



T-034 - ANTICOAGULACIÓN EN TROMBOSIS VENOSA PORTAL

A. Sousa Domínguez, A. Argibay, B. Vilas Pio, N. Val Domínguez, A. Baroja Basanta, R. Lorenzo Castro, M. Freire, A. Rivera

Servicio de Medicina Interna-Unidad de Trombosis y Vasculitis. Hospital Xeral de Vigo. Vigo (Pontevedra).

Resumen

Objetivos: La trombosis venosa portal (TVPo) es una importante causa de hipertensión portal en pacientes cirróticos y oncohematológicos. Aunque el pilar del tratamiento sigue siendo la anticoagulación existen cuestiones aún sin resolver como la duración de la misma o el manejo de las complicaciones asociadas. Los objetivos de nuestro estudio fueron analizar las características clínicas, epidemiológicas y evolución de una cohorte de pacientes diagnosticados de TVPo en nuestro centro, atendiendo a si recibieron o no terapia anticoagulante y evaluando el pronóstico y complicaciones en ambos grupos de pacientes.

Métodos: De forma retrospectiva se recogieron todos los casos de TVPo diagnosticados entre enero de 2012 y diciembre de 2014 en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Se analizaron características clínicas, diagnóstico, tratamiento y evolución clínica de todos estos pacientes.

Resultados: Se identificaron un total de 73 pacientes (71,2% varones) con una edad media de $65 \pm 13,8$ años. El Índice de Charlson medio era de $4 \pm 2,9$ [0-10]. 31 pacientes (42,5%) tenían cirrosis hepática (90,2% por VHC y/o enolismo previo) y la mayoría en estadio avanzado (80,6% con Child-Pugh B-C). 22 pacientes (30,5%) presentaban neoplasia sólida concomitante y en el 20% se asoció con infección o inflamación de órgano intraabdominal (50% pancreatitis aguda). 40 pacientes (54,8%) presentaban datos de hipertensión portal en pruebas de imagen o endoscopia digestiva alta. En cuanto al tratamiento anticoagulante éste se inició al diagnóstico en el 65,8% de los pacientes (en el 87,5% de las ocasiones con heparinas de bajo peso molecular). Se indicó significativamente más en no cirróticos (78% vs 48%; $p = 0,007$), en pacientes sin hipertensión portal (78,7% vs 55%; $p = 0,003$), en infección intraabdominal (100% vs 57%; $p = 0,002$) y en trombosis aguda frente a crónica (90% vs 48%; $p < 0,0001$). La mediana de tiempo anticoagulante fue de 6 meses [rango 0-83] y se mantuvo al menos 6 meses en 28/48 pacientes (58,3%). Se realizó prueba de imagen de control en el 74% de las ocasiones, objetivándose repermeabilización del sistema venoso portal sólo en el 26% de los casos (19/73) y todos ellos habían recibido anticoagulación. La repermeabilización se asoció únicamente con la ausencia de neoplasia (OR 9,1 IC95% [1,6-50,2] y no con la cirrosis (fuera aguda o crónica o fuera secundaria o no a infección). En todos ellos la repermeabilización ocurrió en los 90 primeros días (mediana 22 días; rango [19-78]). Durante el seguimiento (10 meses de mediana con un rango entre [0-85] meses) 5 pacientes presentaron complicaciones hemorrágicas pero sólo tuvo que suspenderse la anticoagulación en 1 de ellos. Además se objetivó progresión de la TVPo a pesar de anticoagulación en 4 pacientes (5,5%). Se observó una mortalidad global durante el

seguimiento del 52,1% (38/73 pacientes). Ni el tratamiento anticoagulante ni la repermeabilización venosa portal por si mismos fueron factores asociados con una menor mortalidad y si lo fueron un Child-Pugh B-C (OR 8,2 [IC95% 2,24-27,8]) y el diagnóstico de neoplasia (OR 10 [IC95% 2,7-40,8]).

Discusión: Según las recomendaciones actuales el tratamiento anticoagulante está claramente indicado en casos de TVPo aguda en pacientes no cirróticos así como en cirrosis descompensadas en espera de trasplante hepático, cirrosis hepática compensada y en casos que provoquen isquemia intestinal. Sin embargo, el inicio de anticoagulación en el resto de situaciones así como la duración óptima de la misma son cuestiones aún por dilucidar.

Conclusiones: La mortalidad global de este grupo de pacientes fue muy elevada y se asoció con las comorbilidades asociadas (neoplasia y cirrosis avanzada). La anticoagulación se indicó principalmente en pacientes con menos comorbilidades y aquellos con trombosis portal aguda sintomática. La tasa de complicaciones secundarias al tratamiento anticoagulante fue muy baja. La repermeabilización venosa portal ocurre en un porcentaje bajo de los casos, siempre en los 3 primeros meses y no se asocia con una menor mortalidad global.