



## EV-005 - ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON TROMBOSIS VENOSA PORTAL EN UN HOSPITAL TERCIARIO EN 10 AÑOS

M. Martín Jiménez<sup>1</sup>, B. Tormo Lanseros<sup>3</sup>, J. Herráiz Jiménez<sup>2</sup>, B. Cortés Beringola<sup>4</sup>, A. Galán Gómez<sup>2</sup>, C. Lavilla Salgado<sup>1</sup>, E. Montero Hernández<sup>2</sup> y C. Mainez Saiz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Urgencias, <sup>3</sup>Aparato Digestivo, <sup>2</sup>Medicina Interna, <sup>4</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Majadahonda (Madrid).

### Resumen

**Objetivos:** Los trastornos vasculares del hígado son poco frecuentes. Pueden desarrollar hipertensión portal no cirrótica con gran comorbimortalidad. La trombosis venosa portal (TVP) puede estar relacionada con cirrosis, neoplasias, factores locales y sistémicos. Se debe realizar un estudio para identificar estados protrombóticos en la TVP no relacionada con la cirrosis. La anticoagulación previene la progresión de TVP y logra la recanalización venosa. En pacientes cirróticos parece no estar asociado a mayor riesgo de hemorragias. El objetivo principal es describir las características de los pacientes con TVP y/o venas suprahepáticas e identificar factores de riesgo predictores de recanalización venosa.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo que incluye a pacientes adultos diagnosticados de TVP y/o trombosis venas suprahepáticas entre octubre 2008 y marzo 2018. Se incluyeron pacientes con cirrosis y con neoplasias abdominales. Se analizaron factores de riesgo asociados, características clínicas, así como evolución y complicaciones relacionadas con la trombosis.

**Resultados:** El total de pacientes estudiados fueron 59 (69,5% varones) con una mediana de edad de 62 años. El 59,32% presentaban neoplasias de órgano sólido (hepatocarcinoma 57% y páncreas 14%); 45, 76% tenían cirrosis hepática (77,7% por VHC y/o enolismo previo); 16,9% presentaban infección o inflamación intraabdominal (mayoritariamente pancreatitis aguda) y el 11,86% se clasificaron como idiopáticas, 2 pacientes (3,3%) se diagnosticaron posteriormente de trombofilia y 1 paciente presentó la mutación JAK. El 6,77% había padecido enfermedad tromboembólica previa. En la mayoría de los casos (93, 88%) la duración de la sintomatología fue menor a 1 mes. El dolor abdominal fue el principal síntoma al diagnóstico (50,8%). Ascitis se observó en el 17,5% (80% cirróticos.) El hallazgo fue incidental por pruebas de imagen en 14%. Se inició anticoagulación al diagnóstico en 31 pacientes, principalmente con HBPM (29/31). La anticoagulación fue iniciada con más frecuencia en pacientes no cirróticos (59% vs 41%) y en trombosis aguda frente a crónica (93,5% vs 6,45%). En el 80,6% de los casos la duración de la anticoagulación es superior a 6 meses. El 100% de los pacientes con trombofilias y con enfermedad de Budd-Chiari siguieron anticoagulación de forma indefinida. En cuanto a la recanalización se obtuvieron datos en 24 pacientes; en el 54,16% no hubo recanalización venosa tras 1 año de anticoagulación. Los pacientes que no recanalizaron fueron en el 92,3% agudas y localizadas en la vena porta, siendo la cirrosis un factor asociado con la ausencia de recanalización venosa (46,1% vs 18,1%). La mortalidad es mayor

en pacientes que no consiguen recanalización, 24,2% vs 3%. La media de seguimiento fue de 21,9 meses con una mortalidad durante el mismo del 55,9% siendo durante el primer mes tras el diagnóstico del 15%. La mortalidad fue más prevalente en pacientes que no recibieron tratamiento anticoagulante (63,6% vs 58,3%), en cirróticos (54,5% vs 45,4%) y en pacientes oncológicos (78,7% vs 21,2%).

*Discusión:* La mayoría fueron varones de edad media y el factor de riesgo más prevalente fue la neoplasia. Un 12% fueron idiopáticas. Es una entidad grave con una mortalidad del 55,9%, siendo más elevada en pacientes oncológicos y cirróticos. La mitad de los pacientes no recibieron anticoagulación.

*Conclusiones:* La trombosis de la vena porta se asoció con patología tumoral en la mayoría de los casos y con cirrosis hepática. La mortalidad fue más prevalente en los pacientes no tratados, en cirróticos y de forma significativa se asoció con el cáncer. Por el contrario, la trombosis portal asociada a procesos locales infecciosos presentó un mejor pronóstico.