



## ARTÍCULO ESPECIAL

# Tratamiento recanalizador de las trombosis venosas del sector iliofemoral



L.M. Izquierdo Lamoca <sup>a,b,\*</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular, Instituto Vascular Internacional, Hospital Universitario Madrid Montepíncipe-Torrelodones, Madrid, España

<sup>b</sup> Departamento de Ciencias Médicas Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad CEU-San Pablo, Boadilla del Monte, Madrid, España

Recibido el 10 de abril de 2014; aceptado el 20 de abril de 2014

Disponible en Internet el 14 de julio de 2014

### PALABRAS CLAVE

Anticoagulación;  
Recanalización;  
Trombosis venosa profunda iliaca

### KEYWORDS

Anticoagulation;  
Recanalization;  
Venous stenting;  
Iliac deep vein thrombosis

**Resumen** Los pacientes con TVP iliofemorales sufren una secuela posttrombótica más severa. El tratamiento tradicional con anticoagulación aislada estaba basado en estudios desfasados.

Las técnicas de trombectomía quirúrgica, fibrinólisis intratrombo y fármaco-mecánica se pueden realizar cada vez con mayor seguridad. La eliminación del trombo ofrece mejores resultados a largo plazo que la anticoagulación aislada.

En la literatura existente, incluida nuestra propia experiencia, las técnicas de stenting venoso tienen una mortalidad nula, una tasa mínima de complicaciones. La permeabilidad es del 90-100% en lesiones no posttrombóticas, del 74-89% en posttrombóticas no oclusivas y del 66-89% en oclusiones crónicas.

En pacientes con TVP iliofemorales sin contraindicación se debe intentar la eliminación del trombo.

La trombectomía quirúrgica se reservaría para contraindicación de fibrinólisis y en la flegmasia.

La fibrinólisis, trombectomía mecánica y la angioplastia y stenting se han convertido en el tratamiento de elección de las TVP en el sector iliaco. Son seguras, efectivas y consiguen buenas permeabilidades a largo plazo, especialmente en pacientes tratados en fase aguda.

© 2014 SEACV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Recanalization treatment of thrombosis of the iliofemoral veins

**Abstract** Patients with DVT affecting the iliac veins develop a more severe post-thrombotic syndrome. This has been traditionally treated with anticoagulation alone, based on outdated experiences.

Contemporary venous thrombectomy, intrathrombus thrombolysis, and pharmaco-mechanical thrombolysis can be offered with increasing safety.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ivi@institutovascular.es](mailto:ivi@institutovascular.es)

Thrombus removal offers better long-term outcomes than anticoagulation alone.

In the literature, including our own experience, venous stenting techniques have zero mortality and low complication rates. In stenosis or thrombotic stent occlusions it is almost zero. Patency is almost 100% in non-post thrombotic lesions, 74-89% in post-thrombotic non-occlusive lesions, and 66-90% in chronic occlusions.

In patients with iliofemoral DVT without contraindication, thrombus removal should be attempted.

Surgical thrombectomy should be considered when lytic therapy is contraindicated, and in phlegmasia.

Thrombolytic therapy, mechanical thrombectomy, and angioplasty and stenting are the treatments of choice of iliac vein DVT. They are safe and can be performed with high long-term patency rates, especially if used in the acute phase.

© 2014 SEACV. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

La trombosis venosa profunda (TVP) supone no solo una amenaza para la extremidad afectada y para la vida del paciente en su fase aguda sino que, en su fase crónica, en función de su localización, severidad y extensión, conlleva también unas secuelas a largo plazo que suponen un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes.

La permanencia del coágulo en la vena condiciona un déficit circulatorio y una lesión en el sistema valvular y en la pared de la vena que altera la eficacia del retorno venoso, lo que lleva a desarrollar una insuficiencia venosa severa con edema, cambios tróficos en la piel y ulceraciones.

## Epidemiología

La incidencia de la TVP es muy elevada, alrededor de 1-2/1.000 habitantes/año. Alcanza un 27-80% entre las autopsias realizadas en hospitales, un 30-65% en cirugía de prótesis de cadera y entre un 50-100% de los lesionados medulares.

Si el paciente no es correctamente tratado, hasta un tercio de las TVP pueden desarrollar un TEP con una mortalidad asociada del 50%<sup>1,2</sup>. Tras el TEP, el síndrome posttrombótico es la principal amenaza para el paciente con TVP. Se presentará con edema y dolor en un 67% de los pacientes, pigmentación y dermatitis de estasis en un 23% y ulceración en un 5%. Sabemos que se establecerá con mayor o menor gravedad según la preservación de la función de las válvulas venosas, de forma que un 72% de los pacientes estará libre de síntomas si las venas distales son normales y solamente un 33% si no lo son<sup>3</sup>. Supone también un importante impacto socioeconómico. Un estudio realizado sobre 21 pacientes describe que a los 5 años un 81% desarrollaron úlceras, un 50% tenían claudicación venosa y un 86% se encontraban incapacitados para el trabajo<sup>4</sup>.

## Estrategias terapéuticas

### Antecedentes

En nuestro entorno, la mayoría de las TVP son tratadas solamente con anticoagulación, independientemente de su

localización, pese a que, como mencionábamos más arriba, se sabe que el subgrupo de pacientes con TVP iliofemoral sufre la secuela posttrombótica más severa y que la ulceración y la claudicación venosa, es decir, los estadios más graves de la secuela posttrombótica, son más frecuentes en pacientes tratados solamente con anticoagulación.

Esta práctica está tan arraigada porque muchas de las guías clínicas sobre el manejo de la TVP y el TEP, usadas como referencia, estaban basadas en experiencias desfasadas y no contemplaban o incluso estaban en contra de las estrategias terapéuticas que incluyesen la extracción o eliminación de trombos.

El American College of Chest Physicians (ACCP) 6th Consensus Conference sobre tratamiento antitrombótico desanimó cualquier entusiasmo para adoptar una estrategia de extracción de los trombos como resultado de sus recomendaciones en relación con la trombectomía quirúrgica y la terapia trombolítica. Buller et al. afirmaron «en pacientes con TVP recomendamos en contra del uso de la trombectomía venosa (grado 1c)» y continuaban diciendo que «la trombectomía quirúrgica se complica frecuentemente con la recurrencia por formación de trombo»<sup>5</sup>. Para realizar estas afirmaciones los autores de la comunicación utilizaron como base científica las experiencias quirúrgicas de estudios realizados en los años 60<sup>6-8</sup> cuyo seguimiento fue incompleto y sesgado e ignoraban por completo los estudios clínicos más recientes que demostraban el beneficio que supone para los pacientes la eliminación del trombo.

Las técnicas de trombectomía quirúrgica contemporánea, la trombolisis directa con catéter intratrombo y la trombolisis fármaco-mecánica son el arsenal terapéutico que podemos ofrecer a los pacientes para extraer los trombos con éxito y con seguridad. La eliminación del trombo con cualquiera de estas técnicas ofrece los mejores resultados a largo plazo frente a la anticoagulación aislada, en lo que a secuelas posttrombóticas se refiere, como confirman resultados obtenidos a largo plazo en grandes ensayos clínicos aleatorizados<sup>9</sup>.

De ahí que en la actualidad el ACCP haya corregido sus errores previos e incluya estas técnicas entre sus recomendaciones del manejo de determinados pacientes con trombosis iliofemorales o subclavio axilares<sup>10</sup>.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2867508>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2867508>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)