



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**COMPLICACIONES DE LA TROMBOSIS VENOSA  
ESPLÁCNICA**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

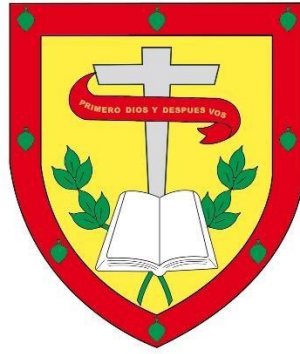
**AUTOR: KATHERINE MABEL SILVA TENE**

**DIRECTOR: DRA. KAROLA ADRIANA PUENTE MOSQUERA**

**CUENCA - ECUADOR**

**2025**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**COMPLICACIONES DE LA TROMBOSIS VENOSA  
ESPLÁCNICA**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTOR: KATHERINE MABEL SILVA TENE**

**DIRECTOR: DRA. KAROLA ADRIANA PUENTE MOSQUERA**

**CUENCA - ECUADOR**

**2025**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

## **DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD**

**Katherine Mabel Silva Tene** portador(a) de la cédula de ciudadanía N.º **0803076694**. Declaro ser el autor de la obra: “**Complicaciones de la Trombosis Venosa Esplácnica**”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximimos a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que la obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **19 de septiembre de 2025**

**F:** .....

**Katherine Mabel Silva Tene**

**C.I. 0803076694**

## **CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR**

Certifico que el presente trabajo denominado "**Complicaciones de la Trombosis Venosa Esplácnica**" realizado por **Katherine Mabel Silva Tene** con documento de identidad No. **0803076694**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, **19 de septiembre de 2025**.

**F:** .....

**Dra. Karola Adriana Puente Mosquera**

**DIRECTORA / TUTORA**

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a Dios, cuya guía y fortaleza han sido mi faro en este viaje académico.

A mis amados padres Edgar Silva y Ruth Tene; a mis hermanos Edgar, Margarita, Mayra y Juan Carlos, a mi papi lindo Froilán Tene y a mi familia más cercana, que, con su presencia constante han sido un faro que me ha guiado en este camino, su sacrificio y aliento inquebrantable han sido la fuerza impulsora detrás de cada logro, desde el primer día hasta este momento, ustedes han sido mis más grandes modelos a seguir.

A mis amigas Arianna C, Génesis G, Ivonne M y Priscila B; que por su ánimo y compañerismo han hecho más ligero este camino hacia la meta. Sin ustedes, este logro no habría sido posible.

¡Gracias por siempre estar a mi lado!

## **AGRADECIMIENTO**

En el camino hacia la culminación de este proyecto académico, me siento profundamente agradecida por el apoyo incondicional y la guía que he recibido de diversas fuentes.

Deseo expresar mi profundo agradecimiento a Dios, cuya gracia y misericordia han sido mi fuente de fortaleza y perseverancia a lo largo de este arduo proceso que es la realización de esta tesis.

También a mi familia, por su amor y apoyo constante, han sido la roca sobre la cual he construido este proyecto y mi carrera académica en general. Su confianza en mí han sido mi mayor motivación para alcanzar mis metas y perseguir mis sueños.

A mi directora de tesis Dra. Adriana Puente, por su guía y compromiso en esta investigación y al Dr. Juan Coyago, por ser uno de mis mentores fundamentales en la recta final de mi formación académica, les debo un profundo agradecimiento por su invaluable orientación, conocimientos expertos y constante estímulo a lo largo de mi trayectoria académica. Sus enseñanzas han sido importantes en mi formación como estudiante y como persona, y han dejado una huella indeleble en mi desarrollo intelectual y profesional.

A cada uno de ellos les estoy profundamente agradecida por su inestimable influencia, apoyo y amor que han enriquecido mi vida y han hecho posible la realización de esta tesis.

## RESUMEN

**Introducción:** la trombosis venosa esplácnica (TVE), es una enfermedad muy infrecuente pero grave, dado, a que involucra la formación de un coágulo de sangre en el sistema venoso esplácnico, el cual transporta la sangre, por varios órganos digestivos como: bazo, hígado, intestino delgado y el colon. En algunos casos, la TVE suele ser asintomática, pero por dicha razón, las complicaciones que lo conllevan son potencialmente mortales. Esta revisión bibliográfica, tiene como objetivo describir las complicaciones de la TVE que de tal manera mejore el diagnóstico y el tratamiento.

**Marco teórico:** entre las principales complicaciones que se obtuvieron en esta revisión se encuentra: la hipertensión portal, que es causada por el bloqueo del flujo sanguíneo portal; el infarto esplénico, que es desencadenado por la necrosis del tejido esplénico por la insuficiencia del riego sanguíneo; la trombosis mesentérica, esta es causada por la trombosis de las venas mesentéricas, desencadenando una isquemia intestinal; el tromboembolismo pulmonar, que es el desprendimiento de un coágulo de sangre, el cual se puede trasladar hacia los pulmones.

**Conclusiones:** la Trombosis Venosa Esplácnica es una enfermedad con potencial para desencadenar complicaciones perjudiciales para la vida del paciente, por ende, se debe de diagnosticar a tiempo y a su vez, brindar el tratamiento adecuado para prevenir estas complicaciones, además por ser una enfermedad infrecuente es necesario que se realicen estudios más amplios para comprender y mejorar los mecanismos subyacentes de la TVE y desarrollar estrategias preventivas y terapéuticas más efectivas.

**Palabras clave:** circulación esplácnica, trombosis, trombosis venosa.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Splanchnic Venous Thrombosis (STV) is an infrequent but serious condition, involving the formation of a blood clot in the splanchnic venous system, transporting blood through several digestive organs such as the spleen, liver, small intestine, and colon. In some cases, STV may be asymptomatic; which makes its complications potentially life-threatening. This literature review aims to describe the complications of STV to improve its diagnosis and treatment.

**Theoretical Framework:** Among the main complications identified from this review are portal hypertension, caused by obstruction of portal blood flow; splenic infarction, triggered by necrosis of splenic tissue due to insufficient blood supply; mesenteric thrombosis, resulting from thrombosis of the mesenteric veins, leading to intestinal ischemia; and pulmonary thromboembolism, which occurs when a blood clot detaches and moves to the lung.

**Conclusions:** Splanchnic venous thrombosis is a disease with the potential to trigger life-threatening complications. Therefore, it should be diagnosed in time and, in turn, provided with adequate treatment to prevent these complications. In addition, as it is a rare disease, further studies are needed to understand and improve the underlying mechanisms of STV and to develop more effective preventive and therapeutic strategies.

**Keywords:** splanchnic circulation, thrombosis, venous thrombosis.

## ÍNDICE

<i>RESUMEN</i> .....	7
<i>ABSTRACT</i> .....	8
<i>INTRODUCCIÓN</i> .....	11
<i>METODOLOGÍA</i> .....	13
<i>DESARROLLO DEL TRABAJO</i> .....	15
Definición .....	15
Presentación clínica.....	15
Complicaciones.....	15
• Trombosis de las venas mesentéricas. ....	15
• Trombosis de la vena porta. ....	16
• Trombosis de la vena esplénica. ....	17
• Trombosis de la vena hepática. ....	18
• Síndrome de Budd- Chiari .....	18
Diagnóstico.....	19
Tratamiento .....	21
• Tratamiento agudo .....	21
• Tratamiento crónico.....	22
<i>CONCLUSIONES</i> .....	24
<i>BIBLIOGRAFÍA</i> .....	25
<i>ANEXOS</i> .....	28

**ÍNDICE DE TABLAS**

<b>Tabla1. Manifestaciones clínicas de la Trombosis venosa esplácnica.....</b>	<b>15</b>
--------------------------------------------------------------------------------	-----------

**ÍNDICE DE FIGURAS**

<b>Figura1. Algoritmo diagnóstico para la Trombosis venosa esplácnica.....</b>	<b>20</b>
--------------------------------------------------------------------------------	-----------

## INTRODUCCIÓN

La trombosis venosa esplácnica (TVE) es una enfermedad poco frecuente, caracterizada por una marcada preponderancia de severidad, ya que, involucra la formación de coágulos sanguíneos dentro de las venas del sistema esplácnico, que incluye las venas hepáticas, porta, mesentéricas y esplénica, teniendo una incidencia difícil de determinar. Se calcula que este tipo de trombosis venosa profunda constituye alrededor del 5% de todos los casos, sin embargo, las complicaciones asociadas con la TVE pueden tener consecuencias significativas (1).

Los factores de riesgo para la TVE, se clasifican en tres categorías: factores de riesgo adquiridos persistentes, que hace referencia a pacientes con cirrosis hepática, neoplasia mieloproliferativa, síndrome antifosfolípido, enfermedad de Behcet y hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN), en los factores de riesgo adquiridos transitorios están las infecciones intraabdominales, terapia hormonal y el embarazo o puerperio, y por último, están los factores de riesgo heredados, como la mutación del factor V Leiden, mutación de protrombina G20210A, mutación JAK2V617F, deficiencia de proteína C, S y antitrombina (1). De hecho, la incidencia de trombosis en las neoplasias mieloproliferativas (NMP) es considerablemente más alta (entre 1% y 20%) que en la población general. Aproximadamente el 10% de todos los casos de trombosis se asocian a NMP (1).

Respecto a las complicaciones más temidas de la TVE es la trombosis de la vena porta, que conlleva a la hipertensión portal y, en casos severos, al desarrollo de varices esofágicas y gastropatía portal, aumentando así el riesgo de hemorragia gastrointestinal potencialmente mortal. Además, la obstrucción del flujo sanguíneo en las venas hepáticas puede causar isquemia hepática, lo que lleva a la disfunción hepática aguda e incluso a la insuficiencia hepática fulminante (2).

Otra complicación de la TVE es la trombosis venosa mesentérica, que puede resultar en isquemia mesentérica aguda, siendo una de las más graves, de manera que, es importante el tratamiento inmediato y así, prevenir la necrosis intestinal y la perforación, lo que podría ser fatal si no se aborda rápidamente. Además, la TVE puede provocar la formación de colaterales venosas, incluyendo varices esofágicas y gástricas, aumentando así el riesgo de sangrado gastrointestinal (3).

Además de las complicaciones ya detalladas, se menciona que también existen repercusiones a largo plazo en la salud del paciente. Nuevos estudios indican que la TVE aumenta considerablemente la probabilidad de que los pacientes padezcan enfermedades hepáticas

crónicas, como la cirrosis, y sus complicaciones derivadas, como la ascitis y la encefalopatía hepática (4).

Es imperativo destacar que el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado, constituyen pilares fundamentales en la prevención de las graves complicaciones asociadas con la TVE, sin embargo, debido a su presentación clínica variable y su baja incidencia, el diagnóstico de la TVE a menudo se retrasa, lo que puede llevar a un aumento de la morbimortalidad en estos pacientes (5). Por ende, se plantea la siguiente pregunta en pacientes con trombosis venosa esplácnica, ¿Cuáles son las complicaciones más graves que puede desencadenar la trombosis venosa esplácnica?

## **METODOLOGÍA**

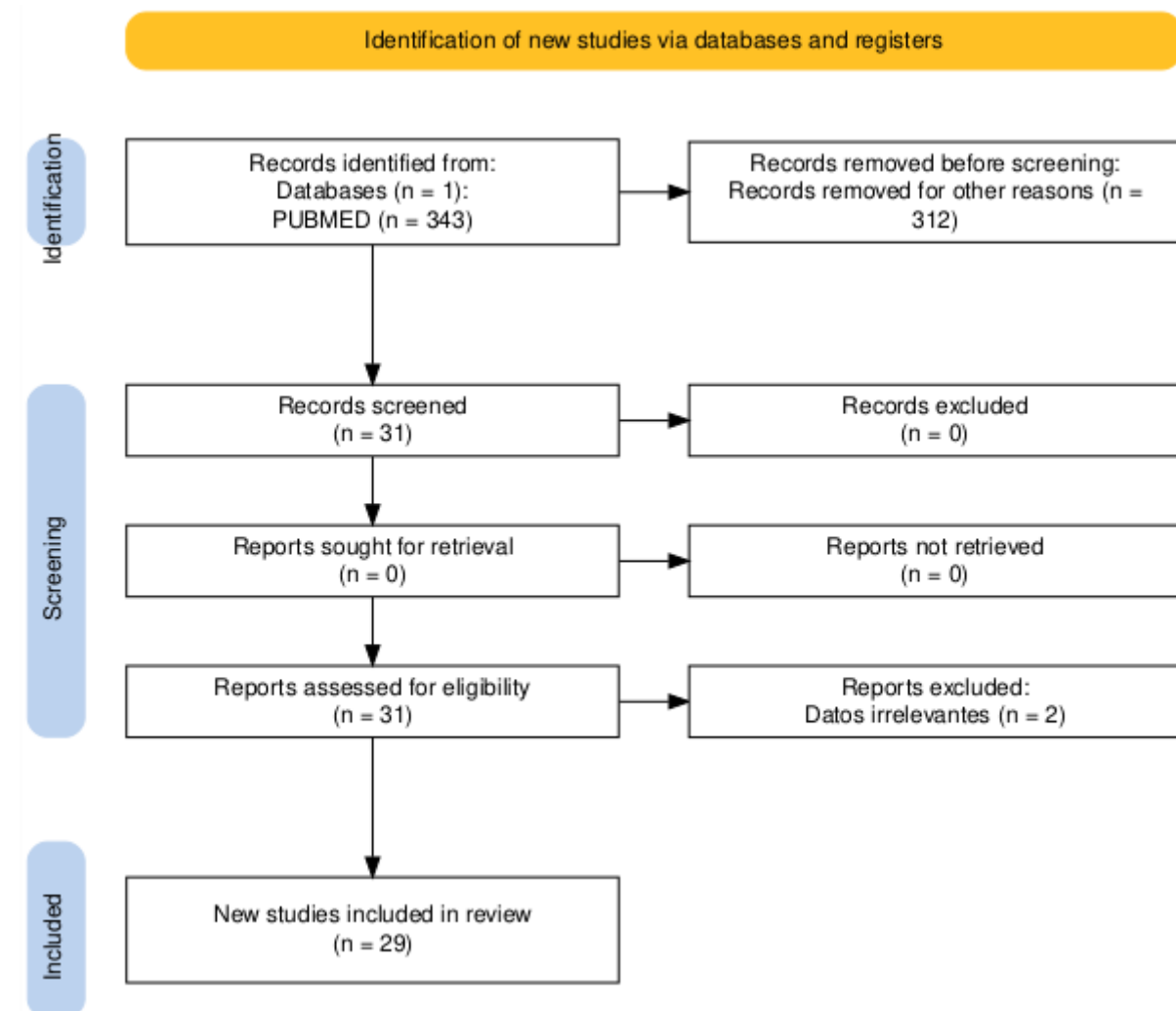
Se realizó una búsqueda bibliográfica del 30 de Septiembre del 2023 al 15 de Abril del 2024 en la base de datos PUBMED, empleando las siguientes palabras claves: Circulación Esplácica, thrombosis, Venous Thrombosis y Splanchnic circulation, las cuáles fueron consultadas en la página web de descriptores en ciencia de la salud DECS/MESH, de igual manera, se empleó el operador booleano “AND” para construir el algoritmo de búsqueda ("Splanchnic Circulation"[Mesh]) AND "Venous Thrombosis"[Mesh].

Se obtuvieron un total de 343 artículos, se aplicaron los siguientes criterios de inclusión:

- Artículos completos gratuitos.
- Artículos en humanos.
- Artículos en idiomas como: inglés y español.
- Artículos cuya publicación sea en los últimos 5 años.

Obteniendo un total de 31 artículos, se analizaron de manera completa los artículos y se suprimieron 2 artículos por datos irrelevantes para la investigación. Incluyendo finalmente 29 artículos de calidad en la presente revisión bibliográfica.

**Figura 1. Selección de estudios.**



**Elaborado por:** Silva Tene Katherine.

Empleando el software: [https://estech.shinyapps.io/prisma\\_flowdiagram/](https://estech.shinyapps.io/prisma_flowdiagram/)

## DESARROLLO DEL TRABAJO

### Definición

La trombosis esplácnica, es aquella que hace referencia a la trombosis venosa que es producida en las venas mesentéricas, vena porta, vena hepática y vena esplénica, aunque esta patología no es muy común, sigue causando varias complicaciones como el infarto intestinal, la hipertensión portal crónica, cirrosis secundaria al Síndrome de Budd-Chiari y el infarto esplénico (1).

### Presentación clínica

La presentación de la enfermedad, va a cambiar de acuerdo a la zona del trombo.

**Tabla 1. Manifestaciones de la Trombosis Venosa esplácnica**

<b>Trombosis de las venas mesentéricas (TVM)</b>	Es difícil de diagnosticar a causa de su sintomatología como: dolor abdominal, náuseas y vómito, deshidratación y diarreas sanguinolentas (6).
<b>Trombosis de la vena porta (TVP)</b>	En la TVP, las manifestaciones clínicas características son: dolor abdominal, fiebre, esplenomegalia y hepatomegalia (7).
<b>Trombosis de la vena esplénica (TVe)</b>	Algunos pacientes con TVe son asintomáticos, como también pueden presentar diversos síntomas como: dolor abdominal, sangrado por várices, pérdida de apetito y trombocitopenia (8).
<b>Trombosis de la vena hepática (TVH)</b>	Está caracterizada por la siguiente sintomatología: ascitis, dolor abdominal y hepatomegalia (9).

**Elaborado por:** Silva Tene Katherine

### Complicaciones

- **Trombosis de las venas mesentéricas.**

La TVM es la formación de un trombo que va a causar el bloqueo del flujo sanguíneo en las venas mesentéricas, que puede desencadenar una isquemia intestinal, perforación intestinal, estenosis mesentérica y síndrome posttrombótico mesentérico, la cual pueden presentar una gran cantidad de signos y síntomas, desde dolor abdominal agudo y persistente hasta síntomas más inespecíficos como náuseas, vómitos y diarrea. El diagnóstico temprano y preciso de esta complicación es crucial para evitar consecuencias graves y potencialmente mortales (10).

Entre las complicaciones más frecuentes respecto a la TVM, se encuentra (10):

- **Isquemia intestinal:** siendo la complicación más mortal que sucede cuando el flujo sanguíneo intestinal se reduce, causando la muerte de dicho tejido, presentándose clínicamente con dolor y distensión abdominal, náuseas, vómitos y, por último, diarrea sanguinolenta.
- **Perforación intestinal:** ocurre cuando hay la presencia de necrosis en el tejido intestinal como consecuencia de la isquemia, ya que, va a provocar el escape del contenido intestinal hacia la cavidad abdominal, causando así, una peritonitis, acompañada de dolor abdominal intenso, fiebre, escalofríos y en ciertos casos, sepsis.
- **Estenosis mesentérica:** esta complicación se da posteriormente a la TVM, ya que, se produce un estrechamiento a causa de la cicatrización y la fibrosis, provocando dolor abdominal recurrente, náuseas, vómitos y diarreas.
- **Síndrome postrombótico mesentérico:** de igual manera que la estenosis mesentérica, esta se da posterior a la TVM, caracterizada por el dolor abdominal crónico, diarrea y malabsorción.

A finales del 2019, cuando empezó la pandemia del COVID- 19, se empleó un tratamiento de la TVM, el cual implica la anticoagulación con medicamentos como la heparina, que ayuda a prevenir la formación de nuevos coágulos y reduce el riesgo de complicaciones tromboembólicas adicionales. En situaciones críticas, la cirugía se convierte en una intervención indispensable para lograr restablecer el flujo sanguíneo en el intestino afectado y así, evitar la necrosis intestinal (10).

- **Trombosis de la vena porta.**

Según Walls, et al, la TVP, es una condición en la cual se forma un coágulo sanguíneo en la vena porta, que es la principal vía de drenaje de sangre del intestino al hígado, puede llevar a complicaciones graves, incluyendo (11, 12):

- **Hipertensión portal (HTP):** es la principal complicación de la TVP, que causa un aumento de la presión en la vena porta, dado que el flujo sanguíneo se ralentiza o bloquea, además que la HTP puede llegar a provocar varices esofágicas y gástricas, ascitis, esplenomegalia y encefalopatía hepática.
- **Insuficiencia hepática:** es desencadenado debido a la privación del flujo sanguíneo portal rico en oxígeno y nutrientes esenciales para su función homeostática, ya que causa un daño hepatocelular progresivo.

- **Tromboembolismo pulmonar (TEP):** es desencadenada por fragmentos del trombo en la vena porta que pueden desprenderse y migrar a través de la circulación venosa sistémica hacia la aurícula derecha del corazón, que, al pasar al ventrículo izquierdo, estos émbolos pueden atravesar un foramen oval permeable o un defecto septal auricular, ingresando a la circulación arterial pulmonar. Una vez en las arterias pulmonares, estos émbolos pueden ocluir el flujo sanguíneo y así causar la presentación clínica del tromboembolismo pulmonar.

Se examinó que, entre la TVP y la supervivencia a prolongada en una cohorte de pacientes con esta condición, los resultados mostraron que la presencia de trombosis de la vena porta se asoció con un aumento significativo en la mortalidad a lo largo del tiempo en comparación con los pacientes que no tenían esta complicación (11).

Además de aumentar el riesgo de mortalidad, la trombosis de la vena porta también puede provocar complicaciones adicionales, como la insuficiencia hepática, la formación de colaterales venosos y la progresión de la enfermedad hepática subyacente (11).

- **Trombosis de la vena esplénica.**

La TVe es una condición grave en la que se forma un coágulo sanguíneo en la vena esplénica, el cual drena la sangre del bazo (13).

Las complicaciones pueden ser graves e incluyen infarto esplénico, hipertensión portal, y trombosis mesentérica, las cuáles se especificarán a continuación (13):

- **Infarto esplénico:** debido a la obstrucción del flujo sanguíneo a causa del trombo, este va a provocar la muerte del tejido esplénico, que conlleva varia sintomatología como es el dolor abdominal intenso, náuseas y vómitos. En casos graves, puede causar una rotura esplénica y hemorragia interna.
- **Hipertensión portal (HTP):** la oclusión del flujo sanguíneo por el coágulo ocasiona HTP como consecuencia de la presión retrógrada que ejerce sobre la vena porta, la cual es la responsable del transporte de sangre desde el bazo y los intestinos hacia el hígado, se ve afectada por la obstrucción en la vena esplénica, su principal afluente.
- **Trombosis mesentérica:** los coágulos que se encuentran en la vena esplénica, se desprenden y migran a diferentes venas, como la mesentérica, causando la interrupción del flujo sanguíneo hacia los intestinos.

Los síntomas de la trombosis pueden variar según la gravedad de la obstrucción y las complicaciones asociadas (13).

- **Trombosis de la vena hepática.**

Es una condición en la cual se forma un trombo sanguíneo en la vena hepática, que es la vena principal que drena sangre del hígado hacia la vena cava inferior. Esta complicación puede ocurrir como resultado de la inflamación y la necrosis tisular asociadas con la pancreatitis necrotizante, así como debido a la hipercoagulabilidad y la respuesta inflamatoria sistémica que pueden estar presentes en estos pacientes (14). Los pacientes que sobreviven a una pancreatitis necrotizante pueden enfrentar una variedad de complicaciones a corto y largo plazo, que van desde infecciones locales y sistémicas hasta disfunción orgánica y complicaciones vasculares como la trombosis de la vena hepática, las cuáles serán explicadas a continuación (14):

- **Insuficiencia hepática aguda (IHA):** constituye la principal complicación grave de la trombosis venosa hepática (TVH), caracterizándose por una disfunción hepática profunda que se manifiesta con ictericia, coagulopatía y acidosis láctica. En consecuencia, el trasplante de hígado se considera el tratamiento definitivo para la IHA en este contexto.
- **Infarto hepático:** la oclusión de la vena hepática, ya sea por trombosis, embolia o ligadura accidental, puede desencadenar un infarto hepático, caracterizado por la necrosis del tejido hepático como consecuencia de la isquemia.
- **Colangitis biliar ascendente:** es una infección intrahepática grave que afecta a los conductos biliares, estructuras tubulares que transportan la bilis desde el hígado hasta el intestino delgado. Esta infección se produce por el reflujo de bilis infectada desde el intestino delgado hacia los conductos biliares del hígado, generalmente como consecuencia de una obstrucción del flujo biliar.

- **Síndrome de Budd- Chiari**

El síndrome de Budd-Chiari es una enfermedad de las venas hepáticas que provoca su obstrucción. Las causas más comunes son los estados hipercoagulables, los trastornos mieloproliferativos, las neoplasias malignas y el embarazo. Los síntomas pueden variar e incluir dolor abdominal, ascitis, ictericia y hepatomegalia (15).

Entre las complicaciones que se pueden encontrar debido a un diagnóstico tardío son las siguientes (15-18):

- **Encefalopatía hepática:** es una disfunción cerebral multifactorial de carácter grave, este deterioro compromete la capacidad del hígado para metabolizar toxinas como el amoníaco de manera eficiente. Esta acumulación de amoníaco en sangre, producto

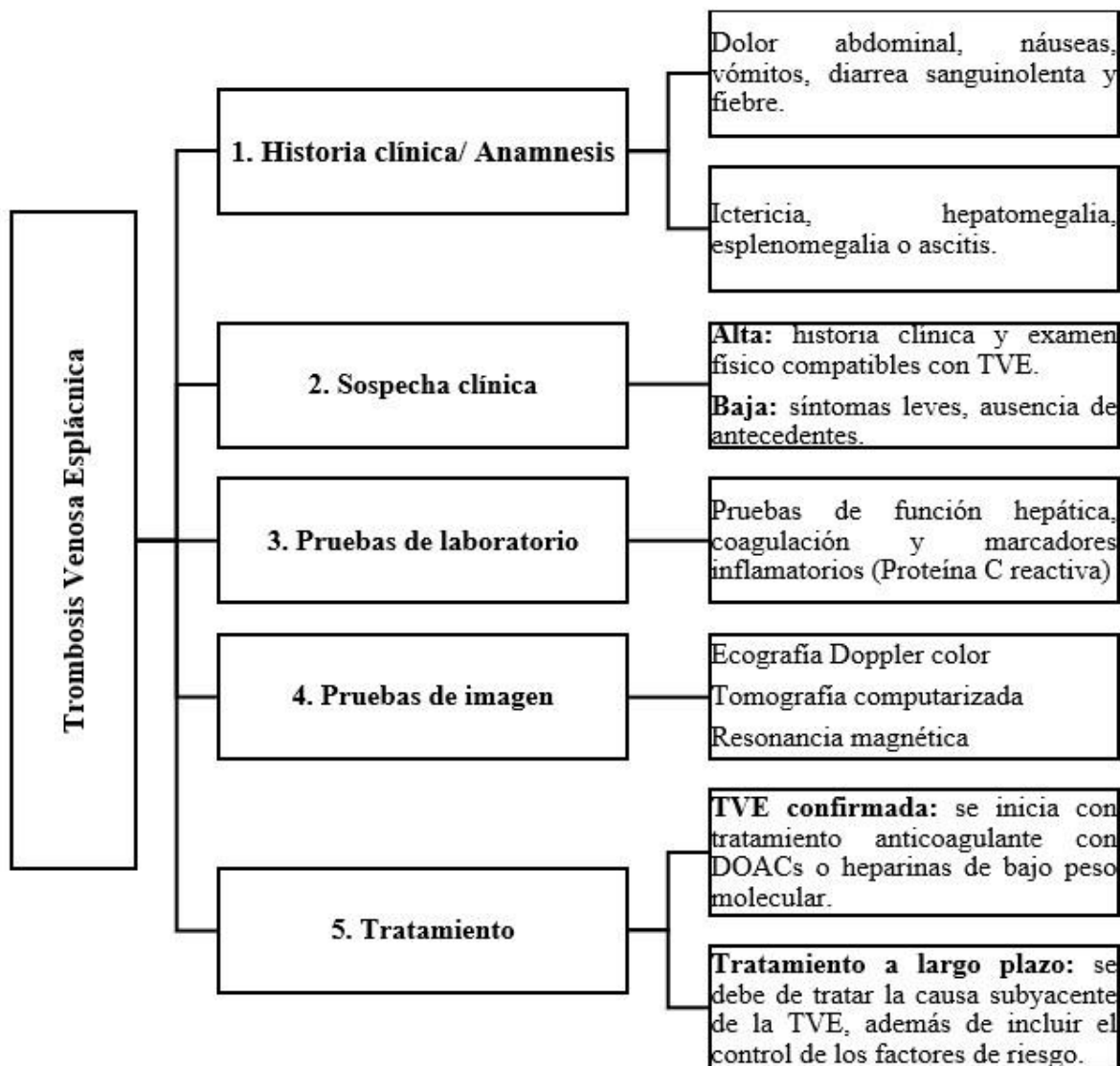
derivado del metabolismo proteico, atraviesa la barrera hematoencefálica y ejerce un efecto neurotóxico, desencadenando un amplio espectro de alteraciones neurológicas y psiquiátricas que van desde manifestaciones sutiles como confusión y desorientación hasta el coma profundo.

- **Síndrome hepatorrenal:** La obstrucción del flujo venoso hepático en el SBC genera hipertensión portal, aumentando la presión en las venas renales. Esta presión elevada puede comprimir las arterias renales, disminuyendo el flujo sanguíneo renal y la tasa de filtración glomerular (TFG), lo que conduce a disfunción renal prerrenal. La disfunción hepática en el SBC también induce la activación del sistema renina-angiotensinaaldosterona (SRAA) y otros sistemas vasoconstrictores. Estas neurohormonas contraen las arteriolas renales y aferentes glomerulares, reduciendo aún más el flujo sanguíneo renal y la TFG. Además, la ascitis y la diarrea frecuente, complicaciones comunes del SBC, pueden provocar hipovolemia y deshidratación, lo que empeora la disfunción renal prerrenal y precipita el SHR.
- **Peritonitis bacteriana:** la hipertensión portal secundaria a la obstrucción del flujo venoso hepático en el síndrome de Budd-Chiari, facilita la translocación bacteriana desde el intestino al torrente sanguíneo, predisponiendo a la peritonitis bacteriana. Además, la ascitis presente en esta condición, incrementa el riesgo de infección peritoneal por albergar bacterias.

### **Diagnóstico**

Para obtener un correcto diagnóstico de la TVE, es necesario seguir 5 pasos para la detección temprana, que a continuación se especificará el uso de cada uno.

**Figura 1. Algoritmo diagnóstico de la Trombosis Venosa Esplácnica.**



**Fuente:** Sturm, et al (19).

**Elaborado por:** Silva Tene Katherine

- **Tomografía computarizada (TC):** este método diagnóstico es el más utilizado, debido a la alta sensibilidad y especificidad para evaluar la extensión y la gravedad de la trombosis venosa esplácnica, así como para identificar complicaciones asociadas, como la necrosis intestinal o la formación de abscesos. Este método proporciona una evaluación detallada de la anatomía vascular y la presencia de trombos (20).
- **Ultrasonido Doppler a color (CDUS):** el ultrasonido Doppler a color es una técnica de imagenología no invasiva, por ende, es útil para detectar la presencia de trombosis venosa esplácnica al visualizar la ausencia de flujo sanguíneo o la presencia de flujo turbulento en las venas esplácnicas. El estudio de Sturm et al. valida la utilidad del

ultrasonido Doppler a color en la evaluación radiológica de la trombosis venosa esplácnica (19).

Dichos métodos diagnósticos, son fundamentales en la valoración inicial y el seguimiento clínico de pacientes con trombosis venosa esplácnica, además de proporcionar información crucial para el diagnóstico preciso, la evaluación de la severidad y el diseño del esquema de tratamiento para esta enfermedad. Es importante tener en cuenta que la elección del método diagnóstico puede depender de la disponibilidad de recursos, la experiencia del radiólogo y la estabilidad clínica del paciente (20).

## **Tratamiento**

Después de haber realizado un diagnóstico acerca de la TVE, es necesario empezar con el tratamiento anticoagulante, dividiendo el tratamiento en agudo y crónico, con la finalidad de evitar expansión del trombo, y así permitir la recanalización (21).

### **• Tratamiento agudo**

La TVE aguda es caracterizada por que tiene la presencia de un trombo que afecta a una o más venas esplácnicas, sin causar daños colaterales que causen signos y síntomas específicos, dado a la gran relación que existe entre las enfermedades trombóticas, por esta misma razón es la importancia de un buen tratamiento, además de evitar que exista isquemia intestinal, recurrencia de trombosis o hipertensión portal (22).

Los anticoagulantes que actualmente se utilizan para tratar la TVE son las heparinas, los antagonistas de la vitamina K (AVK) y los anticoagulantes orales directos (ACOD) (23).

Al hablar de los ACOD, se reconoce que son utilizados como manejo anticoagulante de primera línea para la TVE (18), ya que, son beneficiosos para mejorar las limitaciones de los demás anticoagulantes como los AVK y la heparina (24).

Los ACOD, se dividen entre el Dabigatán que es un inhibidor directo de la trombina y el Rivaroxabán que es un inhibidor oral directo del factor Xa activado, demostraron ventajas en su administración con dosis fijas, sin la necesidad de algún tipo de control laboratorial y, además, de que presenta una disminución en la interacción entre alimentos y fármacos (25, 26). Según Ageno W, et al, indicaron que el tratamiento se debe realizar de manera rápida, es decir, dentro de las dos primeras semanas, para así, mejorar el porcentaje de recanalización y a la vez, reducir el riesgo de complicaciones

(27), y a su vez indicó la posibilidad de administrar ACOD a los pacientes no cirróticos con TVE, pero en caso de existir una contraindicación, el tratamiento estándar con HBPM/AVK podría ser una alternativa adecuada (28).

Además, en pacientes con TVP, es necesario empezar la anticoagulación con HBPM y continuar con AVK durante 6 meses, solo en el caso de no existir contraindicaciones, también se ha realizado un ensayo, en el que participaron 65 pacientes cirróticos que padecían de TVP que al recibir dosis terapéuticas de HBPM durante el tiempo requerido de 6 meses, lograron una recanalización completa del 26,5% o parcial del 52,3%, con un total de 78,5% (28).

- **Tratamiento crónico.**

La TVE crónica se refiere como una trombosis que dura más de los 6 meses, en la que observa venas abdominales colaterales o una transformación cavernosa de la vena porta (29).

- **Anticoagulación:** la anticoagulación es fundamental en el manejo de la trombosis venosa. Para el tratamiento crónico, se pueden usar anticoagulantes como la warfarina o los anticoagulantes orales directos (ACOD), como el rivaroxabán, el apixabán o el dabigatrán. Estos medicamentos pueden ayudar a prevenir la formación adicional de coágulos y reducir el riesgo de complicaciones (29).
- **Intervenciones endovasculares:** en casos donde hay obstrucciones vasculares significativas, como la trombosis venosa esplácnica, se pueden realizar intervenciones endovasculares para restaurar el flujo sanguíneo normal. Esto puede incluir técnicas como la angioplastia con balón o la colocación de stents para abrir y mantener las vías vasculares abiertas (29).
- **Manejo de derivaciones portosistémicas:** si hay derivaciones portosistémicas presentes, como se menciona en el artículo, el manejo de estas derivaciones puede ser crucial. Dependiendo de la situación específica, puede ser necesario realizar procedimientos para corregir o eliminar estas derivaciones para restaurar el flujo sanguíneo normal (29).

- **Tratamiento de la enfermedad subyacente:** es importante abordar cualquier enfermedad subyacente que pueda estar contribuyendo a la trombosis venosa esplácnica. Por ejemplo, en pacientes trasplantados, se debe prestar atención a la función del injerto y al manejo de cualquier otra complicación relacionada con el trasplante (29).
- **Seguimiento y manejo de complicaciones:** el seguimiento regular y la vigilancia son fundamentales en el tratamiento crónico de la trombosis venosa esplácnica. Esto puede incluir pruebas de imagen periódicas, análisis de laboratorio para monitorear la función hepática y renal, y evaluaciones clínicas para detectar signos de complicaciones como ascitis o sangrado (29).

Es importante que el abordaje terapéutico deba adaptarse a las particularidades de cada paciente, considerando aspectos como la severidad de la trombosis, la presencia de otras enfermedades y la evolución ante las medidas implementadas. Es recomendable que cualquier plan de tratamiento sea supervisado y gestionado por un equipo médico especializado en enfermedades vasculares y hepáticas (29).

## **CONCLUSIONES**

La Trombosis Venosa Esplácica (TVE), es una enfermedad que llega a afectar las venas que drenan al sistema digestivo, obteniendo complicaciones muy riesgosas para la vida de un paciente, como son la hipertensión portal, el síndrome de Budd-Chiari, el infarto intestinal, isquemia mesentérica, y la tromboembolia pulmonar, la cual puede desencadenarse por la fragmentación de un trombo en las venas esplácicas y así llegar a los pulmones.

En la actualidad, algunos casos suelen ser asintomáticos, y, por ende, es necesario el diagnóstico temprano para prevenir la aparición de las complicaciones antes mencionadas, para ello, el método más utilizado es la tomografía computarizada (TC), siendo seguida de la ecografía Doppler (CDUS), y para culminar, el tratamiento fundamental son las heparinas de bajo peso molecular (HBPM), los antagonistas de la vitamina K (AVK) y los anticoagulantes orales directos (ACOD).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Valeriani E, Riva N, Di Nisio M, Ageno W. Splanchnic vein thrombosis: Current perspectives. *Vasc Health Risk Manag.* 2019; 15:449–61.
2. Andraska E, Haga L, Reitz K, Li X, Ramos R, Avgerinos E, et al. Acute superior mesenteric venous thrombosis results in high rates of readmission and morbidity. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2020; 8(5):748–55.
3. Sulger E, Dhaliwal HS, Oropallo A, et al. Mesenteric vein thrombosis. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
4. Zheng X, Gao F, Wang L, Meng Y, Ageno W, Qi X. Incidence and outcomes of splanchnic vein thrombosis after diagnosis of COVID-19 or COVID-19 vaccination: a systematic review and meta-analysis. *J Thromb Thrombolysis.* 2022 ;55(1):18–31.
5. Tolan HK, Barut B, Kutlutürk K, Kayaalp C, Yilmaz S. Ectopic balloon device placement to correct the positional hepatic venous outflow obstruction in liver transplantation. *Exp Clin Transplant.* 2020; 18(1):89–92.
6. Sissingh NJ, Timmerhuis HC, Groen JV, de Jong MJP, Besselink MG, Boekestijn B, et al. Splanchnic vein thrombosis in necrotizing pancreatitis: a post-hoc analysis of a nationwide prospective cohort. *HPB (Oxford).* 2024; 26(4).
7. Motiaa Y, Ouassou Z, Moumou H, el Otmani W. Association of multiple splanchnic venous thrombosis and left renal venous thrombosis, a rare complication of pancreatitis: a case report. *J Med Case Rep.* 2019; 13(1).
8. Hussein MH, Alabdajabar MS, Alfagyh N, Badran M, Alamiri K. Splanchnic venous thrombosis in a nephrotic patient following COVID-19 infection: a case report. *BMC Nephrol.* 2021; 22(1).
9. Lee JW, Kim T-S, Ahn KS, Kim YH, Kim HT, Kang KJ. Liver transplant for patients with preexisting portal vein thrombosis: A single-center experience. *Exp Clin Transplant.* 2019; 17(6):753–8.
10. Buso G, Becchetti C, Berzigotti A. Acute splanchnic vein thrombosis in patients with COVID-19: A systematic review. *Dig Liver Dis.* 2021; 53(8).

11. Wells PS, Theberge I, Bowdridge J, Kelly E, Kielar A, Forgie MA, et al. Association of splanchnic vein thrombosis on survival: 15-year institutional experience with 1561 cases. *J Am Heart Assoc.* 2020; 9(24).
12. Costache RS, Dragomirică AS, Dumitraș EA, Mariana J, Căruntu A, Popescu A, Costache DO. Portal vein thrombosis: A concise review (Review). *Exp Ther Med.* 2021;22(1):759.
13. Del Hoyo J, López-Muñoz P, Fernández-de la Varga M, Garrido-Marín A, Valero-Pérez E, Prieto M, et al. Hepatobiliary and Pancreatic: A fatal case of extensive splanchnic vein thrombosis in a patient with Covid-19. *J Gastroenterol Hepatol.* 2020; 35(11):185.
14. Maatman TK, Roch AM, Ceppa EP, Easler JJ, Gromski MA, House MG, et al. The continuum of complications in survivors of necrotizing pancreatitis. *Surgery.* 2020; 168(6):1032–40.
15. Hitawala AA, Gupta V. Budd-Chiari Syndrome. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
16. Rose CF, Amodio P, Bajaj JS, Dhiman RK, Montagnese S, Taylor-Robinson SD, Vilstrup H, Jalan R. Hepatic encephalopathy: Novel insights into classification, pathophysiology and therapy. *J Hepatol.* 2020;73(6):1526-47.
17. Ranasinghe IR, Sharma B, Bashir K. Hepatorenal Syndrome. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
18. Agrawal S, Rayamajhi S, Rayamajhi A, Karki S, Deo A, Kharel KK, Lamsal M, Hamal R. Spontaneous bacterial peritonitis complicating extensive splanchnic vein thrombosis, a rare manifestation of essential thrombocythemia: A case report. *Clin Case Rep.* 2023;11(7): e7634.
19. Sturm L, Bettinger D, Klinger C, Krauss T, Engel H, Huber JP, et al. Validation of color Doppler ultrasound and computed tomography in the radiologic assessment of nonmalignant acute splanchnic vein thrombosis. *PLoS One.* 2021 ;16(12): e0261499.
20. McMurry H, Sabile JMG, Elstrott B, Chobrutskiy B, Mohinani A, Patel S, et al. Clinical predictors for thrombus progression in cirrhotic patients with untreated splanchnic vein thrombosis. *Thromb Res.* 2022; 216:1–7.

21. Sissingh NJ, Groen JV, Timmerhuis HC, Besselink MG, Boekestijn B, Bollen TL, et al. Therapeutic anticoagulation for splanchnic vein thrombosis in acute pancreatitis: A national survey and case-vignette study. *World J Gastroenterol.* 2023; 29(21):3328–40.
22. Di Nisio M, Valeriani E, Riva N, Schulman S, Beyer-Westendorf J, Ageno W. Anticoagulant therapy for splanchnic vein thrombosis. *J Thromb Haemost.* 2020; 18(7):1562–8.
23. Nawacki Ł, Matykiewicz J, Stochmal E, Głuszek S. Splanchnic vein thrombosis in acute pancreatitis and its consequences. *Clin Appl Thromb Hemost.* 2021; 27:107602962110102.
24. Yin Y, Wang L, Gao F, Liu L, Qi X. Anticoagulation therapy for splanchnic vein thrombosis associated with acute pancreatitis: A systematic review and meta-analysis. *Clin Appl Thromb Hemost.* 2023; 29.
25. Duceppe E, Lauzon J-F, Galliger S, Zhang B, Solomon H, Serrano PE. Incidence and predictors of splanchnic vein thrombosis and mortality following hepatobiliary and pancreatic surgery. *J Thromb Haemost.* 2021; 19(3):797–804.
26. Rupoli S, Fiorentini A, Morsia E, Svegliati-Baroni G, Micucci G, Maroni L, et al. Anticoagulation and vessel recanalization in cirrhotic patients with splanchnic vein thrombosis: A multidisciplinary “real life” experience. *Vasc Health Risk Manag.* 2021; 17:619–29.
27. Ageno W, Beyer Westendorf J, Contino L, Bucherini E, Sartori MT, Senzolo M, et al. Rivaroxaban for the treatment of noncirrhotic splanchnic vein thrombosis: an interventional prospective cohort study. *Blood Adv.* 2022; 6(12):3569–78.
28. Xu X, Xu S, Primignani M, De Stefano V, He Y, Yi F, et al. Nonselective  $\beta$ -blockers may progress the thrombosis of portal venous system in cirrhotic patients: A retrospective observational study. *Adv Ther.* 2020; 37(4):1452–63.
29. Centonze L, Di Sandro S, Cereda M, Lauterio A, De Carlis R, Migliorisi C, et al. Endovascular treatment of acute posttransplant portal vein thrombosis due to portal steal from mesocaval and coronary portosystemic shunts. *Exp Clin Transplant.* 2020; 18(5).

## ANEXOS

Anexo 1. *Tabla de selección de estudios.*

N°	Año de publicación	Autor	Título de la revista	Nombre de la revista	Cuartil	Incluido	Excluido
1	2023	Sissingh NJ, Groen JV, Timmerhuis HC, Besseling MG, et al.	Therapeutic anticoagulation for splanchnic vein thrombosis in acute pancreatitis: A national survey and case-vignette study	World Journal of Gastroenterology	Q1	Sí	
2	2020	Di Nisio M, Valeriani E, Riva N, Schulman S, Beyer-Westendorf J, Ageno W.	Anticoagulant therapy for splanchnic vein thrombosis: ISTH SSC Subcommittee Control of Anticoagulation	Journal of thrombosis and haemostasis : JTH.	Q1	Sí	

3	2023	Yin Y, Wang L, Gao F, Liu L, Qi X.	Anticoagulation Therapy for Splanchnic Vein Thrombosis Associated With Acute Pancreatitis: A Systematic Review and MetaAnalysis	Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis	Q2	Si	
4	2021	Nawacki Ł, Matykiewicz J, Stochmal E, Głuszek S	Splanchnic Vein Thrombosis in Acute Pancreatitis and Its Consequences.	Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis	Q2	Si	
5	2019	Valeriani E, Riva N, Dinisia M, Agenow	Splanchnic vein thrombosis: current perspectives	Vascular health and risk management.	Q2	Sí	
6	2021	Duceppe E, Lauzon JF,	Incidence and predictors of splanchnic vein	Journal of thrombosis and	Q1	Sí	

		Galliger S, et al.	thrombosis and mortality following hepatobiliary and pancreatic surgery	haemostasis : JTH			
7	2021	Andras ka E, Haga L, Reitz K, Li X, et al	Acute superior mesenteric venous thrombosis results in high rates of readmission and morbidity	Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders	Q1	Sí	
8	2021	Rupoli S, Fiorentini A, Morsia E, Sveglia ti-Baroni G, et al.	Anticoagulation and Vessel Recanalization in Cirrhotic Patients with Splanchnic Vein Thrombosis: A Multidisciplinary "Real Life" Experience	Vascular health and risk management.	Q2	Sí	

9	2021	Hussein MH, Alabdaljabar MS, Alfagyh N, Badran M, Alamiri K	Splanchnic venous thrombosis in a nephrotic patient following COVID-19 infection: a case report	BMC Nephrology	Q2	Sí	
10	2023	Baiges A, Procop et B, SilvaJunior G, Llop E et al	Incidence and factors predictive of recurrent thrombosis in people with non-cirrhotic portal vein thrombosis	Journal of Hepatology	Q1		Sí
11	2021	Sturm L, Bettinger D, Klinger C, Krauss T, et al.	Validation of color Doppler ultrasound and computed tomography in the radiologic assessment of non-malignant acute splanchnic	PLoS ONE	Q1	Sí	

			vein thrombosis				
12	2019	Motiaa Y, Ouasso u Z, Moumo u H, El Otmani W	Association of multiple splanchnic venous thrombosis and left renal venous thrombosis, a rare complication of pancreatitis: a case report	Journal of Medical Case Reports	Q3	Sí	
13	2023	Zheng X, Gao F, Wang L, Meng Y, et al.	Incidence and outcomes of splanchnic vein thrombosis after diagnosis of COVID-19 or COVID-19 vaccination: a systematic review and meta-analysis	Journal of Thrombosis and Thrombolysis	Q2	Sí	

14	2021	Buso G, Becchetti C,	Acute splanchnic vein thrombosis in	Digestive and Liver Disease	Q2	Sí	
----	------	-------------------------	-------------------------------------	-----------------------------	----	----	--

		Berzignotti A.	patients with COVID-19: A systematic review.				
15	2022	Ageno W, Beyer Westendorf J, Contino L, Bucherini E, et al.	Rivaroxaban for the treatment of noncirrhotic splanchnic vein thrombosis: an interventional prospective cohort study	Blood Advances	Q1	Sí	
16	2021	Porres-Aguilar M, Lazog Langner A, Panduro A, Uribe M.	COVID-19 vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia: An emerging cause of splanchnic vein thrombosis.	Annals of Hepatology	Q1		Sí

17	2020	Wells PS, Theberge I, Bowdridge J,	Association of Splanchnic Vein Thrombosis on Survival: 15-Year	Journal of the American Heart Association.	Q1	Sí	
----	------	------------------------------------	----------------------------------------------------------------	--------------------------------------------	----	----	--

		Kelly E, et al.	Institutional Experience With 1561 Cases.				
18	2020	Del Hoyo J, López-Muñoz P, Fernández-de la Varga M, Garrido-Marín A, et al.	Hepatobiliary and Pancreatic: A fatal case of extensive splanchnic vein thrombosis in a patient with Covid-19	Journal of gastroenterology and hepatology.	Q1	Sí	
19	2020	Maatman TK, Roch AM, Ceppa EP, Easler JJ, et al.	The continuum of complications in survivors of necrotizing pancreatitis.	Surgery	Q1	Sí	

20	2019	Lee JW, Kim TS, Ahn KS, Kim	Liver Transplant for Patients With Preexisting Portal Vein Thrombosis: A Single-	Experimental and Clinical Transplantation	Q3	Sí	
----	------	-----------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------	----	----	--

		YH, et al.	Center Experience.				
21	2022	McMurry H, Sabile JMG, Elstrott B, Chobru tskiy B, et al.	Clinical predictors for thrombus progression in cirrhotic patients with untreated splanchnic vein thrombosis.	Thrombosis research.	Q1	Sí	

22	2020	Xu X, Xu S, Primignani M, De Stefano V, et al.	Nonselective $\beta$ -Blockers May Progress the Thrombosis of Portal Venous System in Cirrhotic Patients: A Retrospective Observational Study	Advances in therapy.	Q1	Sí	
23	2024	Sissingh NJ, Timmerhuis HC, Groen JV, de	Splanchnic vein thrombosis in necrotizing pancreatitis: a post-hoc analysis of a	HPB : the official journal of the International	Q1	Sí	

		Jong MJP, et al.	nationwide prospective cohort	Hepato Pancreato Biliary Association.			
--	--	------------------	-------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

24	2020	Tolan HK, Barut B, Kutlutürk K, Kayaalp C, Yilmaz S.	Ectopic Balloon Device Placement to Correct the Positional Hepatic Venous Outflow Obstruction in Liver Transplantation.	Experimental and Clinical Transplantation	Q3	Sí	
25	2020	Centonze L, Di Sandro S, Cereda M, Lauterio A, et al.	Endovascular Treatment of Acute Posttransplant Portal Vein Thrombosis Due to Portal Steal From Mesocaval And Coronary Portosystemic Shunts.	Experimental and Clinical Transplantation	Q3	Sí	

26	2023	Hitawala AA, Gupta V.	Budd-Chiari Syndrome.	StatPearls		Sí	
----	------	-----------------------	-----------------------	------------	--	----	--

27	2023	Agrawal S, Rayam ajhi S, Rayam ajhi A, Karki S, Deo A, Kharel KK, Lamsal M, Hamal R	Spontaneous bacterial peritonitis complicating extensive splanchnic vein thrombosis, a rare manifestation of essential thrombocythe mia: A case report	Clinical case reports.	Q4	Sí	
28	2020	Rose CF, Amodio P, Bajaj JS, Dhiman RK, Montag nese S, TaylorRobins on SD, Vilstru	Hepatic encephalopat hy: Novel insights into classification, pathophysiol ogy and therapy	Journal of hepatolo gy.	Q1	Sí	
		p H, Jalan R.					

29	2024	Ranasin ghe IR, Sharma B, Bashir K.	Hepatorenal Syndrome.	StatPearl s		Sí	
30	2024	Sulger E, Dhaliw al HS, Oropall o A, et al	Mesenteric vein thrombosis	StatPearl s		Sí	
31	2021	Costach e RS, Drago mirică AS, Dumitr aş EA, Marian a J, Căruntu A, Popesc u A, Costach e DO	Portal vein thrombosis: A concise review (Review)	Experim ental and therapeut ic medicine .	Q2	Sí	

**Elaborado por:** Silva Tene Katherine

## **AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

**Katherine Mabel Silva Tene** portador(a) de la cédula de ciudadanía N.º **0803076694**. En calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales del Proyecto de Titulación **“Complicaciones de la Trombosis Venosa Esplácnica”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **19 de septiembre de 2025**

F: .....

**Katherine Mabel Silva Tene**

**C.I. 0803076694**