



308 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MANEJO TERAPÉUTICO, DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TROMBOSIS ESPLÁCNICA (PORTAL, ESPLÉNICA, MESENTÉRICA, Y SUPRAHEPÁTICAS) A LO LARGO DE 9 AÑOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SEGUNDO NIVEL (2015-2024)

Inés Jiménez Viseu Pinheiro¹, Andrea Pérez Rodríguez¹, Javier García Álvarez¹, Silvia Álvarez Kailis¹, Marta Rueda Herrera¹, María Fátima Delgado Vallejos¹, Priscilla María Lomba Escobar¹ y Fernando Neria Serrano²

¹Medicina Interna, Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles, España. ²Unidad de Apoyo a la Investigación, Universidad Francisco de Vitoria, Pozuelo de Alarcón, España.

Resumen

Objetivos: Describir los factores de riesgo asociados a la trombosis del eje espleno-porto-mesentérico, clasificar tipos de trombosis y describir manejo y evolución a largo plazo en un hospital terciario.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en un hospital universitario de segundo nivel (2015-2024). Se incluyeron 16 pacientes (17 episodios) con diagnóstico de trombosis esplácnica (portal, mesentérica, esplénica y/o suprahepática) como motivo principal de ingreso. Se recogieron variables sociodemográficas, tipo de trombosis, factores de riesgo transitorios y persistentes, trombofilias, tipo y duración anticoagulación, hemorragias, retirada del tratamiento y mortalidad. Se definió la trombosis como primaria si fue el motivo principal de ingreso. Variables cualitativas se expresan como frecuencias y cuantitativas como media \pm desviación estándar.

Resultados: Edad media de $62,4 \pm 20,3$ años; 68,8% hombres. La trombosis portal fue la más frecuente (70,6%), seguida por la mesentérica (64,7%), esplénica (23,5%) y suprahepática (5,9%). El 58,8% tenían antecedentes de riesgo conocidos, y el 23,5% factores transitorios (cirugía reciente, tratamiento hormonal o mutación JAK2 V617F). El tratamiento inicial predominante fue HBPM (73,3 %), sin uso de anticoagulantes directos (ACOD). En mantenimiento, el 54,5% recibió AVK, el 27,3 % HBPM, el 9,1% AAS y el 9,1% fondaparinux. El 58,8 % recibió tratamiento indefinido y el 11,8% < 6 meses. Dos pacientes (11,8%) presentaron hemorragias digestivas, una antes y otra durante anticoagulación; solo un caso requirió suspensión del tratamiento. La mortalidad global fue del 41,2%, siendo en los primeros tres meses el 57,1%. Entre los *exitus*, el 42,9% se atribuyó a la trombosis, otro 42,9% a causas secundarias relacionadas, y el 14,3% a otras causas. El índice de comorbilidad de Charlson fue significativamente mayor entre los fallecidos ($p < 0,05$).

Discusión: Los hallazgos muestran una alta prevalencia de trombosis portal y mortalidad precoz significativa, a pesar de un alto porcentaje de tratamientos anticoagulantes indefinidos. Resulta llamativa la ausencia total de uso de anticoagulantes orales directos (ACOD), pese a las evidencias recientes que avalan su seguridad y eficacia en este contexto. El índice de comorbilidad de Charlson se asoció significativamente con la mortalidad, lo que reafirma su utilidad clínica para la estratificación del riesgo en estos pacientes. La elevada heterogeneidad clínica y pronóstica, junto con limitaciones en el manejo terapéutico, indican la necesidad de

una mayor estandarización. La alta mortalidad precoz, frecuentemente relacionada directamente con la trombosis, resalta la importancia de un diagnóstico temprano y un abordaje terapéutico más sistemático. Dada la escasez de series amplias, este trabajo enfatiza la necesidad de ampliar el número de casos permitiendo una visión más completa de su frecuencia real y valorar el uso de ACOD para optimizar el manejo y mejorar el pronóstico.

Conclusiones: En la cohorte estudiada, la trombosis esplácnica se asocia con antecedentes conocidos y elevada mortalidad temprana. A pesar de la evidencia emergente sobre la seguridad y eficacia de los anticoagulantes orales directos (ACOD, predominando una estrategia terapéutica indefinida basada en HBPM y AVK. El índice de comorbilidad de Charlson es un factor pronóstico relevante. Se requiere mayor investigación para validar el uso de ACOD y optimizar el manejo clínico.