



T-46. - TROMBOSIS VENOSA PORTAL AGUDA NO CIRRÓTICA NO PARANEOPLÁSICA: DE LA AGUDEZA DIAGNÓSTICA AL TRATAMIENTO PRECOZ

J. González Vallés¹, E. López Fernández², E. Fonseca Aizpuru¹, R. García López², M. Solís Marquín¹, A. García Morán¹, M. Ballesteros Solares¹, J. Morís de la Tassa¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Digestivo. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

Resumen

Objetivos: La trombosis venosa portal (TVP) es una entidad infrecuente aunque potencialmente grave. En ausencia de tumor y de cirrosis avanzada, que constituyen más del 90% de los casos, la TVP puede ser causada, entre otras, por una inflamación de localización intraabdominal o por alteraciones trombofílicas congénitas o adquiridas.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de casos diagnosticados de TVP aguda desde enero 2003 hasta diciembre 2012 en el Hospital de Cabueñes, que atiende una población de 250.000 habitantes. Se han excluido casos asociados a cirrosis o neoplasias y a pacientes menores de 18 años. Se trata de describir la etiología, manifestaciones clínicas, diagnóstico, manejo terapéutico y evolución de dichos pacientes.

Resultados: Se diagnosticaron 15 pacientes con TVP aguda, 9 varones y 6 mujeres, con una edad media de 74,6 años [36-86]. Respecto a la etiología, en 5/15 (33,33%) casos no se identificó la causa de la TVP. En el 60% (9/15), se debió a factores locales (colecistitis, colangitis y pancreatitis: 13,33% cada una; apendicitis, sepsis de etiología indeterminada e infarto omental: 6,67% cada uno). En 1/15 (6,67%) casos se debió a trombofilia adquirida (secundaria a aumento de factor VIII e hiperhomocisteinemia). El 100% de los pacientes tenían dolor abdominal al diagnóstico, un 53,33% náuseas y/o vómitos, el 46,67% fiebre y un 40%, ascitis. El diagnóstico por imagen confirmó trombosis de la porta y/o sus dos ramas en el 100% de los casos; además, asociada a ella, trombosis de la mesentérica superior o la esplénica en el 42,86% y el 28,57% de los casos, respectivamente, y trombosis simultánea de todos los territorios en el 14,29%. Para el diagnóstico se utilizó la tomografía computarizada (TC) de abdomen en el 78,57% de los pacientes y la ecografía-Doppler abdominal en el 21,43% restante. Respecto al tratamiento, de un total de 14 pacientes, el 35,71% (5 de 14) fue tratado con acenocumarol, mientras que se utilizó heparina de bajo peso molecular (HBPM) a dosis anticoagulante en un 28,57% (4 de 14). Los otros 5 (35,71%) no recibieron terapia anticoagulante. De los 9 pacientes que siguieron terapia con anticoagulación, se recogieron datos del seguimiento en 5, presentando recanalización completa el 40% (2/5). Siguen revisiones periódicas en nuestro centro el 80% (12/15), con buena evolución y sin complicaciones en el 41,67% de los casos. Un 25% de los pacientes presentaron ascitis y el 16,67% desarrolló varices esofágicas. De esos 12 pacientes, uno fue exitus durante el evento agudo y un 25% (3/12) fallecieron como consecuencia de la TVP aguda.

Discusión: Se diagnosticaron 15 casos, la edad y el sexo es similar a lo descrito en la literatura. Las causas locales, principalmente la inflamación de localización intraabdominal, son el mecanismo responsable más frecuente, posiblemente debido a la generalización de las técnicas de diagnóstico por imagen, seguido de los casos idiopáticos (un tercio) y, por último, de las trombofilias. La coexistencia de factores etiológicos múltiples sucede en el 15% de los pacientes y ello obliga a la búsqueda de factores trombogénicos sistémicos, aún con diagnóstico de factores trombogénicos locales. El tratamiento de la TVP aguda incluye la administración de anticoagulantes (de 3 a 6 meses) y el tratamiento de las causas subyacentes. En el 40% de los pacientes se consiguió la recanalización completa de la obstrucción, porcentaje algo mayor al descrito en la literatura. Para los pacientes con un diagnóstico temprano y un tratamiento adaptado, el pronóstico es bueno aunque varía dependiendo de condiciones asociadas y edad de aparición.

Conclusiones: La TVP aguda es una entidad infrecuente pero potencialmente grave. Es necesario un alto grado de sospecha y un adecuado estudio etiológico con despistaje de eventual trombofilia. El tratamiento anticoagulante precoz facilita la repermeabilización vascular completa y mejora el pronóstico.