

### **TROMBOSIS DE VENA PORTA COMO COMPLICACIÓN DE QUISTE DE COLÉDOCO.**

**Garrido Flores, M. (1), Acevedo González, S. (1); Montedónico Rimassa, S. (1); Godoy Lenz, J. (2); De La Rosa Manríquez, A. (1)**

(1) Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Carlos Van Buren. Universidad de Valparaíso. (2) Departamento de Cirugía Pediátrica. Hospital San Juan de Dios. Clínica Las Condes.

Introducción: La trombosis de vena porta (TVP) en niños es una condición rarísima, constituyendo un desafío diagnóstico. Presentamos un caso clínico donde concurren TVP, quiste de colédoco (QC) y pancreatitis aguda (PA), describiendo su manejo clínico. Presentación del caso Lactante femenino, 1 año 1 mes, sin antecedentes. Inicia cuadro diarreico, manejándose ambulatoriamente. Evoluciona con dolor abdominal. Ingresa subfebril, con abdomen en tabla. Elevación de bilirrubina y parámetros sépticos. Ecografía abdominal demuestra QC. Se hospitaliza, iniciando tratamiento antibiótico por colangitis aguda (CA), con respuesta favorable. Colangiorresonancia confirma QC tipo I con barro biliar. Al 8° día aparece compromiso general, distensión abdominal, y alza de amilasa, lipasa y bilirrubina. Tomografía computada señala PA Balthazar C y ascitis. Se mantiene con nutrición parenteral más albúmina y posteriormente aporte por sonda nasoyeyunal. Revisión de imágenes advierte ausencia de flujo portal, confirmado con Doppler, descartando shunt portosistémico congénito. Inicia tratamiento anticoagulante con dalteparina. Amonemia en ascenso, el 28° día presenta crisis convulsiva, requiriendo fenitoína. Completa tratamiento antibiótico con metronidazol, ampicilina y ciprofloxacino. Lenta mejoría clínica y de laboratorio, parámetros bioquímicos normales, manteniendo amonio elevado. Nuevo Doppler color confirma TVP sin variación. Se interviene el 59° día, encontrando vena porta completamente trombosada, con perforación de rama izquierda y hematoma organizado. Exéresis de QC y anastomosis biliodigestiva. Exploración de vena porta con catéter de Fogarty sin paso proximal ni distal. Evolución postoperatoria favorable, afebril, parámetros inflamatorios y hepáticos en descenso. Tolerancia realimentación enteral progresiva. Alta al 71° día. Controles con normalización de transaminasas, manteniendo amonio elevado. Ecografías abdominales con gran flujo por arteria hepática y ausencia de flujo portal. Pendiente evaluación de várices esofágicas. Revisión del tema. Las etiologías de TVP son daño endotelial directo, sepsis intrabdominal, trauma abdominal, deshidratación y trombofilias. El QC y sus complicaciones (CA, PA y efecto de masa) pueden originar TVP.