

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Sección coordinada por:

V.F Moreira, E. Garrido

Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal

Trombosis venosa portal

QUÉ ES

El hígado recibe su aporte de sangre a través de la arteria hepática y de la vena porta. La vena porta representa un 70-75% del flujo sanguíneo total que recibe el hígado y recoge toda la sangre proveniente del tracto gastrointestinal (TGI) y del bazo y aporta nutrientes al hígado. Por ello si esta vena se ocluye (trombosis = TVP) se produce, por un lado, una dificultad en el drenaje venoso de los órganos del TGI con un aumento en la presión de esta vena (hipertensión portal), y por otro lado disminuye el aporte sanguíneo al hígado, lo que puede ocasionar alteraciones y atrofia del mismo. La TVP puede extenderse a las otras venas abdominales con las que la vena porta está conectada (la vena esplénica, la mesentérica superior o la mesentérica inferior). La TVP puede ocurrir asociada a la cirrosis o en ausencia de ella con un hígado normal. Es una enfermedad rara, no obstante es la segunda causa de hipertensión portal en el mundo occidental.

La trombosis portal puede ser diagnosticada en el momento en que se produce la trombosis aguda, pero puede ocurrir que el episodio agudo pase desapercibido y la TVP es diagnosticada en fase crónica (cavernomatosis portal) cuando ya se han formado una red de venas dilatadas y tortuosas que tratan de saltar la zona obstruida para llevar sangre al hígado. No obstante, estas venas solo logran descomprimir parcialmente la congestión del territorio portal.

CAUSAS

Tras el diagnóstico de la TVP es imprescindible realizar un estudio exhaustivo de las posibles causas que la han ocasionado ya que en algunos casos la propia causa requerirá un tratamiento específico. Así, hasta en un 60% de casos de TVP en pacientes sin enfermedades crónicas del hígado se identifican enfermedades de la sangre que favorecen la trombosis. Por tanto, es imprescindible que se realice una evaluación detallada por un hematólogo. En otro 30-40% de pacientes se pueden identificar factores locales intraabdominales como pancreatitis, colecistitis, colangitis, apendicitis, etc., y antecedentes de cirugía abdominal. Algunos de estos pacientes presentan además varios factores trombogénicos asociados.

Los pacientes con enfermedades hepáticas crónicas, especialmente con cirrosis, pueden también desarrollar TVP. En estos, es infrecuente encontrar estas enfermedades que hemos descrito.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO

El desarrollo de TVP puede dar lugar a síntomas como dolor abdominal o fiebre. En casos muy graves e infrecuentes puede desarrollarse isquemia (disminución del aporte sanguíneo) y necrosis intestinal, que en algunas ocasiones requerirá realizar una cirugía urgente para extirpar el segmento de intestino dañado. Sin embargo, con frecuencia la fase inicial de la TVP se acompaña de pocos o ningún síntoma y pasa desapercibida por lo que los pacientes son diagnosticados en la fase de cavernomatosis portal al detectarse signos de hipertensión portal en pruebas realizadas por otro motivo (análisis, ecografía abdominal o endoscopia digestiva). Estos signos son la presencia de plaquetas bajas, aumento del tamaño del bazo, varices esofágicas y gástricas (venas dilatadas en el esófago y estómago). A veces los pacientes son diagnosticados en el momento en que desarrollan una complicación de la hipertensión portal como acúmulo de líquido en el abdomen (ascitis)

o más frecuentemente una hemorragia digestiva por rotura de varices del esófago o del estómago. Por ello es recomendable la realización de una endoscopia digestiva de forma precoz para detectar la presencia de estas varices para instaurar, en caso de que estén presentes, un tratamiento preventivo lo antes posible. En caso de que no existan varices se recomienda realizar controles endoscópicos cada 2-3 años.

La colangiopatía portal es otra complicación de la cavernomatosis portal que consiste en el desarrollo de estrecheces y dilataciones de la vía biliar causadas por la compresión de la misma por los vasos dilatados y tortuosos que constituyen el cavernoma portal. Estas alteraciones morfológicas son frecuentes, sin embargo pocas veces dan lugar a la aparición de síntomas: como la ictericia obstructiva (obstrucción de la salida de la bilis).

Para el diagnóstico de la TVP, de su extensión y sus complicaciones, es necesario realizar diferentes pruebas como la ecografía Doppler, angio-TAC o angio-resonancia magnética y la endoscopia.

TRATAMIENTO

Para el tratamiento de la TVP su médico puede plantearle la necesidad de recibir fármacos anticoagulantes (heparina o anticoagulantes orales) para disminuir la capacidad de su sangre de formar coágulos. El objetivo de este tratamiento en la TVP aguda es intentar lograr que la vena se vuelva otra vez permeable y evitar así que evolucione a cavernomatosis portal y que el paciente desarrolle complicaciones futuras de la hipertensión portal. En estos casos el tratamiento anticoagulante debe iniciarse lo más precozmente posible. Es recomendable mantener la anticoagulación durante un mínimo de 6 meses y en caso de que exista una enfermedad procoagulante subyacente debe mantenerse de por vida. En caso de que usted haya sido diagnosticado en la fase de cavernomatosis portal, la anticoagulación solo se recomienda si existe la presencia de una enfermedad sanguínea que favorezca la trombosis o si hay datos claros de que su trombosis está progresando.

En caso de que existan varices en el esófago con riesgo de romperse y provocar una hemorragia debe iniciarse un tratamiento para prevenirla: con fármacos como el propranolol o nadolol que disminuyen el riesgo de sangrado, o con tratamiento endoscópico mediante la aplicación de gomas elásticas sobre las varices que, en varias sesiones separadas durante algunas semanas, hace que estas desaparezcan. Estos tratamientos, habitualmente en combinación, son los que también se utilizan para evitar un nuevo sangrado en caso de que este ya se haya producido. Si presenta un episodio de hemorragia digestiva (heces de color negro, vómitos con sangre roja o sangre oscura en "posos de café") debe acudir urgentemente a su hospital más cercano para que se le realice el tratamiento correcto. El tratamiento de la colangiopatía portal se reserva únicamente para aquellos casos en los que existan síntomas y debe efectuarse en centros de experiencia.

Los pacientes con TVP no asociada a cirrosis tienen un buen pronóstico. La mortalidad es debida principalmente a las enfermedades asociadas de la sangre más que a las complicaciones de la hipertensión portal. Sin embargo, en los pacientes con cirrosis es más frecuente detectar TVP cuanto más grave está el paciente.

Susana Seijo y Juan Carlos García-Pagán

Laboratorio de Hemodinámica Hepática. Servicio de Hepatología.
Institut de Malalties Digestives i Metabòliques Hospital Clinic.
IDIBAPS, CIBERehd. Barcelona

