



TROMBOSIS DE LA VENA PORTA INTRAHEPÁTICA EN EL PUERPERIO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Autores: Enrique Alejandro Matos Lastre, ¹ Milagro García Blanco, ² Ariel Sosa Remón. ³

¹ MsC, Especialista de primer y segundo grado en Medicina Intensiva y Emergencias, investigador agregado, profesor auxiliar, unidad de cuidados intensivos polivalentes Hospital Provincial Clínico Quirúrgica Docente Celia Sánchez Manduley, Manzanillo, Granma, Cuba.

² Especialista de primer grado en Imagenología. Profesor Instructor. Servicio de imagenología Provincial Clínico Quirúrgica Docente Celia Sánchez Manduley, Manzanillo, Granma, Cuba.

³ Especialista de primer y segundo grado en Medicina Intensiva y Emergencias, investigador y profesor auxiliar, Instituto de Oncología y Radiobiología. La Habana, Cuba.

e-mail: alejandromatos199@gmail.com

Resumen

La trombosis de la vena porta intrahepática es una complicación grave y poco frecuente en el puerperio, asociada a hipercoagulabilidad, cesáreas e infecciones. En Cuba, su diagnóstico y manejo enfrentan grandes desafíos debido a limitaciones de recursos. El objetivo de este artículo es analizar la evidencia reciente (2019–2024) sobre trombosis de la vena porta intrahepática en puérperas y presentar un caso cubano. Se realizó una revisión sistemática siguiendo la metodología PRISMA en PubMed, SciELO y Embase, y descripción de un caso clínico con consentimiento informado. Se incluyeron 9 estudios. Entre los factores clave se encontró la cesárea (68%), obesidad (24%). El caso en cuestión fue una paciente de 28 años con trombosis de la vena porta intrahepática postcesárea manejada exitosamente con anticoagulación. Se pudo concluir que la trombosis de la vena porta intrahepática requiere de un diagnóstico temprano mediante Doppler y anticoagulación inmediata.

Palabras clave: Trombosis portal, puerperio, anticoagulación.



INTRODUCCIÓN

El puerperio es un período de alto riesgo tromboembólico debido a cambios fisiológicos como el aumento del fibrinógeno, la disminución de proteínas anticoagulantes y la inmovilidad posquirúrgica en el caso de la cesárea. (1) La trombosis de la vena porta intrahepática (TVPI) es una manifestación poco común pero potencialmente mortal, con una incidencia estimada de 0.1–1.2 casos por cada 10,000 partos. (2) En nuestro país, donde el 35% de los partos son por cesárea, (3) esta condición adquiere gran importancia clínica y epidemiológica. Aunque la TVPI se ha asociado tradicionalmente a cirrosis o cáncer hepático, estudios recientes destacan su relación con factores obstétricos, como la cesárea, la obesidad y la trombofilia adquirida. (4) Sin embargo, su diagnóstico sigue siendo un reto debido a sus síntomas poco específicos como dolor abdominal o fiebre, que a menudo se confunden con pancreatitis aguda o endometritis. (5) En este contexto, la integración de evidencia actualizada y estrategias adaptadas a recursos limitados es clave para reducir la morbilidad y mortalidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática en las bases de datos: PubMed, SciELO, Embase y LILACS, en el periodo comprendido entre 2019–2024. Se utilizaron los siguientes términos de búsqueda: ("intrahepatic portal vein thrombosis" OR "PVT") AND ("postpartum" OR "puerperium") AND ("risk factors" OR "anticoagulation").

Criterios de inclusión: Estudios observacionales, casos clínicos y guías clínicas en humanos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 28 años, con antecedentes obstétricos de 4 gestaciones (2 partos y 2 abortos inducidos). En su primer parto, se realizó cesárea a las 35.5 semanas por trabajo de parto sin progresión de dilatación. En la gestación actual, cursó con trabajo de parto espontáneo a las 38 semanas, requiriendo cesárea de urgencia. El acto quirúrgico transcurrió sin complicaciones, y fue trasladada a sala de puerperio.



Cuadro clínico:

A las 48 horas posparto, la paciente comenzó a presentar dolor en epigastrio, intenso de inicio súbito, en "barra", con irradiación hacia la región dorsal, refractario a dipirona (1 g intravenoso). Fue evaluada por los miembros de la comisión de casos graves del servicio de cirugía general, sospechando inicialmente colecistitis aguda o pancreatitis aguda, por lo que se trasladó a la unidad de terapia intensiva para vigilancia estrecha.

Estudios complementarios:

Ecografía abdominal: Evidenció aumento de la ecogenicidad pancreática (sugestivo de pancreatitis aguda leve) y la presencia de un trombo intrahepático en la vena porta, con inversión del flujo hepático. Aunque se observaba flujo residual en el Doppler color, la ausencia de permeabilidad completa confirmó el diagnóstico de trombosis de la vena porta intrahepática no oclusiva. Figura 1.

No se realizó tomografía (TAC) contrastada debido a la presencia de evidencia ecográfica concluyente.

Otros complementarios:

Enzimas hepáticas: ASAT 12 U/L; ALAT 16 U/L

Conteo de plaquetas: 296×10^9

TPTa: 30 control, 157 paciente. (ya tratada con heparina no fraccionada).

30 control, 54 paciente (tratada con heparina fraccionada)

Manejo:

Se inició anticoagulación terapéutica con heparina de bajo peso molecular (HBPM) (enoxaparina 1 mg/kg cada 12 h, subcutánea), siguiendo protocolos institucionales.

Evolución: A los 5 días, se observaba mejoría clínica significativa: reducción del dolor, restablecimiento parcial del flujo portal en Doppler y disminución de la ecogenicidad pancreática. La paciente fue remitida a un centro terciario para seguimiento especializado y estudios de trombofilia.

Relevancia clínica:

Este caso destaca la detección temprana de TVPI en el puerperio, un escenario poco frecuente que suele diagnosticarse de forma tardía según reportes en la literatura. La sospecha clínica activa, respaldada por la ecografía Doppler, permitió un abordaje oportuno y evitó complicaciones como isquemia hepática o hipertensión portal. Además, subraya la importancia de considerar la TVPI en el



diagnóstico diferencial del dolor abdominal poscesárea, incluso en ausencia de factores de riesgo tradicionales.

Revisión de la Literatura.

Entre los factores de riesgo más relevantes citados en la literatura se encuentra la cesárea, esta aumenta el riesgo de TVPI 3.5 veces frente al parto vaginal (OR: 3.5; IC95%: 1.8–6.2). En mujeres obesas el riesgo se eleva al 12%. (4) se invoca también como importante desencadenante el estado de hipercoagulabilidad posparto, que puede persistir hasta 6 semanas, con niveles elevados de dímero D (>2,000 ng/mL). (1) La puérpera también por diversos mecanismos fisiopatológicos es propensa a las infecciones. La endometritis y la sepsis puerperal aumentan la producción de citocinas proinflamatorias, favoreciendo la trombogénesis. (6)

El diagnóstico de esta entidad nosológica se basa en una fuerte sospecha clínica y un ojo experto en las determinaciones imagenológicas. Los elementos clínicos más relevantes comprenden el dolor abdominal (90%), ascitis (35%), fiebre (25%). (5) La ultrasonografía en manos expertas y dentro de ella la ecografía Doppler tiene una sensibilidad del 85% para detectar trombos intrahepáticos. (7) La tomografía abdominal con contraste confirma la extensión del trombo y descarta infarto intestinal. (8)

El tratamiento tiene como pilares la anticoagulación, para ello se utiliza la heparina de bajo peso molecular (HBPM): Enoxaparina 1 mg/kg/12 h, con recanalización en el 80% de los casos. (1) En casos severos (trombosis masivas) está indicada la trombólisis, siempre según el beneficio esperado, teniendo en cuentas el alto riesgo de sangrado después de una cesárea. Su éxito se sitúa entre el 60–70%. (9) El seguimiento se realiza con ecografía Doppler semanal para evaluar recanalización. (10)

CONCLUSIÓN

La TVPI en el puerperio es una emergencia médica que demanda alta sospecha clínica y acceso a imagenología. En Cuba, la combinación de Doppler, angiotomografía y uso de heparinas de bajo peso molecular han demostrado ser efectivas.



BIBLIOGRAFÍA

1. Blondon M, Skeith L. Preventing Postpartum Venous Thromboembolism in 2022: A Narrative Review [Internet]. Front Cardiovasc Med. 2022 [citado 2 mar 2025];9:886416. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fcvm.2022.886416>
2. Zhou ZH, Chen Y, Zhao BH, Jiang Y, Luo Q. Early Postpartum Venous Thromboembolism: Risk Factors and Predictive Index [Internet]. Clin Appl Thromb Hemost. 2019 [citado 2 mar 2025];25:1076029618818777. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1076029618818777>
3. Anuario Estadístico de Salud. Cuba 2023 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2023 [citado 2 mar 2025]. Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/iccc/2024/10/03/anuario-estadistico-de-salud-cuba-2023/>
4. Fatokun TB, Swartz SE, Ebeid A, et al. Venous Thromboembolism Risk Factors in Women With Obesity Who Undergo Cesarean Delivery [Internet]. Clin Appl Thromb Hemost. 2024 [citado 2 mar 2025];30:10760296241247203. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/10760296241247203>
5. Kumar-M P, Singh AK, Samanta J, et al. Acute pancreatitis in pregnancy and its impact on the maternal and foetal outcomes: A systematic review [Internet]. Pancreatology. 2022 [citado 2 mar 2025];22(2):210-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pan.2021.12.007>
6. Goecke T, Voigt F, Rath W. Thromboprophylaxis following cesarean section – a nation-wide survey from Germany [Internet]. J Matern Fetal Neonatal Med. 2020 [citado 2 mar 2025];33(24):4141-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1550064>
7. Margini C, Berzigotti A. Portal vein thrombosis: The role of imaging in the clinical setting [Internet]. Dig Liver Dis. 2017 [citado 2 mar 2025];49(2):113-20. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.dld.2016.10.016>
8. Marra P, Dulcetta L, Carbone FS, et al. The Role of Imaging in Portal Vein Thrombosis [Internet]. Diagnostics (Basel). 2022 [citado 2 mar 2025];12(11):2628. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/diagnostics12112628>
9. Frank AK, Samuelson Bannow B. Venous thromboembolism in pregnancy and postpartum: an illustrated review [Internet]. Res Pract Thromb Haemost. 2024 [citado 2 mar 2025];8(4):102446. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rpth.2024.102446>

10. Cheng Q, Tree K. Systematic Review of Thrombolysis Therapy in the Management of Non-Cirrhosis-Related Portal Vein Thrombosis [Internet]. J Gastrointest Surg. 2021 [citado 2 mar 2025];25(6):1579-90. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11605-020-04898-8>

Anexos.

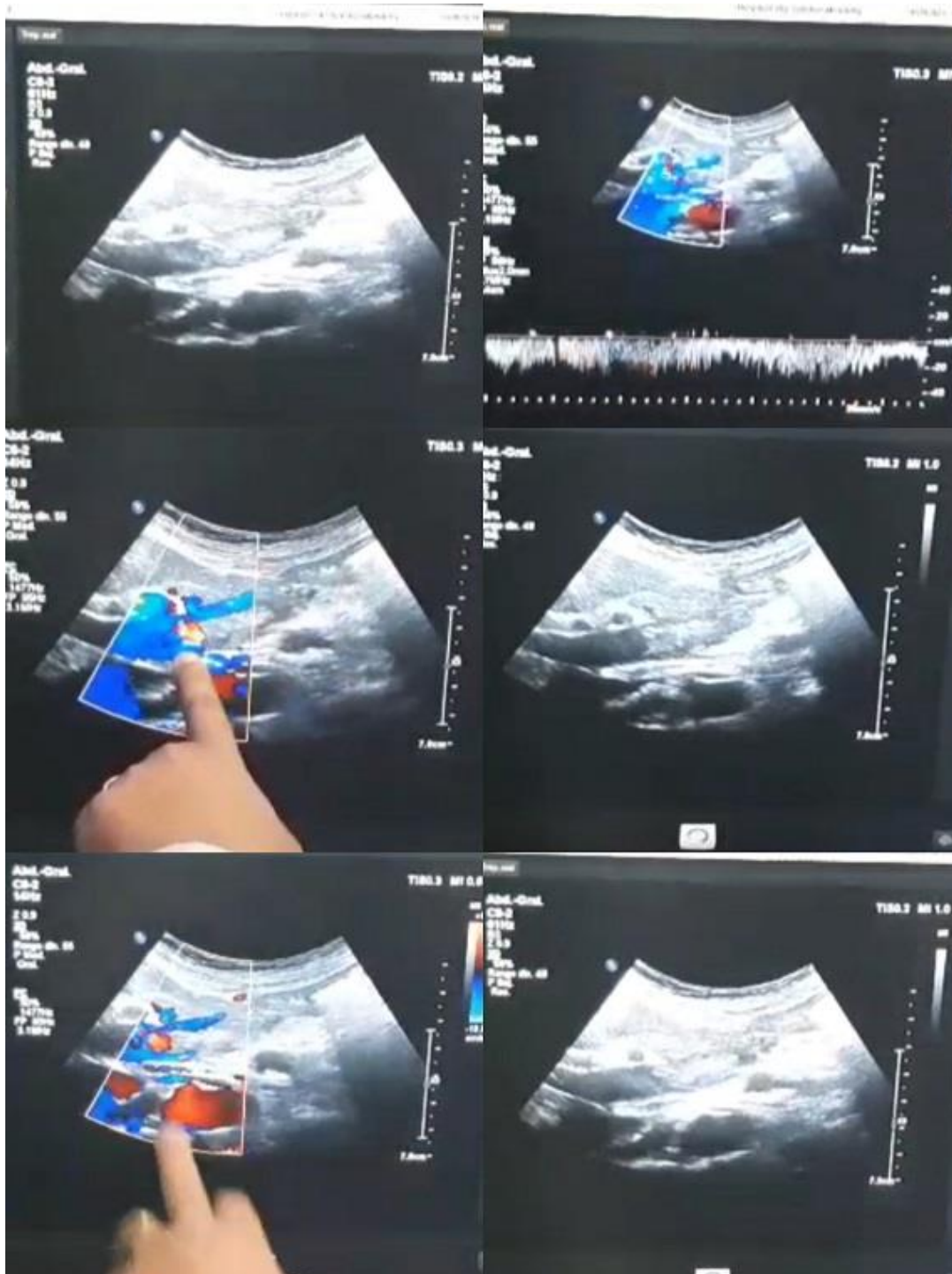


Figura 1. Nótese la presencia del trombo y la inversión del flujo hepático.



**Cuarto Congreso de
Ciencias Básicas Biomédicas en Granma.
Manzanillo.**



Los autores certifican la autenticidad de la autoría declarada, así como la originalidad del texto.