

Trombosis venosa portomesentérica tras complicación en paciente con bypass gástrico.

Ester Alonso Batanero, Ana Miguélez González, Marta Merayo Álvarez, Isabel Cifrián Canales, María Moreno Gijón, Jose Luis Rodicio Miravalles, Lourdes Sanz Álvarez

Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Correspondencia: estherab91@gmail.com.

Resumen:

La trombosis venosa portomesentérica (TVPM) es una complicación infrecuente pero potencialmente grave tras cirugía bariátrica. Presentamos el caso de una mujer de 41 años intervenida de un bypass gástrico en el año 2013, 4 años después y tras cuatro cirugías urgentes secundarias a una hernia interna es diagnosticada de TVPM. Como consecuencia de ello presentó una fistula intestinal con buena respuesta al tratamiento médico. La obesidad y la cirugía abdominal son causas bien conocidas de riesgo de trombosis venosa portal. La cirugía bariátrica incrementa este riesgo, siendo más frecuente en posoperatorios de gastrectomía tubular que de bypass gástrico. Con el incremento del número de pacientes con obesidad mórbida se prevé un aumento de las cirugías bariátricas por lo que resaltamos la importancia de la sospecha clínica de complicaciones como esta, dado que se presenta con una clínica indolente a pesar de su gravedad.

Palabras clave:

- Trombosis venosa portomesentérica
- Bypass gástrico
- Cirugía bariátrica
- Hernia interna

Portomesenteric vein thrombosis after complication in patient with gastric bypass.

ABSTRACT:

Portomesenteric vein thrombosis (PMVT) is an infrequent but potentially serious complication after bariatric surgery. We report the case of a 41-year-old woman undergoing a gastric bypass in 2013. 4 years later and after four urgent surgeries secondary to an internal hernia she is diagnosed with PMVT. As a consequence, she presented an intestinal fistula with good response to medical treatment. Obesity and abdominal surgery are well-known causes of risk of portal vein thrombosis. Bariatric surgery increases this risk, being more frequent in the postoperative period of tubular gastrectomy than gastric bypass. With the increase in the number of patients with morbid obesity a raise in bariatric surgeries is expected. Which is why we emphasize the importance of the clinical suspicion of complications such as this one, given that it manifests as an indolent clinical situation despite its seriousness.

Keywords:

- Portomesenteric Vein Thrombosis
- Gastric Bypass
- Bariatric surgery
- Internal hernia

Introducción

La cirugía bariátrica es el único tratamiento efectivo de la obesidad mórbida demostrado a largo plazo. Su eficacia es tanto en la pérdida de peso como en la mejora de la calidad de vida de los pacientes, la disminución del riesgo cardiovascular y de las complicaciones derivadas de la diabetes mellitus, la hipertensión arterial o el SAHOS (1).

La trombosis venosa portomesentérica es una complicación infrecuente pero potencialmente grave tras cirugía bariátrica, más asociada a la gastrectomía tubular que al bypass gástrico. La vena que más frecuentemente se encuentra afectada es la vena porta, aunque la trombosis

se puede extender a otros vasos gastrointestinales (2). Su diagnóstico requiere un alto grado de sospecha ya que no debuta con una clínica ni alteración analítica características. La tomografía computarizada (TC) abdomino-pélvica con contraste oral e intravenoso es la prueba más sensible y utilizada y la anticoagulación a dosis terapéuticas de 6 a 12 meses es el tratamiento de elección reservándose la cirugía en caso de complicaciones (3,4).

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 41 años que acude a urgencias de otro Centro en situación de shock

hemodinámico (TA 76/57 mmHg, FC 136 lpm) con dolor abdominal y vómitos. Como antecedentes en el año 2013 fue intervenida de cirugía bariátrica mediante un bypass gástrico con 50cm de asa biliopancreática (ABP), 150cm de asa alimentaria (AA), y resto asa común (AC) no medida pero mayor de un metro (IMC previo 42.9kg/m², IMC actual 21.8 kg/m²). Dados los signos de alerta se le realiza un TC abdominal que objetiva una isquemia intestinal en relación con posible hernia interna de Petersen. Es llevada a quirófano donde se le realiza una laparotomía urgente con el hallazgo de isquemia generalizada de intestino delgado secundaria a torsión completa de la raíz del mesenterio por lo que se realiza cirugía de control de daños. Se secciona el AA próxima al reservorio gástrico consiguiendo así reducir la hernia. Se deja el abdomen abierto y se coloca sistema de terapia de presión negativa (TPN). En una segunda intervención se observa que el ABP y el estómago excluido se encuentran a tensión, por lo que se realiza gastrostomía descompresiva mediante sonda de Pezzer; un segmento largo de íleon presenta signos de necrosis, se resecan 3 metros de AC a 30cm de la válvula ileocecal y se aboca a piel el AC (ileostomía) y el AA (yeyunostomía) que comunica con pie de asa. En una tercera intervención se rehace ileostomía por necrosis de la misma y se deriva a la paciente a nuestro Centro.

A su llegada a nuestro Centro la paciente presenta tres estomas (gastrostomía descompresiva, yeyunostomía e ileostomía) y el abdomen abierto con TPN. Se decide cirugía urgente. En quirófano se observa: estómago excluido con sonda de Pezzer; reservorio gástrico y 10cm de AA seccionada; yeyunostomía con 30cm de AA hasta pie de asa, 50cm de ABP y 160cm de AC abocados a piel (ileostomía); 30cm de íleon hasta válvula ileocecal que se continúan con un colon íntegro. Se decide realizar reconstrucción del tránsito revirtiendo el bypass: se retira la gastrostomía y se realiza anastomosis reservorio-gástrica laterolateral mecánica; resección de los 10cm de AA unidos al reservorio y de los 30cm de AA restantes hasta el pie de asa; anastomosis ileo-ileal laterolateral mecánica conectando extremo distal de AC con últimos centímetros de íleon hasta válvula ileocecal. Es necesario realizar esplenectomía por sangrado. Quedan 150cm de intestino delgado y se cierra el abdomen.

Al 7º día posoperatorio comienza con dolor epigástrico intenso. Se extrae analítica urgente: hemoglobina 10 g/dl, 25710 leucocitos (95.3% de neutrófilos), proteína C reactiva 13.3 mg/dl. Gasometría urgente: pH 7.42, láctico 1.6 mmol/L. Dados los hallazgos se realiza TC con contraste intravenoso que muestra trombosis de todo el eje portal (figura 1), incluyendo la porta intrahepática (figura 1) y que se extiende a la vena mesentérica superior (figura 2 y 3), identificando incluso trombos en ramas pélvicas con signos radiológicos de sufrimiento de asas yeyunales que presentan engrosamiento mural con edema submucoso. No se evidencia neumoperitoneo ni neumatosis por lo que se decide traslado a la UCI, tratamiento conservador y se instaura anticoagulación a dosis terapéuticas con enoxaparina sódica 60mg cada 12h.



Figura 1: Corte axial. Defecto de repleción completa en porta intrahepática que se encuentra dilatada.

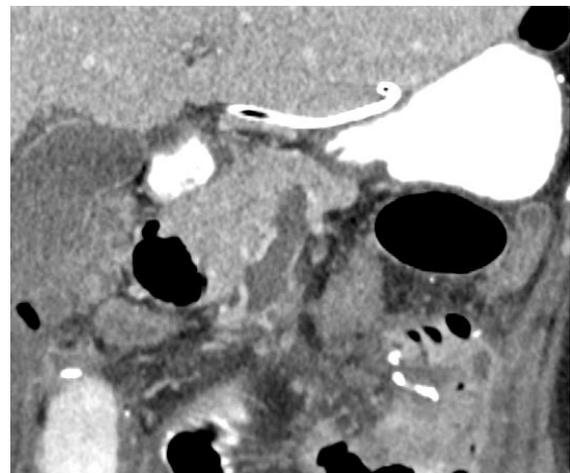


Figura 2: Corte coronal. Defecto de repleción de vena mesentérica superior con dilatación de la misma.



Figura 3: Corte sagital. Defecto de repleción de vena mesentérica superior con dilatación.

Al 10º día se constata fistula intestinal de bajo débito que presentó buena resolución tras tratamiento conservador. Finalmente, y tras un posoperatorio lento es alta tras 44

días de ingreso, con tratamiento anticoagulante domiciliario (bemiparina sódica 7500 UI cada 24h).

Discusión

LA TVPM es una complicación infrecuente pero potencialmente grave principalmente por el riesgo de isquemia intestinal y perforación. Se ha demostrado una mayor incidencia de TVPM en ciertos procedimientos laparoscópicos: esplenectomía, bypass gástrico, gastrectomía vertical, cruce duodenal, funduplicatura de Nissen, colecistectomía y colectomía (4). La TVPM está descrita como complicación en todos los procedimientos bariátricos. Con respecto a la gastrectomía vertical, el único estudio prospectivo realizado hasta la fecha demostró una incidencia del 1% (7). En cuanto al bypass gástrico los artículos publicados hasta el momento se limitan a describir casos aislados (3,4,6,8) o series de casos (7). No hemos encontrado en la literatura estudios que analicen la relación entre la TVPM y el bypass gástrico. Estos resultados podrían estar infravalorados ya que la TVPM no se presenta con unas manifestaciones ni clínicas ni analíticas características y su evolución puede ser indolente. El dolor abdominal agudo a nivel de epigastrio es la manifestación clínica más frecuente, en un 65.8% de los pacientes. Menos de un 30% presentan taquicardia, 21% fiebre o muestran leucocitosis en la analítica. Para su diagnóstico la prueba más sensible es el TC abdomino-pélvico con contraste oral e intravenoso. Un 4.6% presentan complicaciones mayores en el posoperatorio. Lo más importante en el manejo de la TVPM es la prevención de las complicaciones, tanto agudas como crónicas y su tratamiento cuando ya están establecidas. EL tratamiento de elección es la anticoagulación a dosis terapéuticas de 3 a 6 meses, aunque no existe consenso en el periodo de tiempo recomendado. La fisiopatología de la TVPM posoperatoria es multifactorial aunque está principalmente influenciada por factores de riesgo protrombóticos previos a la cirugía (9). En un 30% de los pacientes se demostró posteriormente una trombofilia hereditaria por lo que está recomendado un estudio de coagulación previo al inicio del tratamiento (7).

Conclusiones

LA TVPM tras cirugía bariátrica tiene una etiología multifactorial. La obesidad aumenta el riesgo de trombosis en relación con el estado pro-inflamatorio de estos pacientes. En nuestro caso, además, se añaden los propios de las complicaciones (torsión vascular, isquemia intestinal y esplenectomía). El diagnóstico de esta entidad requiere un alto grado de sospecha ya que no debuta con una clínica ni alteración analítica características (10). El TC abdomino-pélvico con contraste oral e intravenoso es la prueba más sensible para su diagnóstico (4). La anticoagulación a dosis terapéuticas es el tratamiento de

primera línea. La cirugía se reserva en caso de complicaciones. Con el aumento de la realización de cirugías bariátricas en nuestro entorno, es previsible que aumenten complicaciones como la descrita por lo que resaltamos la importancia de la sospecha clínica. Esto nos llevará a un diagnóstico temprano y a un tratamiento precoz que disminuya la morbimortalidad. Es posible que la aplicación estricta de un tratamiento de prevención de trombosis, y de un protocolo de movilización postoperatoria precoz, pueda disminuir el número de eventos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés.

Bibliografía

1. Sjostrom L, Lindroos AK, Peltonen M, et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med*. 2004 Dec 23;351(26):2683-93.
2. Shoar S, Saber AA, Rubenstein R, et al. Portomesenteric and splenic vein thrombosis (PMSVT) after bariatric surgery: a systematic review of 110 patients. *Surg Obes Relat Dis*. 2018 Jan;14(1):47-59
3. Swartz DE, Felix EL. Acute mesenteric venous thrombosis following laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *JLS*. 2004 Apr-Jun; 8(2): 165-169.
4. James AW, Rabl C, Westphalen AC, Fogarty PF, Posselt AM, Campos GM. Portomesenteric venous thrombosis after laparoscopic surgery: a systematic literature review. *Arch Surg*. 2009 Jun;144(6):520-6
5. Salinas J, Barros D, Salgado N, et al. Portomesenteric vein thrombosis after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Surg Endosc*. 2014 Apr;28(4):1083-9
6. Rabl MD, Smith MD, Campos MD. Alimentary limb mesenteric thrombosis after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis*. 2012 Mar-Apr;8(2):e17-9
7. Lakis MA, Pozzi A, Chamieh JS, Safadi BY. Portomesenteric vein thrombosis after laparoscopic sleeve gastrectomy and laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: a 36-case series. *Surg Endosc* (2016). 31, 1005-1011.
8. Denne JL, Kowalski C. Portal Vein Thrombosis after Laparoscopic Gastric Bypass. *Obes Surg*. 2005 Jun-Jul;15(6):886-9
9. Leebeek FW, Smalberg JH, Janssen HL. Prothrombotic disorders in abdominal vein thrombosis. *Neth J Med*. 2012 Nov;70(9):400-5.
10. Shaheen O, Siejka J, Thatigotla B, Pham DT. A systematic review of portomesenteric vein thrombosis after sleeve gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis*. 2017 Aug;13(8):1422-1431