

## IMAGEN TROMBOSIS DE LA VENA PORTA

Paciente femenino portadora de cirrosis hepática Child-Pugh C, hipertensión portal, hemorragia gastrointestinal alta secundaria a varices esofágicas e ingresa a la Unidad de Terapia Intensiva por choque hipovolémico grado II y lesión renal aguda RIFLE Risk, durante su estancia se realizó ultrasonido (US) de tórax y abdomen como parte de su valoración integral, identificando trombosis de la vena porta (TVP). La TVP es una obstrucción parcial o completa del flujo sanguíneo en la vena porta, secundario a la presencia de un trombo en el lumen del vaso.<sup>1</sup>

Existen factores predisponentes, como la hipercoagulabilidad, alteraciones estructurales de la vena porta (estenosis o la atresia),<sup>2</sup> la cirrosis hepática en pacientes compensados se presenta TVP en un 0.6 a 16% y en enfermedad avanzada se presenta hasta en 35% de los enfermos.<sup>3</sup> En la Figura 1 se analizan las causas más frecuentes.

Por su presentación se divide en aguda y crónica.

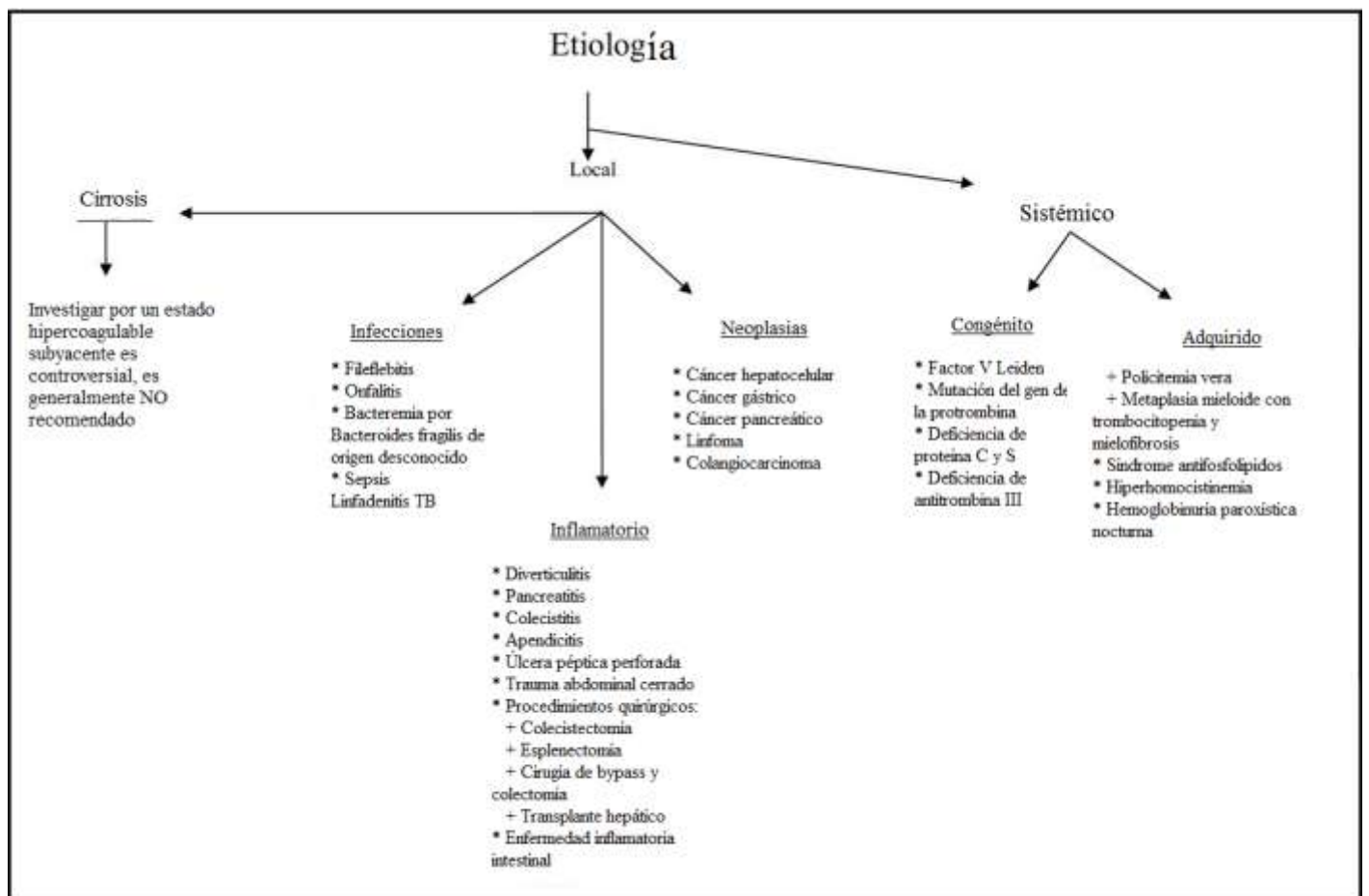
1. Aguda: Se manifiesta con dolor abdominal, fiebre y náusea.
2. Crónica: Se caracteriza por la formación de numerosas venas colaterales alrededor de la zona trombosada hacia la porción distal de la vena cava, siendo referido este proceso como cavernoma portal. Es común que los pacientes presenten datos de hipertensión portal incluyendo varices esofágicas, ascitis e hiperesplenismo.<sup>3</sup>

El diagnóstico se realiza de manera incidental y se considera al Ultrasonido (US) como el método diagnóstico de elección: sensibilidad y especificidad del 60% al 100% y el US endoscópico con sensibilidad de 81% y especificidad de 93%. La imagen ultrasonográfica característica en TVP es la presencia de material sólido hiperecótico dentro de la vena porta, la cual está distendida y se pueden identificar vasos colaterales y/o un cavernoma y la obstrucción puede ser parcial o completa.

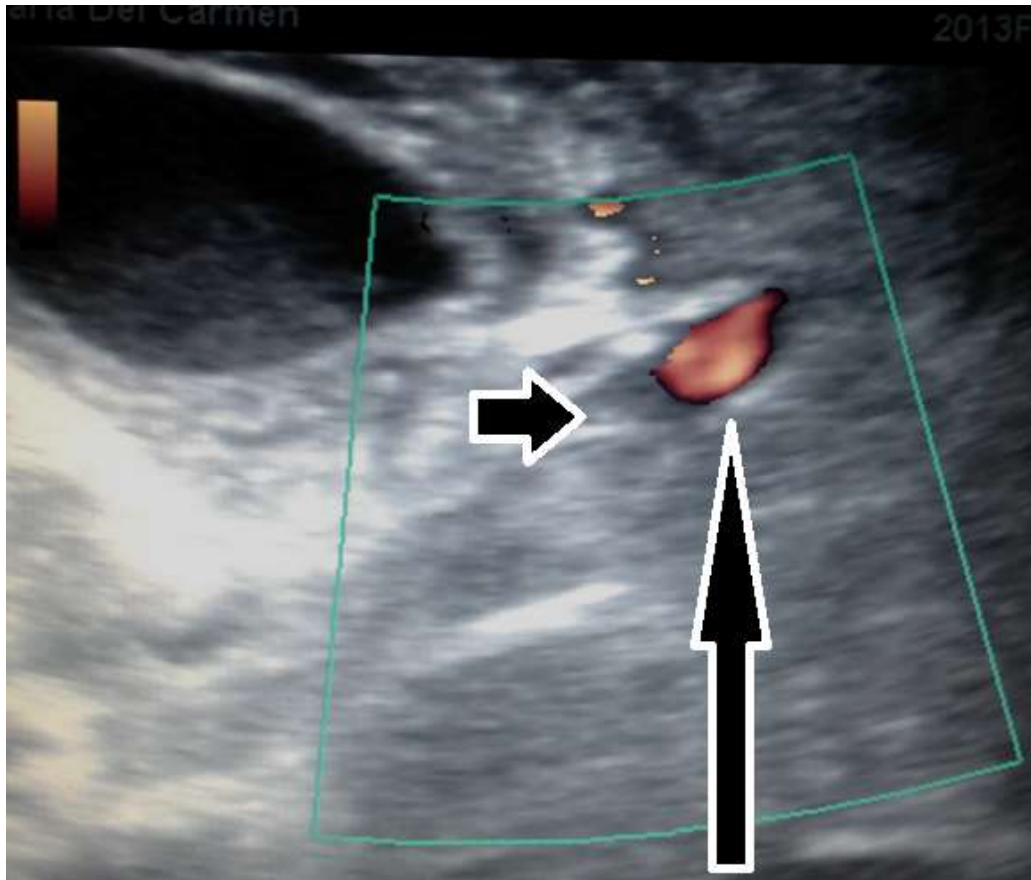
Para realizar el diagnóstico de TVP el estudio de elección es el US ya que se considera efectivo, costo-efectivo, se puede realizar a la cabecera del paciente pero operador dependiente.<sup>3</sup> Otros estudios como la tomografía computada y la resonancia magnética son útiles para determinar la extensión hacia la circulación mesentérica y obtener datos adicionales.<sup>4</sup> **Fig. 2.**

Las pruebas de funcionamiento hepático se encuentran dentro de parámetros normales, si no existiera enfermedad hepática previa; los niveles de protrombina y otros factores de la coagulación pueden estar disminuidos, con Dímero D usualmente elevado.<sup>4</sup>

En el tratamiento de la TVP, es importante la determinación de la causa subyacente, algunos autores refieren que no hay evidencia que soporte el uso crónico de anticoagulantes en la TVP aguda o crónica sintomáticas o asintomáticas.<sup>5</sup> Los factores que indican el uso de la terapia anticoagulante incluyen trombosis extensa aguda, la progresión de la trombosis en estudios de seguimiento y que el paciente esté recibiendo quimioterapia.<sup>6</sup>



**Figura 1.** Etiología de Trombosis de la Vena Porta. Adaptado de Parikh S, Shah R, Prashant K. Portal vein thrombosis. Am J Med 2010; 123: 111-119



**Figura 2.** Trombosis de la Vena Porta. Se observa una imagen obtenida con US Doppler color, en donde se identifica el sitio de obstrucción del flujo secundario a la presencia de un trombo (flecha corta) en la vena porta (flecha larga).

**1. Ponziani F, Zocco M, Camapanale C, Rinninella E, Tortora A, et al.** Portal vein thrombosis: Insight into physiopathology, diagnosis and treatment. *World J Gastroenterol* 2010; 16: 143-155.

**2 Wang JT, Zhao HY, Liu YL.** Portal vein thrombosis. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2005; 4: 515-518

**3 Parikh S, Shah R, Prashant K.** Portal vein thrombosis. *Am J Med* 2010; 123: 111-119

**4 Webster G, Burroughs A, Riordan S.** Review article: portal vein thrombosis – new insights into aetiology and management. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 21: 1-19

**5 Yang Z, Costa K, Novelli E, Smith R.** *Clin Appl Thromb Hemost. Venous Thromboembolism in Cirrhosis* 2012; 00: 1-10

**6 Clive E, Akl A, Comerota P, Bounameaux H, Goldhaber S, et al.** Antithrombotic Therapy for VTE Disease 9<sup>th</sup> ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Guidelines. *CHEST* 2012; 141: 419-494