Angiología. 2014;66(6):322–325

Angiología

www.elsevier.es/angiologia

ARTÍCULO ESPECIAL

Cirugía de la trombosis venosa profunda iliofemoral: postura en contra

J. Trujillo Santos

Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

Recibido el 11 de marzo de 2014; aceptado el 23 de marzo de 2014
Disponible en Internet el 19 de julio de 2014

PALABRAS CLAVE
Trombosis iliofemoral;
Trombectomía;
Trombólisis dirigida por catéter

Resumen La localización iliofemoral de la trombosis venosa profunda (TVP) es especialmente grave dado que afecta al eje único de drenaje del miembro inferior. El tratamiento únicamente con anticoagulación suele ser insuficiente en la prevención del síndrome postrombótico severo debido a la frecuente incompleta resolución del trombo. Si bien las nuevas técnicas de trombectomía son capaces de conseguir una permeabilidad del eje venoso iliofemoral en un mayor porcentaje de casos que las anteriores técnicas, no se han comparado con el actual estándar de tratamiento que es la trombólisis dirigida por catéter. Esta técnica además se puede combinar con la trombólisis mecánica, aumentando su eficacia. Actualmente está en fase de reclutamiento un ensayo clínico que valorará la dosis de alteplasa más eficiente en la trombólisis dirigida por catéter en los pacientes con TVP iliofemoral y la posibilidad de aumentar su eficacia con métodos mecánicos.
© 2014 SEACV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS
Iliofemoral thrombosis;
Thrombectomy;
Catheter-directed thrombolysis

Surgery of iliofemoral deep vein thrombosis: A stance against

Abstract The iliofemoral location of a deep vein thrombosis (DVT) is particularly serious, as it affects the single drainage stem of the lower limb. Treatment with anticoagulatants alone is often insufficient in preventing severe post-thrombotic syndrome, due to frequent incomplete thrombus resolution. While new thrombectomy techniques are capable of achieving patency of the iliofemoral venous system in a higher percentage of cases than previous techniques, they have not been compared with the current standard of treatment, which is the catheter-directed thrombolysis. This catheter-directed thrombolysis also can be combined with mechanical thrombolysis, increasing its effectiveness. A clinical trial is currently in the recruiting phase and it will assess the most efficient dose of alteplase in catheter-directed thrombolysis in patients with iliofemoral DVT, and the possibility of increasing its effectiveness with mechanical methods.
© 2014 SEACV. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Correo electrónico: javiertrujillo@terra.com

http://dx.doi.org/10.1016/j.angio.2014.03.014
0003-3170/© 2014 SEACV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

La trombosis venosa profunda (TVP) de miembros inferiores tiene como tratamiento estándar la utilización de anticoagulación parenteral en una primera fase aguda con posterior solapamiento y continuación del tratamiento con antivitaminas K[1] o con los nuevos anticoagulantes orales, con actividad antifactor x activado o antitrombina. Aunque la mayoría de las TVP de miembros inferiores son proximales (afectando desde la vena poplítea en sentido proximal), la trombosis de las venas ilíaca externa e ilíaca común es relativamente infrecuente, e incluso su diagnóstico se puede considerar infraestimado dada la necesidad de realizar exploraciones complementarias de imagen adicionales a las diagnósticas de la TVP con objeto de valorar las venas pélvicas y abdominales.

Anatómicamente el eje entre la vena femoral común, la vena ilíaca externa y la vena ilíaca común comprende la única vía de drenaje venoso del miembro inferior. Por ello, el mantenimiento de la permeabilidad de este eje es crucial para conservar el retorno venoso y evitar el síndrome postrombótico, máxime cuando dado que no existen válvulas venosas (o como máximo una válvula) en el eje venoso iliofemoral, el único mecanismo para que exista una enfermedad postrombótica en pacientes con TVP iliofemoral limitada es la obstrucción, no la afectación valvular[2]. Así, se ha descrito que la TVP iliofemoral se asocia en hasta casi un 50% de los casos con un síndrome postrombótico generalmente severo en los casos en que la recanalización de la vena inicialmente trombosada no sea completa[3].

Esta particularidad ha conllevado que en las TVP iliofemorales se valoren tratamientos más precoces y eventualmente más eficaces que el tratamiento anticoagulante estándar, dado que se presupone que la eliminación precoz del trombo conllevará un mejor resultado anatómico y funcional a corto y a largo plazo. Entre estos tratamientos alternativos a la anticoagulación aislada destacan la extracción del trombo mediante cirugía y la trombólisis tanto administrada de forma sistémica como dirigida por catéter e incluso combinada con métodos mecánicos de fragmentación del trombo. Aun así, la estrategia de elección de una precoz resolución del trombo iliofemoral requiere una cuidadosa valoración de los riesgos y beneficios potenciales para cada paciente determinado.

La cirugía (trombectomía) de la TVP iliofemoral se comparó con el tratamiento anticoagulante estándar en las décadas de los 70 y 80 del siglo pasado. La extrapolación de los resultados de estos estudios es limitada, dado que la mayoría de ellos eran estudios no aleatorizados o retrospectivos[4–7]. Por otra parte, los resultados no eran del todo satisfactorios ni cuando se evaluaba la incidencia posterior de síndrome postrombótico, la persistencia de la obstrucción venosa ni el reflujo venoso. En cualquier caso, la realización de una trombectomía de una TVP iliofemoral requiere que el paciente se encuentre en condiciones médicas adecuadas para tolerar la anestesia, una monitorización estrecha de la anticoagulación poscirugía no exenta de riesgos, y la eventual necesidad de realizar una fístula arteriovenosa para reducir el riesgo de retrombosis precoz, además de la ocasional necesidad de colocar un stent venoso[8]. Con todas estas condiciones, se ha conseguido en algunos casos una permeabilidad del eje venoso iliofemoral de hasta el 80% y la preservación de la función valvular femoropoplítea en la mayoría de los pacientes[9].

La evaluación del síndrome postrombótico en estos estudios no queda clara en algunos casos y es frecuentemente referida por el paciente, lo que limita su validez. La evaluación de la permeabilidad venosa tras la trombectomía, si bien podía realizarse inmediatamente tras la cirugía, se veía restringida en el seguimiento a largo plazo del paciente al seguimiento ecográfico, con la consabida limitación de la valoración del sector ilíaco que la ecografía presenta. Las características y resultados de los estudios que valoraron la trombectomía en pacientes con TVP iliofemoral se muestran en la tabla 1 [10–13].

Las limitaciones existentes en la evaluación de los beneficios y de los riesgos en la trombectomía de la TVP iliofemoral se hallan en contraposición a las nuevas técnicas de resolución precoz del trombo, en concreto con la trombólisis dirigida por catéter y la trombólisis farmacomecánica. Los resultados obtenidos con estos tratamientos fibrinolíticos locales han conseguido que actualmente se posicionen como el tratamiento de elección en las TVP iliofemorales. La liberación de un fibrinolítico intratrombo guiado por un catéter con múltiples perforaciones, que permiten la distribución adecuada del mismo en el interior del trombo, aumentando su eficacia, así como la eventual utilización de métodos mecánicos que rompen el trombo sin lesionar la pared venosa han permitido obtener resultados más satisfactorios en cuanto a la permeabilidad venosa y a evitar el desarrollo del síndrome postrombótico.

La trombólisis de la TVP iliofemoral se ha realizado con diferentes trombolíticos desde que en 2001 AbuRahma et al.[10] utilizaron urocinasa, habiéndose empleado también estreptocinasa y más recientemente alteplasa. En algunos estudios se ha asociado la aplicación del trombolítico con la angioplastia e incluso con la colocación de stents en el caso de persistencia de la estenosis venosa[10,13]. Las características más destacables de los estudios que compararon la trombólisis dirigida con catéter frente a la anticoagulación estándar se muestran en la tabla 2. Los resultados adolecen de deficiencias similares a los estudios en los que se valoraba la trombectomía, esto es, ausencia de estandarización a la hora de cuantificar el síndrome postrombótico y un seguimiento ecográfico de la permeabilidad del eje venoso iliofemoral a largo plazo, si bien a corto plazo se podía comprobar mediante flebografía durante el mismo acto terapéutico. El síndrome postrombótico también se evaluaba de forma variada aunque en uno de los estudios[13] se utilizó la escala de Villalta a los 24 meses del episodio índice para poder compararlo con el tratamiento anticoagulante estándar. En este caso se consiguió una reducción absoluta en la incidencia de síndrome postrombótico a los 24 meses de un 14,4% (55,6% en el grupo de tratamiento anticoagulante estándar frente a un 41,1% en el grupo de trombólisis dirigida por catéter más tratamiento anticoagulante), así como una mayor permeabilidad del eje venoso iliofemoral a los 6 meses del episodio índice (65,9 frente a 47,4% en los grupos de tratamiento anticoagulante y en el grupo de tratamiento con fibrinólisis dirigida con catéter, respectivamente)[13].

El tratamiento trombolítico dirigido con catéter en las TVP iliofemorales está indicado en el mismo tipo de pacientes en los que se plantea una resolución precoz del trombo, con criterios similares a los que se plantea en la trombectomía, esto es, primeros episodios de trombosis venosa

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/2867507

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/2867507

Daneshyari.com