



## ORIGINAL

# Cambios en la práctica clínica tras la introducción de los filtros de vena cava retirables<sup>☆</sup>

M. Mellado Joan\*, A. Clarà Velasco, E. Paredes Mariñas, L. Calsina Juscafresa y E. Mateos Torres

Servicio de Angiología, Cirugía Vascul y Endovascular. Hospital del Mar, Parc de Salut Mar, Barcelona, España

Recibido el 18 de junio de 2012; aceptado el 26 de septiembre de 2012

Disponible en Internet el 8 de noviembre de 2012

### PALABRAS CLAVE

Filtro de vena cava retirable;  
Filtro de vena cava permanente;  
Embolia pulmonar;  
Trombosis venosa profunda;  
Retirada

### Resumen

**Objetivos:** Evaluar si la introducción de filtros de vena cava (FVC) retirables en nuestra institución ha comportado variaciones en el número de implantes, indicaciones o complicaciones inmediatas.

**Material y métodos:** Pacientes consecutivos (n=88; edad media 68; varones 46%) con TVP (n=27, 30,7%), TEP (n=22, 25%) o ambos (n=39, 44,3%), en quienes se implantó un FVC por cirujanos vasculares entre 1996-2011. A partir de 2004 todos los FVC fueron potencialmente retirables (Optease/Cordis). Indicaciones: TVP/TEP recurrente/progresivo con anticoagulación correcta (n=22, 25%), TVP/TEP con contraindicación para anticoagulación (n=47, 53,4%), o retirada de anticoagulación tras TVP/TEP por cirugía mayor (n=19, 21,6%).

**Resultados:** Se implantaron 88 FVC: 33 permanentes (20 Venatech-LGM/Braun, 13 Trapesase/Cordis) y 55 retirables (Optease/Cordis). Desde la introducción de los FVC retirables, han aumentado un 40% los implantes, las indicaciones por retirada de anticoagulación tras TVP/TEP para cirugía mayor (p=0,001), y disminuido las indicaciones por TVP/TEP recurrente/progresivo (p<0,001). No se retiraron 31 (65%) de los FVC retirables con indicación supuestamente temporal (n=48), siendo más probable la retirada si se implantaba por cirugía mayor (p<0,001) y menos si era por TVP/TEP recurrente/progresivo (p=0,06). No hubo complicaciones inmediatas asociadas al procedimiento.

**Conclusiones:** La disponibilidad de FVC retirables ha comportado un aumento del número de implantes, sobre todo en pacientes con TVP/TEP en los que debe suspenderse la anticoagulación por cirugía mayor y en los que probablemente antes se demoraba esta hasta pasada la fase aguda del TEP/TVP. A pesar de que los FVC retirables son igualmente seguros a corto plazo, un porcentaje relevante de estos con supuesta indicación temporal no son finalmente retirados, por lo que no debería liberalizarse su indicación.

© 2012 SEACV. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<sup>☆</sup> El manuscrito fue presentado en el 58 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Angiología, Cirugía Vascul y Endovascular, 31 de mayo, 1 y 2 de junio de 2012, Barcelona.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 99522@parcdesalutmar.cat (M. Mellado Joan).

**KEYWORDS**

Removable inferior vena caval filter;  
Permanent inferior vena caval filter;  
Pulmonary embolism;  
Deep venous thrombosis;  
Retrieval

**Changes in clinical practice after the introduction of removable inferior vena cava filters****Abstract**

*Objectives:* To assess whether the introduction of removable inferior vena cava filters (VCF) has led to variations in the number of implants, indications, and immediate complications in our hospital.

*Materials and methods:* The study included consecutive patients (n = 88, mean age 68 years, males 46%) with DVT (n = 27, 30.7%), PE (n = 22, 25%) or both (n = 39, 44.3%) who had a VCF implanted by vascular surgeons between 1996-2011. Since 2004 all VCF were potentially removable (OptEase / Cordis). Indications DVT / PE recurrent / progressive with proper anticoagulation (n = 22, 25%), DVT / PE with contraindication to anticoagulation (n = 47, 53.4%), or removal of anticoagulation after DVT / PE for major surgery (n = 19, 21.6%).

*Results:* A total of 88 VCF were implanted: 33 permanent (20 Venatech-LGM/Braun, 13 Trape-sase / Cordis), and 55 removable (OptEase / Cordis). Since the introduction of removable VCF, the number of implants increased by 40%, indications for anticoagulation after withdrawal of DVT / PE for major surgery increased ( $P = .001$ ) and the indications for DVT / PE recurrent / progressive ( $P < .001$ ) decreased. Thirty-one (65%) of supposedly temporary VCF (n = 48) were not removed. Removal was more likely if implanted in surgery ( $P < .001$ ) and less if it was for DVT / PE recurrent / progressive ( $P < .06$ ). There were no immediate complications associated with the procedure.

*Conclusions:* The availability of removable FVC has resulted in a higher number of implants, especially in patients with DVT / PE where anticoagulation should be discontinued for major surgery, and probably before that it was delayed until after the acute phase of PE / DVT. Although removable VCF are equally safe in the short term, a significant percentage of those with suspected temporary indications are eventually withdrawn, so its indication should not be widened.

© 2012 SEACV. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

**Introducción**

La enfermedad tromboembólica venosa (EDEV), que incluye la trombosis venosa profunda (TVP) y su mayor complicación, el tromboembolismo pulmonar (TEP), representa un problema frecuente y grave en la práctica clínica. En Estados Unidos 1 de cada 1.000 habitantes será diagnosticado de un nuevo episodio de TVP y en España 45.000 nuevos casos de TEP son diagnosticados cada año<sup>1,2</sup>.

Para pacientes con EDEV el tratamiento de primera elección ha sido y sigue siendo la anticoagulación. Sin embargo, cuando este tratamiento está contraindicado, debe suspenderse o no es efectivo, la interrupción de la vena cava inferior constituye una alternativa terapéutica que debe ser considerada.

La ligadura quirúrgica de la vena cava inferior, realizada a finales del siglo XIX, fue el primer tratamiento realizado para prevenir el TEP en un paciente con TVP y contraindicación para la anticoagulación y fue casi un siglo más tarde, en 1967, cuando Mobin Uddin colocó el primer filtro de vena cava inferior. Previamente, el clip de cava de Adam DeWeese constituyó el estándar de tratamiento en estos casos. Desde entonces los filtros de vena cava han ido evolucionando y a pesar de que la incidencia de EDEV se ha mantenido relativamente estable en los últimos 20 años, el número de filtros de vena cava implantados ha ido aumentando de forma progresiva, especialmente tras la aparición de los filtros retirables<sup>3-5</sup>.

El presente estudio analiza si la introducción de filtros de vena cava (FVC) retirables en nuestra institución ha comportado variaciones en el número de implantes, indicaciones o complicaciones inmediatas.

**Material y métodos**

Se realizó una revisión retrospectiva de pacientes consecutivos con EDEV en los que se implantó un filtro de vena cava inferior entre los años 1996 y 2011. Se registraron las características demográficas, el tipo de EDEV (TVP, TEP o ambas), la indicación y tipo de filtro, su eventual retirada y las complicaciones per y posprocedimentales inmediatas.

Los pacientes se clasificaron atendiendo al carácter absoluto o relativo de la indicación de filtro. Si había más de una indicación en un mismo paciente se escogió aquella clínicamente más relevante. Se consideró que había habido progresión o nuevo episodio de EDEV si una nueva ecografía Doppler, angiotomografía computarizada (angio-TC) o gammagrafía mostraba progresión proximal o nuevos hallazgos de EDEV (TVP o TEP).

Todos los filtros fueron colocados en quirófano o en una sala de angiología por miembros del Servicio de Cirugía Vasculardel Hospital del Mar. Se implantaron todos por vía percutánea (femoral n = 87 o yugular n = 1) según técnica habitual inmediatamente caudales a la vena renal más distal. Se colocaron filtros permanentes Vena-Tech

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2867613>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2867613>

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