de 35 años con hipertensión portal no cirrótica debido por trombosis de vena porta crónica, quien acudió a emergencias por hemorragia digestiva, con resultado de endoscopia alta y baja no concluyentes y hallazgos sugerentes de enteropatía hipertensiva portal en la videocápsula endoscópica. El paciente fue tratado con bloqueantes  $\beta$  y no presentó recurrencias hemorrágicas. **Conclusión:** la enteropatía hipertensiva portal debe incluirse en el diagnóstico diferencial de pacientes con hipertensión portal con o sin cirrosis y hemorragia digestiva o anemia. En estos pacientes, el uso de la videocápsula endoscópica no debe retrasarse.

### Palabras clave

Hipertensión portal, hemorragia gastrointestinal, endoscopia capsular.

### Abstract

**Background:** Portal hypertensive enteropathy is an uncommon condition characterized by mucosal abnormalities of the small intestine in patients with portal hypertension. Risk factors include the presence of large esophageal varices, portal hypertensive gastropathy and colopathy, Child-Pugh class B or C cirrhosis, and a history of variceal treatment. Diagnosis is established through video capsule endoscopy or deep enteroscopy. Currently, no standardized management guidelines exist, and therapeutic approaches are primarily based on case reports. **Case Summary:** A 35-year-old male patient with non-cirrhotic portal hypertension secondary to chronic portal vein thrombosis presented to the emergency department with gastrointestinal bleeding. Upper and lower endoscopy were non-diagnostic, while video capsule endoscopy revealed findings suggestive of portal hypertensive enteropathy. The patient was treated with  $\beta$ -blockers and experienced no recurrent bleeding episodes. **Conclusion:** Portal hypertensive enteropathy should be included in the differential diagnosis of patients with portal hypertension, with or without cirrhosis, who present with gastrointestinal bleeding or anemia. In such patients, the use of video capsule endoscopy should not be delayed.

### Keywords

Portal hypertension, gastrointestinal hemorrhage, capsule endoscopy.

## INTRODUCCIÓN

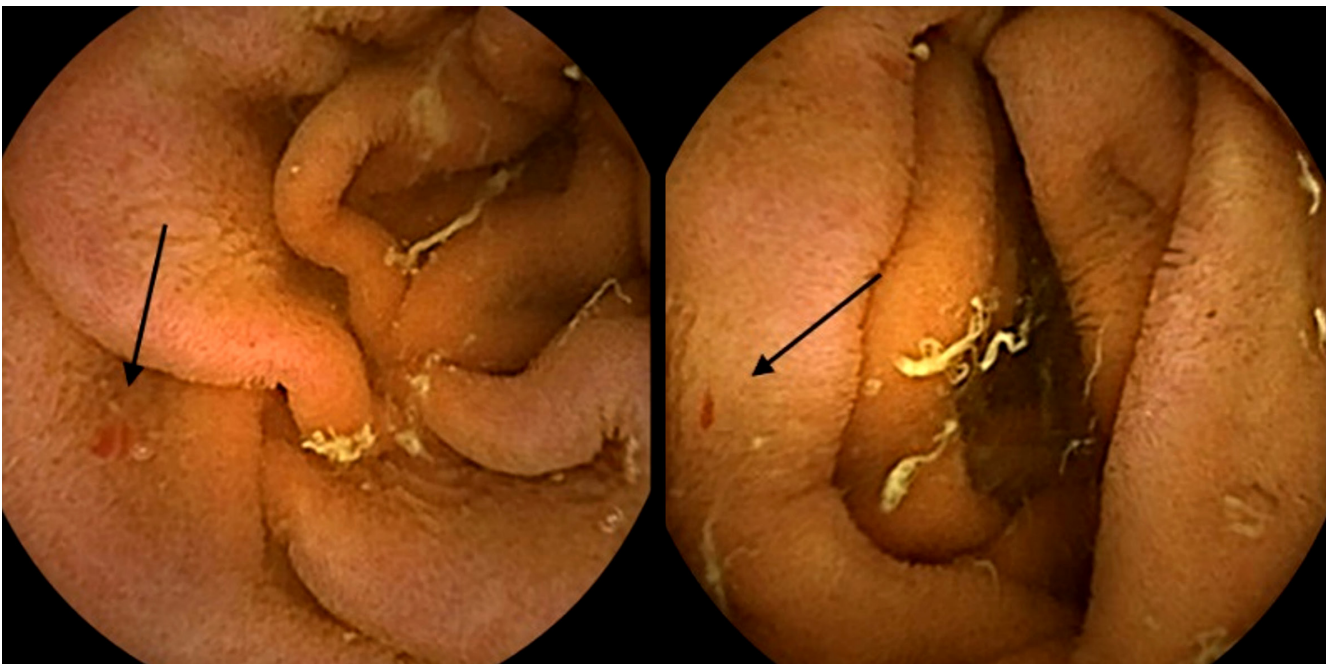
La enteropatía hipertensiva portal (EHP) es una enfermedad poco común definida como la presencia de cambios patológicos y anormalidades en la mucosa del intestino delgado de pacientes con hipertensión portal (HP)<sup>(1)</sup>. Series de casos indican una prevalencia de aproximadamente 40%-96,8% de pacientes con cirrosis hepática e HP<sup>(2)</sup>. Con base en estos estudios, se determinaron algunos factores de riesgo, tales como la presencia de várices esofágicas grandes, gastropatía y colopatía hipertensiva portal, puntaje Child-Pugh (B o C), historia de ligadura o escleroterapia de várices, valor de la elastografía y hallazgos tomográficos de hipertensión portal, en especial las derivaciones portosistémicas<sup>(3)</sup>. La literatura disponible se enfoca casi exclusivamente en casos de EHP en pacientes cirróticos. Se presenta el caso de un varón de 35 años con HP no cirrótica por trombosis portal crónica, con hemorragia digestiva y hallazgos sugerentes de EHP en la videocápsula endoscópica.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente varón de 35 años con antecedente de trombosis venosa portal con signos de cavernomatosis diagnosticada por angiotomografía ocurrida desde la infancia por onfalitis, esplenectomizado a los 21 años por hiperesplenismo, con estudios para trombofilias negativos y elastografía hepática (FibroScan) de 5,2 kPa. Presentó

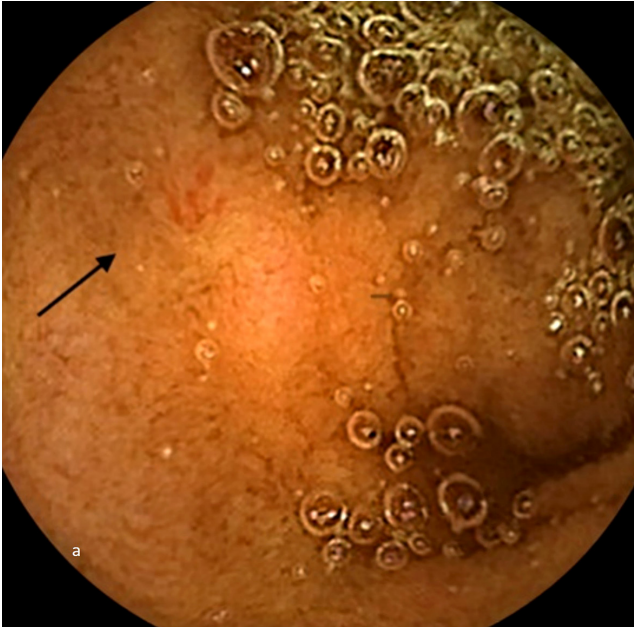
varios episodios previos de hemorragia digestiva alta varicosa desde los 12 años tratados con ligadura con bandas elásticas y escleroterapia, y fue usuario de anticoagulación con warfarina por trombosis (última dosis dos días antes del ingreso). El paciente fue admitido en el departamento de emergencia por presentar hematoquecia y debilidad generalizada. Ingresó hemodinámicamente estable y en el tacto rectal resultó positivo para hematoquecia. Los exámenes de sangre revelaron anemia leve con hemoglobina de 12,6 g/dL normocítica y normocrómica, plaquetas de 217 (x 103/ $\mu$ L), leucocitos de 14,1 (x 103/ $\mu$ L) e INR de 1,78. El resto del perfil bioquímico y hepático estuvieron dentro de los rangos normales. La ecografía abdominal mostró dilatación de la vena porta con múltiples venas colaterales, sin signos de cirrosis y ausencia de líquido libre.

Se inició el tratamiento con octreotida y se realizó una endoscopia alta en la que se evidenció gastropatía hipertensiva portal moderada y várices esofágicas pequeñas sin signos de sangrado reciente. Debido a la presencia de sangrado digestivo, se decidió realizar una colonoscopia, en la cual no había signos de sangrado reciente ni restos hemáticos, solo se encontró eritema leve en varias partes del colon, que podía ser compatible con colopatía hipertensiva portal, pero no justificaba la hematoquecia evidenciada previamente. Se realizó un estudio con videocápsula endoscópica (VCE) y se logró evidenciar en el duodeno, yeyuno e íleon múltiples puntos rojos (Yano Yamamoto tipo 1a) (**Figura 1**), lesión similar a angiodis-



**Figura 1.** Lesiones vasculares: puntos rojos en el yeyuno distal (Yano-Yamamoto tipo 1a). Imágenes propiedad de los autores.

plasia (Yano Yamamoto tipo 1b) de 2-4 mm de longitud sin signos de sangrado activo en el íleon proximal (**Figura 2**) y áreas de hiperemia de 2-3 mm entre el yeyuno distal y el íleon proximal (**Figura 3**).



**Figura 2.** Lesión vascular: lesión similar a angiodisplasia en el íleon proximal (Yano Yamamoto tipo 1b). Imagen propiedad de los autores.

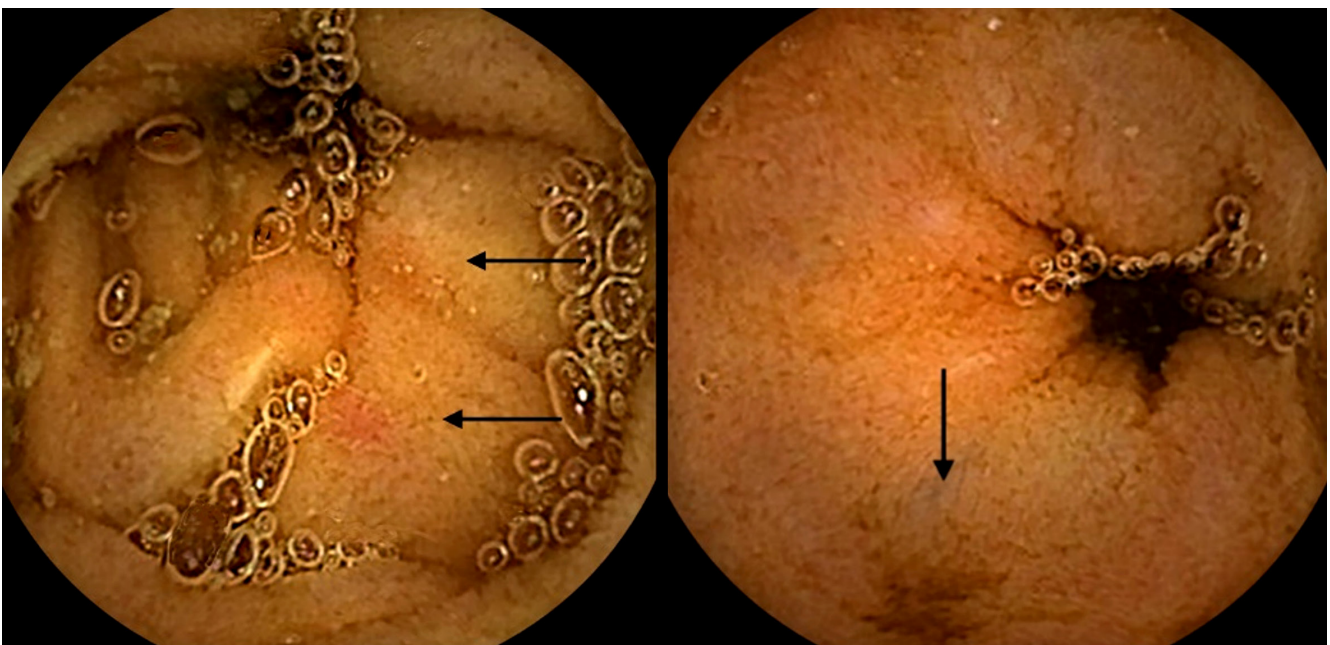
El paciente culminó cinco días de octreotida en dosis inicial de 50 µg en bolo y luego 50 µg/hora, y luego del diag-

nóstico el paciente fue dado de alta con carvedilol 12,5 mg/día y no presentó otro episodio de hemorragia gastrointestinal durante un año de seguimiento.

## DISCUSIÓN

Los hallazgos de la EHP usualmente se clasifican como vasculares: puntos rojos, telangiectasias, lesiones similares a angiodisplasias y várices y no vasculares o anomalías inflamatorias como edema, hiperemia, granularidad y friabilidad<sup>(4,5)</sup>. Las lesiones vasculares son más prevalentes que las no vasculares<sup>(6)</sup>; en las series de casos disponibles, las angiectasias están presentes en 24.3-67%, puntos rojos en 16.6-62.2%, lesiones inflamatorias en 5,6%-41,9%, menos frecuentemente várices en 6,2%-16,1% y sangrado activo en 5,5%-17,8% de pacientes con EHP<sup>(7)</sup>. Otras lesiones raras que se pueden encontrar son protuberancias pedunculadas o sésiles, únicas o múltiples que imitan pólipos<sup>(2,6)</sup>. Las lesiones vasculares (angiectasias, puntos rojos y várices) usualmente son las que causan hemorragia gastrointestinal manifiesta<sup>(2)</sup>, mientras que las lesiones no vasculares o inflamatorias son más inespecíficas y aparentemente tienen bajo riesgo de sangrado. Ambos tipos de hallazgos endoscópicos pueden estar presentes en otras patologías como enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celiaca, malformaciones arteriovenosas, enteritis actínica, telangiectasia hereditaria familiar y poliposis adenomatosa familiar.

A pesar de que nos podemos apoyar de la histopatología de las lesiones no vasculares, las técnicas de imagen como



**Figura 3.** Lesiones no vasculares: áreas de hiperemia de la mucosa entre el yeyuno distal y el íleon proximal. Imágenes propiedad de los autores.

tomografía computarizada<sup>(3)</sup> y elastografía transitoria pueden ayudar a determinar la probabilidad de HP, así como su gravedad<sup>(8)</sup>. El diagnóstico se debe realizar siempre con un alto índice de sospecha en conjunto con las características clínicas y endoscópicas. En nuestro caso, los hallazgos de hiperemia de mucosa, múltiples puntos rojos y lesiones similares a angiodisplasias en el contexto de un paciente con HP y otros factores de riesgo hicieron el diagnóstico de EHP.

En la actualidad no hay guías clínicas para el manejo de la EHP sintomática. Se ha descrito la utilidad de la enteroscopia con balón (coagulación con argón plasma, hemoclipaje, escleroterapia), la radiología intervencionista (derivación portosistémica intrahepática transyugular o embolización percutánea) y la cirugía. También estudios pequeños han reportado la utilidad de los bloqueantes  $\beta$  no selectivos, somatostatina y talidomida en esta entidad<sup>(6,9)</sup>. En el último consenso Baveno VII, con respecto al uso de bloqueantes  $\beta$  en pacientes con sangrado relacionado a hipertensión portal por trombosis portal con cavernomatosis, se mencionó que no hay suficiente evidencia para su uso en profilaxis primaria o secundaria, por lo que se recomienda seguir las indicaciones para los pacientes con cirrosis<sup>(10)</sup>. Nuestro paciente fue manejado con octreotida inicialmente, luego con bloqueantes  $\beta$  no selectivos y no tuvo evidencia de hemorragia gastrointestinal durante un año de seguimiento. Este reporte de caso es particular en comparación con la mayoría de las publicaciones que incluyen pacientes cirróticos<sup>(1,3,7)</sup> debido a la HP no cirrótica secundaria a trombosis portal con factores de riesgo para desarrollar EHP.

## CONCLUSIÓN

La enteropatía hipertensiva portal es una condición infrecuente y probablemente subdiagnosticada, la cual debe sospecharse en pacientes con hipertensión portal, ya sean cirróticos o no, que presenten hemorragia gastrointestinal o anemia, con el fin de no retrasar el uso de la videocápsula endoscópica. El manejo no está estandarizado, pero el uso de octreotida y bloqueantes  $\beta$  no selectivos podría ser una opción.

## Consideraciones éticas

Los autores declaran que para este estudio no se han realizado experimentos con seres humanos. Se emplearon formatos de obtención de datos del paciente de nuestro centro de trabajo, manteniendo el anonimato del paciente y la previa firma de consentimiento informado.

## Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés.

## Fuentes de financiamiento

Los autores declaran que no tuvieron fuentes de financiación externas.

## REFERENCIAS

1. Mekaroonkamol P, Cohen R, Chawla S. Portal hypertensive enteropathy. *World J Hepatol.* 2015;7(2):127-38. <https://doi.org/10.4254/wjh.v7.i2.127>
2. Egea Valenzuela J, Fernández Llamas T, García Marín AV, Alberca de Las Parras F, Carballo Álvarez F. Diagnostic and therapeutic features of small bowel involvement in portal hypertension. *Rev Esp Enferm Dig.* 2017;109(12):856-862. <https://doi.org/10.17235/reed.2017.4596/2016>
3. Jeon SR, Kim JO. Capsule Endoscopy for Portal Hypertensive Enteropathy. *Gastroenterol Res Pract.* 2016;2016:8501394. <https://doi.org/10.1155/2016/8501394>
4. De Palma GD, Rega M, Masone S, Persico F, Siciliano S, Patrone F, et al. Mucosal abnormalities of the small bowel in patients with cirrhosis and portal hypertension: a capsule endoscopy study. *Gastrointest Endosc.* 2005;62(4):529-34. [https://doi.org/10.1016/s0016-5107\(05\)01588-9](https://doi.org/10.1016/s0016-5107(05)01588-9)
5. Kodama M, Uto H, Numata M, Hori T, Murayama T, Sasaki F, et al. Endoscopic characterization of the small bowel in patients with portal hypertension evaluated by double balloon endoscopy. *J Gastroenterol.* 2008;43(8):589-96. <https://doi.org/10.1007/s00535-008-2198-1>
6. Nam SJ, Kim JH, Park SC. The Usefulness of New-Generation Capsule Endoscopy in Patients with Portal Hypertensive Enteropathy. *Clin Endosc.* 2018;51(6):505-507. <https://doi.org/10.5946/ce.2018.165>
7. Jeon SR, Kim JO, Kim JB, Ye BD, Chang DK, Shim KN, et al. Portal hypertensive enteropathy diagnosed by capsule endoscopy in cirrhotic patients: a nationwide multicenter study. *Dig Dis Sci.* 2014;59(5):1036-41. <https://doi.org/10.1007/s10620-014-3036-3>
8. Abdelaal UM, Morita E, Nouda S, Kuramoto T, Miyaji K, Fukui H, et al. Evaluation of portal hypertensive enteropathy by scoring with capsule endoscopy: is transient elastography of clinical impact? *J Clin Biochem Nutr.* 2010;47(1):37-44. <https://doi.org/10.3164/jcbs.10-14>

9. Jimenez-Saenz M, Romero-Vazquez J, Caunedo-Alvarez A, Maldonado-Perez B, Gutierrez JM. Beneficial effects and reversion of vascular lesions by thalidomide in a patient with bleeding portal hypertensive enteropathy. *Dig Liver Dis.* 2010;42(3):232-233.  
<https://doi.org/10.1016/j.dld.2009.06.001>
10. de Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G, Reiberger T, Ripoll C; Baveno VII Faculty. Baveno VII - Renewing consensus in portal hypertension. *J Hepatol.* 2022;76(4):959-974.  
<https://doi.org/10.1016/j.jhep.2021.12.022>