

Trombosis de la vena cava inferior: una complicación excepcional tras la esplenectomía laparoscópica

Thrombosis of the inferior vena cava: a rare complication after laparoscopic splenectomy

El abordaje laparoscópico se ha convertido en la técnica de elección para la esplenectomía electiva por hemopatías benignas y malignas. Las complicaciones postoperatorias tras la esplenectomía laparoscópica (EL) son poco frecuentes, principalmente de tipo séptico o hemorrágico. La incidencia de complicaciones trombóticas se observa hasta en el 10% de los pacientes en estudios retrospectivos y metaanálisis. El segmento afecto más frecuente corresponde al eje venoso portomesentérico, y algunos estudios prospectivos refieren una incidencia de hasta el 50%. Sin embargo, la trombosis venosa profunda de las extremidades es menos frecuente y la trombosis de la vena cava inferior es excepcional.

Presentamos el caso de una paciente de 23 años con historia de púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) de 1 año de evolución y antecedentes de tabaquismo, colecistectomía por coledocitis y consumo de anticonceptivos orales.

El tratamiento se inició con corticoides a dosis altas. La respuesta transitoria a varias tandas de corticoterapia y la necesidad de administración de inmunoglobulinas intravenosas por trombocitopenia extrema llevaron a catalogar el caso como refractario a tratamiento médico, motivo por el cual se planteó el tratamiento quirúrgico. Se realizó una esplenectomía laparoscópica con la paciente colocada en decúbito lateral derecho, sin incidencias. La evolución fue correcta y la paciente fue dada de alta en el tercer día postoperatorio. En el sexto día postoperatorio la paciente acudió a urgencias por dolor epigástrico acompañado de febrícula y leucocitosis, por lo que se practicó una tomografía computarizada (TC) abdominal urgente, que evidenció una trombosis de la vena ilíaca común derecha y de la vena cava intrahepática hasta la confluencia de las venas suprahepáticas (fig. 1). No se observaron signos de trombosis a nivel del eje portomesentérico. Se inició tratamiento con heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas ajustadas por peso (bemiparina, 5.000 UI). La batería de pruebas de coagulación demostró una mutación del factor V de Leiden presente en forma heterocigota que, añadida a los antecedentes de riesgo trombótico (tabaquismo y toma de anticonceptivos), podría explicar la aparición de esta complicación posquirúrgica en el caso de una hemopatía exenta de carácter procoagulante (PTI)^{2,3}. La paciente fue dada de alta a los 7 días ante la evolución clínica favorable y la disminución de la trombosis en la TC de control, con tratamiento anticoagulante oral a largo plazo.

Las complicaciones trombóticas tras una esplenectomía son potencialmente letales. Mientras que la incidencia en localización portomesentérica varía entre el 0,7 y el 14%, llegando hasta el 80% en los pacientes con factores de riesgo, la trombosis venosa profunda periférica y la de vena cava se consideran excepcionales⁴.

Las posibles explicaciones patogénicas de las complicaciones trombóticas tras la EL incluyen^{4,5}:

1. El estado de hipercoagulación postoperatorio asociado con las hemopatías malignas, las anemias hemolíticas y la púrpura trombótica trombocitopénica.
2. La esplenomegalia, que se asocia con un mayor diámetro de la vena esplénica y de su muñón tras la resección, lo que favorece la formación de trombos y las complicaciones embólicas (se ha evidenciado una correlación directa entre las dimensiones esplénicas y la incidencia de trombosis portal).
3. Los detalles técnicos de la intervención: ligadura precoz de la arteria esplénica, la utilización de dispositivos de sutura vascular mecánica, la ligadura proximal o distal de la vena esplénica.
4. Las alteraciones hemodinámicas durante las intervenciones laparoscópicas relacionadas con la posición y con el neumoperitoneo. Sin embargo, estos aspectos fisiopatológicos están especialmente relacionados con la trombosis portal. En relación con la trombosis de la vena cava, se permitiría especular que, además de los factores relacionados con el abordaje laparoscópico (neumoperitoneo) y los aspectos específicos de la paciente (mutación del factor V de Leiden, tabaquismo, anticonceptivos), existe otro factor añadido, la posición de decúbito lateral derecho con flexión lumbar exagerada (posición utilizada para la EL), que podría haber favorecido la estasis venosa en el territorio de la vena cava inferior.

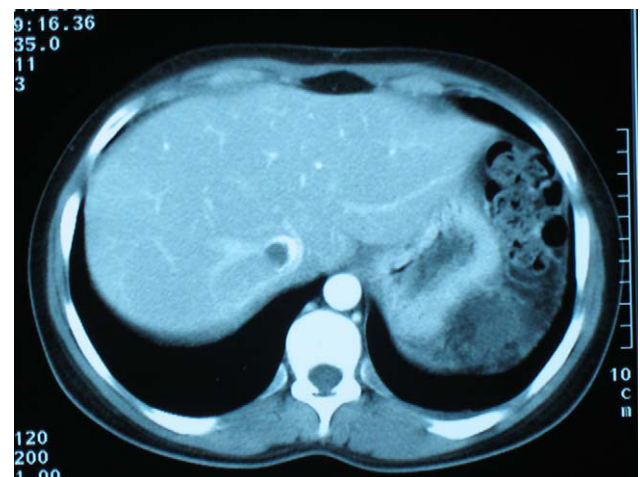


Figura 1 - Corte tomográfico con imagen de trombosis incompleta de vena cava inferior.

La presencia del factor V de Leiden es la condición trombofílica genética más conocida actualmente. Se relaciona con un riesgo trombótico 7 veces mayor en los pacientes heterocigotos⁶. Además, en mujeres, la presencia de este factor relacionada con la toma de anticonceptivos orales induce un aumento del riesgo trombótico basal de hasta 5 veces⁷.

El diagnóstico de estas complicaciones estriba en una sospecha clínica ante cualquier paciente con una evolución atípica tras la EL, la TC y la ultrasonografía Doppler color. Si en el caso de una trombosis sistémica el tratamiento anticoagulante es indudable, en la trombosis portomesentérica no hay consenso, puesto que la terapia depende más de la ubicación y la extensión del trombo. La profilaxis antitrombótica también es un tema controvertido, y no hay consenso en cuanto a la indicación clínica, la pauta o la duración de administración¹.

Este caso ilustra que las complicaciones trombóticas tras la EL no sólo incluyen las extremidades y el territorio portal y que el manejo de estos pacientes supone una prudente valoración preoperatoria del riesgo trombótico, un diagnóstico precoz basado en pruebas de imagen específicas ante un cuadro clínico sospechoso y un tratamiento anticoagulante precoz que habitualmente permite solventar el problema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mohren M, Markmann, Dworschak U, et al. Thromboembolic complications after splenectomy for hematologic diseases. *Am J Hematol*. 2004;76:143-7.
2. Cappellini MD, Grespi E, Cassinerio E, Bignamini D, Fiorelli G. Coagulation and splenectomy: an overview. *Ann N Y Acad Sci*. 2005;1054:317-24.
3. Habermalz B, Sauerland S, Decker G, Delaitre B, Gigot JF, Leandros E, et al. Laparoscopic splenectomy: the clinical practice guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES). *Surg Endosc*. 2008;22:821-48.
4. Svensson M, Wirén M, Kimby E, Häggglund H. Portal vein thrombosis is a common complication following splenectomy in patients with malignant haematological diseases. *Eur J Haematol*. 2006;77:203-9.
5. Targarona EM. Portal vein thrombosis after splenectomy: the size of the risk. *Surg Inn*. 2008;15:266-70.
6. Segers K, Dahlbäck B, Nicolaes GA. Coagulation factor V and thrombophilia: background and mechanisms. *Thromb Haemost*. 2007;98:530-42.
7. Gardner J. Factor V Leiden with deep vein thrombosis. *Clin Lab Sci*. 2003;16:6-9.

Sorin Mocanu, Eduardo M. Targarona*,
Carmen BalagueManuel Trias

Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: etargarona@santpau.es (E.M. Targarona).