



P-092 - TROMBOSIS MASIVA DEL SISTEMA VENOSO PORTAL TRAS CIRUGÍA DE LA OBESIDAD MÓRBIDA

Aparicio López, Daniel; Chóliz Ezquerro, Jorge; Cuadal Marzo, Javier; Bernad Ansó, Alba; Borlán Ansón, Sofía; Palomares Cano, Ana; Casamayor Franco, María Carmen; Dobón Rascón, Miguel Ángel

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Introducción: Con una incidencia entre el 0,13-1% según las series, la trombosis del sistema venoso portal (TSVP) supone una complicación potencialmente letal de la cirugía bariátrica. El objetivo del estudio conocer la incidencia de TSVP tras cirugía bariátrica en nuestra casuística.

Métodos: Para ello se realizó un estudio descriptivo observacional y retrospectiva entre abril de 2019 hasta diciembre de 2021.

Resultados: En el periodo de estudio se realizaron en nuestro centro 147 intervenciones de cirugía bariátrica: 83 gastrectomías verticales (56,5%) y 64 *bypass* gástrico (43,5%). Se registró durante el seguimiento posterior (19^º día posoperatorio) 1 caso de trombosis masiva del eje esplenoportal y vena mesentérica superior en paciente sometido a gastrectomía vertical, lo que representa el 0,68%. Se trató satisfactoriamente de manera conservadora (reposo digestivo, profilaxis antibiótica y anticoagulación con heparina no fraccionada a dosis terapéutica de 80 mg/12 h) pudiendo ser dado de alta con anticoagulación oral (acenocumarol) durante 6 meses.

Conclusiones: La TSVP puede presentarse de manera aguda (14 mmHg, etc. Se ha relacionado en mayor proporción con la gastrectomía vertical en comparación con el *bypass* gástrico o la banda gástrica. El empleo de un retractor hepático que puede producir congestión del hígado, la ligadura de los vasos de la curvatura mayor que aumenta el flujo venoso gástrico y esplénico, o posibles tracciones de la vena esplénica al liberar el epiplón mayor son algunas de las posibles causas que justifiquen esta diferencia entre procedimientos. No se ha demostrado un claro beneficio de la anticoagulación en la prevención de TSVP, pudiendo incrementar el riesgo de sangrado. Esquemas ampliados (1-4 semanas PO) podrían presentar una incidencia más baja en pacientes seleccionados con alto riesgo. Una vez diagnosticada y ante ausencia de inestabilidad hemodinámica o irritación peritoneal debe iniciarse terapia anticoagulante a dosis terapéutica que se prolongará durante 3-6 meses. La intervención quirúrgica debe reservarse para los casos de isquemia mesentérica aguda. A pesar de ser una complicación rara (< 1%) la presentación de TSVP tras cirugía bariátrica puede ser letal con tasas de mortalidad del 1,33%. Por todo ello la TVSP es una complicación infrecuente tras cirugía bariátrica pero potencialmente mortal por lo que es imprescindible un alto nivel de sospecha clínica para poder iniciar un tratamiento precozmente. El tipo de intervención realizada así como la experiencia del equipo quirúrgico pueden asociarse con el riesgo de desarrollar TSVP. El protocolo

de anticoagulación profiláctica extendida puede reducir su incidencia.