

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Sección coordinada por:

V.F. Moreira, E. Garrido

Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal

Anticoagulación de la trombosis venosa portal en la cirrosis

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 y del bazo y aporta nutrientes al hígado. La trombosis de la vena porta (oclusión de la vena por un trombo o coágulo) puede ocurrir tanto en pacientes que tienen una enfermedad hepática previa, como la cirrosis, o en personas con un hígado normal. La trombosis de la vena porta (TVP) es un evento relativamente frecuente en la cirrosis, pudiendo aparecer en el 10-25 % de los pacientes. La TVP es más frecuente en aquellos pacientes que tienen una enfermedad hepática más avanzada (p. ej. aquellos pacientes que necesitan un trasplante hepático). La TVP puede extenderse también a las otras venas abdominales con las que la vena porta está conectada (la vena esplénica, la vena mesentérica superior o la vena mesentérica inferior).

El desarrollo de TVP puede dar lugar a síntomas como dolor abdominal o fiebre, pero en general la TVP en los pacientes con cirrosis no suele dar síntomas y en la mayoría de las ocasiones suele detectarse durante la realización de una ecografía de rutina. La ecografía es la técnica de imagen inicial para evaluar la permeabilidad de la vena porta, aunque normalmente es necesario realizar otra prueba de imagen, como el TAC o la RMN, para conocer mejor la extensión de la trombosis.

En la actualidad no existen guías clínicas sobre el tratamiento de la TVP en la cirrosis y como consecuencia de ello se han empleado diferentes estrategias, de menos a más intervencionistas: a) no dar tratamiento alguno y hacer un seguimiento estrecho de la TVP; b) iniciar tratamiento con anticoagulantes; o c) realizar una derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS). La decisión de si un paciente con cirrosis y TVP se debe tratar, de cuándo se debe tratar y cuál es el mejor tratamiento, debe ser individualizada y se necesitarán evaluar varios factores antes de tomar la decisión. En algunos casos la TVP, especialmente si es parcial y afecta a un pequeño segmento del árbol portal, puede resolverse de forma espontánea y por ello no requerir tratamiento. Esta actitud se ve reforzada por el hecho de que además no está claramente demostrado que las TVP asintomáticas y poco extensas tengan un impacto negativo sobre la cirrosis. Nuestra recomendación en estos casos de TVP parciales y poco extensas sería realizar un seguimiento estrecho de su trombosis mediante ecografía abdominal y/o TAC/RMN con el fin de detectar si la trombosis progresa (se va haciendo más grade) y en este caso replantearse la necesidad de iniciar tratamiento.

Por otro lado algunos estudios han asociado la TVP con una peor función hepática: más frecuentes descompensaciones de la hipertensión portal, como por ejemplo acúmulo de líquido en el abdomen (ascitis) o hemorragia digestiva por rotura de varices del esófago o del estómago (venas dilatadas en el esófago y estómago) y un mayor riesgo de que aparezcan complicaciones durante y tras el trasplante hepático, en especial si la trombosis es extensa. En algunos casos, si la trombosis afecta a otras venas del sistema venoso portal como la vena mesentérica superior puede hacer que el trasplante no sea técnicamente posible.

No existen unas indicaciones firmes de qué pacientes deben recibir anticoagulación, pero generalmente se acepta que deben ser tratados aquellos pacientes con una trombosis portal extensa, o que la trombosis progresa en el tiempo, que tengan una enfermedad de la sangre que favorezca la formación de trombos y/o que sean candidatos a trasplante hepático en un futuro o estén en lista de espera de trasplante hepático.

En aquellos casos de TVP en los que se considera necesario el tratamiento, la anticoagulación suele ser la primera opción. Los fármacos anticoagulantes tienen como objetivo intentar lograr que la vena se vuelva otra vez permeable

y a su vez disminuir la capacidad de la sangre de formar nuevos coágulos que se extiendan a otras venas hasta entonces permeables. Los fármacos anticoagulantes utilizados son las heparinas que se administran mediante inyección subcutánea, o los anticoagulantes orales (como el Sintrom®).

La anticoagulación logra mejorar la trombosis de la vena o su reperfusión completa entre el 30 % y el 75 % de los casos. No está definido cuál debe ser la duración óptima de la anticoagulación, pero se recomienda que sea de un mínimo de 6 meses. En el caso de que exista una buena respuesta a la anticoagulación y no haya complicaciones hemorrágicas, el tratamiento puede ser más largo (un año, o hasta el trasplante hepático si está usted en lista de espera, o indefinido si tiene alguna enfermedad de la sangre que favorezca el desarrollo de trombosis). También hay que tener en cuenta que hasta un tercio de los pacientes puede desarrollar trombosis de nuevo tras parar el tratamiento con anticoagulantes, por lo que una vez suspendido deben realizarse ecografías de seguimiento con el fin de detectar si la trombosis aparece de nuevo. En esos casos deberá evaluarse la necesidad de reiniciar tratamiento anticoagulante de nuevo.

Debe saber que al tomar anticoagulantes existe un riesgo, aunque bajo, de tener complicaciones hemorrágicas. Es recomendable que antes de empezar el tratamiento con anticoagulación se realice una endoscopia digestiva para detectar la presencia de varices en el esófago o en el estómago. En caso de que existan esas varices, y estas tengan riesgo de romperse y provocar una hemorragia, debe iniciarse un tratamiento para prevenirla: con fármacos como el propranolol, nadolol o carvedilol que disminuyen la presión de las varices y por tanto 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. 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 TIPS es un tratamiento más invasivo que se reserva para casos en los que la trombosis no responde a la anticoagulación o para pacientes con TVP y que además tienen complicaciones graves de la hipertensión portal como, por ejemplo, hemorragia por rotura de varices del esófago o el estómago o ascitis (acúmulo de líquido en el abdomen) que no responde al tratamiento convencional.

En resumen, en pacientes con cirrosis la TVP es más frecuente cuanto más grave es la enfermedad hepática y si la trombosis es extensa puede producir un aumento de las complicaciones y una peor supervivencia en el postrasplante hepático. La decisión final de iniciar o no el tratamiento se basa en la extensión o la evidencia de progresión de la trombosis, o si el paciente está en lista de espera de trasplante o puede ser un potencial candidato al mismo en el futuro. La anticoagulación tiene una aceptable eficacia con una tasa relativamente baja de complicaciones. Antes de comenzar la anticoagulación recomendamos iniciar tratamiento profiláctico adecuado para las varices esofágicas o gástricas de alto riesgo de sangrado.

Susana Seijo¹ y Juan Carlos García-Pagan²

¹Institute of Liver Studies. King's College Hospital, National Health Service Foundation Trust. London, United Kingdom. ²Laboratorio de Hemodinámica Hepática, Liver Unit. Hospital Clínic. IDIBAPS (Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer), CIBERehd (Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas)

