

AUTOR/ES: Civeira Taboada, T.M.; López Candocia, A.; Tasende Presedo, M.; Romay Cousido, G.; Fernández López, L.; Varela Lamas, C.; Vázquez Cajide, I.; Machuca Santa-Cruz, J.

INSTITUCIÓN: Servicio Cirugía General B; Hospital Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN

La trombosis espleno-porto-mesentérica es una entidad poco frecuente. Se trata de un cuadro con una presentación clínica insidiosa de dolor abdominal progresivo, que conlleva una consulta tardía, y requiere de un alto grado de sospecha clínica y el apoyo de métodos de imagen para su diagnóstico. Está claramente ligado a estados de hipercoagulabilidad, y en el 80% de los casos existe algún factor predisponente asociado. Su morbilidad es elevada, pudiendo ascender su mortalidad al 50%, en función del momento en que se efectúe el diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un varón de 48 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedente de Enfermedad de Crohn diagnosticada hace 20 años, sin tratamiento ni seguimiento. Acude a Urgencias el 18/08/2009 por un cuadro de dolor abdominal tipo cólico, de 10 días de evolución, y que 48 horas antes de su ingreso se hace continuo localizándose de manera más intensa en hemiabdomen izquierdo. El paciente no presentaba ninguna otra clínica por aparatos. A la exploración física presenta una TA de 137/82, FC 106 lpm y Tª 37,7. El abdomen era algo distendido y timpánico, blando, depresible, doloroso a la palpación en fosa ilíaca izquierda y flanco izquierdo, con defensa local sin datos de peritonismo difuso. Como pruebas complementarias en urgencias se realiza analítica con hemograma, bioquímica y coagulación, dentro de los límites normales. Se realiza también radiografía de tórax y abdomen, sin mostrar alteraciones significativas. Se realiza una revisión bibliográfica del tema.

RESULTADOS

El paciente ingresa en nuestro servicio con el diagnóstico de dolor abdominal no filiado, realizándose un TAC ABDOMINO-PÉLVICO con contraste al segundo día de su ingreso, donde se visualiza una extensa trombosis que afecta al territorio espleno-porto-mesentérico con extensión a la porta intrahepática. En el lóbulo hepático derecho aparece un área de hipoatenuación en probable relación con un trastorno transitorio del flujo a este nivel. Se establece tratamiento anticoagulante, inicialmente con heparina, y posteriormente con anticoagulantes orales. El paciente sigue un curso evolutivo satisfactorio, realizándose TAC abdominal de control a los 11 días, que muestra una evolución favorable respecto al estudio previo, y, aunque continúa visualizándose una trombosis espleno-mesentérico-portal, el trombo muestra un carácter más crónico, y ha disminuido de tamaño a nivel portal. En este estudio no se observan tampoco los trastornos transitorios del flujo a nivel del parénquima hepático que aparecían en el TAC del ingreso.

El paciente es dado de alta el 02/09/2009, encontrándose en la actualidad asintomático, a tratamiento con anticoagulantes orales, y pendiente de realizar estudios de hipercoagulabilidad y seguimiento en consultas de Digestivo para control su patología de base.

DISCUSIÓN La trombosis de la vena porta puede estar relacionada con patología maligna (carcinoma hepatocelular, metástasis hepáticas.), procesos inflamatorios-infecciosos abdominales. También son causas los traumatismos y los estados de hipercoagulabilidad, tanto adquiridos (Síndromes mieloproliferativos, síndrome antifosfolípido, hemoglobinuria paroxística nocturna, hiperhomocisteinemia) como hereditarios (Mutación del Factor V Leiden, mutación G20210A del gen de la protrombina, déficit de proteína C, déficit de proteína S, déficit de antitrombina). El embarazo y el tratamiento con anticonceptivos orales también están en relación con este cuadro. El compromiso al flujo sanguíneo puede ser parcial o completo, y afectar a cualquier porción del sistema venoso portal. Su forma de presentación clínica es insidiosa, como un dolor abdominal progresivo, en ocasiones tipo cólico, de varios días de evolución hasta que se establece el diagnóstico, dada su difícil identificación clínica. El diagnóstico se basa por tanto en las pruebas de imagen, siendo útil la ecografía abdominal, aunque la mejor prueba diagnóstica, tanto para delimitar el alcance de la trombosis como el grado de compromiso vascular intestinal, es el TAC con contraste, observándose ausencia de tinción central en el vaso, con un anillo periférico hiperdenso. Otros signos indirectos son las alteraciones en el aporte sanguíneo hepático. La trombosis mesentérica tiene una elevada morbilidad, siendo responsable del 15% de los casos de isquemia intestinal, siendo el infarto intestinal su complicación más temida. Su mortalidad está en torno al 20-50%. La base del tratamiento es la anticoagulación precoz, ya que permitirá la repermeabilización de los vasos en el 75% de los pacientes, mientras que es infrecuente la repermeabilización espontánea. Las heparinas de bajo peso molecular son generalmente las más utilizadas por su menor riesgo de sangrado y trombocitopenia. Una vez pasado el episodio agudo, la heparina será sustituida por anticoagulantes orales. Con estas medidas, incluso en pacientes con afectación trombótica extensa, se puede esperar al menos una repermeabilización parcial. Por ello la indicación de terapias agresivas como la administración de fármacos trombolíticos vía sistémica o a nivel arterial mesentérico, o bien su administración in situ mediante acceso venoso transyugular o percutáneo transhepático, es controvertida. La repermeabilización puede tener lugar hasta después de 4-6 meses del inicio del tratamiento. Por ello el tratamiento anticoagulante debe prolongarse durante al menos 6 meses. Parece razonable mantener este tratamiento de forma indefinida en pacientes con una enfermedad procoagulante subyacente, con antecedentes personales o familiares de trombosis venosa profunda o con historia previa de dolor abdominal sospechoso de ser isquémico. En pacientes en los que no se dan estas circunstancias, la decisión de mantener la anticoagulación de forma indefinida es controvertida.