



REVISIÓN

Tratamiento de la trombosis venosa profunda iliofemoral y del síndrome postrombótico

F. Gabriel Botella^{a,*}, M. Labiós Gómez^a, O. Portolés Reparaz^b y L. Ibáñez Gadea^c

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

^b Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Valencia, Valencia, España

^c Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Fuente de San Luis, Valencia, España

Recibido el 2 de enero de 2013; aceptado el 16 de mayo de 2013

Disponible en Internet el 26 de octubre de 2013

PALABRAS CLAVE

Trombosis venosa profunda iliofemoral;
Terapia anticoagulante;
Terapia de compresión;
Trombólisis

KEYWORDS

Iliofofemoral deep vein thrombosis;
Anticoagulant therapy;
Compression therapy;
Thrombolysis

Resumen Los pacientes con trombosis venosas profundas iliofemorales tienen mayor riesgo de sufrir un tromboembolismo venoso recurrente y un síndrome postrombótico que los que padecen trombosis venosas proximales menos extensas. Aunque las heparinas y el fondaparinux son utilizados como terapia inicial, es muy probable que los nuevos anticoagulantes orales los sustituyan en un futuro próximo. La trombólisis sistémica y la dirigida por catéter están siendo reemplazadas por la percutánea mecánica y farmacomecánica debido a sus menores tasas de hemorragias, de tiempo de perfusión y de consumo de recursos hospitalarios. La trombectomía quirúrgica venosa se reserva para pacientes con contraindicaciones o fracaso de estas últimas. Aunque el tratamiento quirúrgico está indicado en casos severos de síndrome postrombótico, carecemos de estudios metodológicamente consistentes sobre su efectividad y seguridad.

© 2013 SEACV. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Treatment of iliofemoral deep vein thrombosis and post-thrombotic syndrome

Abstract Patients with iliofemoral deep vein thrombosis are at increased risk of recurrent venous thromboembolism and post-thrombotic syndrome than those with less extensive proximal venous thrombosis. Although heparins and fondaparinux are used as initial therapy, it is likely that new oral anticoagulants, mostly those replaced in the near future. Systemic thrombolysis and catheter-directed is being replaced by mechanical and pharmacomechanical percutaneous due to their lower rates of bleeding, infusion time and consumption of hospital resources. The venous thrombectomy should be reserved for patients with contraindications or failure of the latter. Although surgical treatment is this one indicated in severe cases of post-thrombotic syndrome, lack of methodologically robust studies on its effectiveness and safety.

© 2013 SEACV. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fgabrielbotella@hotmail.com (F. Gabriel Botella).

Introducción

Tradicionalmente las trombosis venosas profundas de los miembros inferiores (TVPMI) se han clasificado en proximales, lo que incluye las venas poplíteas y las situadas por encima de ellas, e infrapoplíteas o distales.

La trombosis venosa profunda iliofemoral (TVPIF) es una obstrucción parcial o completa de cualquier parte de la vena ilíaca o de la vena femoral común (VFC), con o sin afectación de otras venas de las extremidades inferiores o de la vena cava inferior (vci)¹. En un estudio de cohortes prospectivo y multicéntrico de pacientes con TVPMI sintomáticas, el 39% de las trombosis venosas profundas (TVP) proximales afectaban a la femoral o a la ilíaca². Cuando se obstruye la vena femoral, la vía colateral primaria que aporta el flujo sanguíneo a la extremidad se realiza mediante el drenaje en la vena femoral profunda (VFP) que, a su vez, desemboca en la VFC³. Como consecuencia, la trombosis situada por encima del punto de entrada de la VFP provoca una obstrucción más grave que frecuentemente causa una sintomatología inicial más alarmante y secuelas clínicas tardías⁴.

La importancia de diferenciar la TVPIF de las demás TVP proximales se fundamenta en varios estudios prospectivos. En el primero de ellos, realizado con 1.149 pacientes con TVP sintomáticas, en los 3 meses siguientes, aquellos con TVPIF tenían 2,4 veces mayor riesgo de sufrir un tromboembolismo venoso recurrente que los que presentaban una TVP proximal menos extensa⁵. En el segundo, efectuado en una cohorte de 387 pacientes con TVP sintomáticas, a los 2 años de seguimiento, los que tenían afectada la VFC o la ilíaca presentaban un síndrome posttrombótico (SPT) más grave ($p < 0,01$) que el resto de los enfermos estudiados⁶.

Estos hallazgos confirman los de estudios previos en los que la claudicación venosa, las úlceras venosas y el empeoramiento de su calidad de vida fueron comúnmente observados en estos pacientes⁷.

El objetivo de nuestro estudio es proporcionar al médico una revisión actualizada de las distintas opciones terapéuticas de la TVPIF y del SPT que le permita conocer en todo momento cómo enfocar estas enfermedades y, en consecuencia, ofrecer a cada tipo de paciente el tratamiento más adecuado.

Terapia anticoagulante inicial

Las TVPIF deben anticoagularse inicialmente para prevenir la embolia pulmonar (EP) y los tromboembolismos venosos recurrentes (TEVR)⁸. En la mayoría de los casos estos objetivos se alcanzan con el tratamiento anticoagulante convencional por lo que, en ausencia de contraindicaciones, se recomienda iniciarlo con heparinas de bajo peso molecular (HBPM), fondaparinux o heparinas no fraccionadas (HNF)⁹.

Heparinas de bajo peso molecular comparadas con heparinas no fraccionadas intravenosas

Distintos estudios sugieren que las HBPM se asocian con una disminución de la mortalidad, de las hemorragias mayores y de los TEVR comparadas con las HNF intravenosas.

Tienen la ventaja de su fácil administración que favorece el tratamiento ambulatorio y el inconveniente de su bioacumulación cuando existe un fallo renal, reflejado en los niveles supratrapéuticos de anti-Xa y en el incremento del riesgo hemorrágico. Por este motivo se recomiendan las HNF en enfermos con un $\text{CrCL} < 30 \text{ ml/min}$ y en aquellos subsidiarios de trombólisis^{10,11}.

Fondaparinux comparado con heparinas de bajo peso molecular

Los resultados del ensayo Matisse indican que el fondaparinux presenta unas tasas de mortalidad, de hemorragias mayores y de TEVR similares a las alcanzadas por las HBPM, aunque la mediocre calidad de los datos obtenidos, por las imprecisiones del trabajo, no permite tener una certeza clara sobre su eficacia en el tratamiento de las TVP¹².

Se ha sugerido solo a través de evidencias indirectas en pacientes con EP que el fondaparinux es igual de efectivo que las HBPM, aunque no se ha demostrado hasta el momento¹³.

Fondaparinux comparado con heparinas no fraccionadas intravenosas

Al igual que en el caso anterior tampoco existe evidencia directa de que el fondaparinux sea igual de efectivo que las HNF en el tratamiento de la TVP¹³.

Una ventaja potencial de este fármaco es que raramente se asocia a trombocitopenia. Su inconveniente es que no debe administrarse a pacientes con $\text{CrCL} < 30 \text{ ml/min}$ ¹⁴.

Terapia anticoagulante a largo plazo

El tratamiento a largo plazo con HBPM solo está recomendado en embarazadas, en pacientes con cáncer, cuando exista alto riesgo de sangrado, en las complicaciones derivadas de las antivitaminas K (AVK) o ante la imposibilidad de realizar determinaciones de la relación internacional normalizada (INR) periódicas¹⁵.

A excepción de estos casos, la anticoagulación parenteral debe simultanearse con la administración de AVK durante un mínimo de 5 días y hasta que la INR sea igual o superior a 2, por lo menos durante 24 h, momento en el que se suspende la medicación parenteral¹⁶.

Duración del tratamiento anticoagulante

Aunque es posible que los pacientes con TVPIF tengan mayor peligro de padecer TEVR y SPT, no hay una clara evidencia que apoye la administración de anticoagulantes orales o parenterales durante largos períodos de tiempo¹⁷.

Decidir la duración del tratamiento debe basarse en los factores de riesgo¹⁸ (tabla 1), en la presencia de TEVR, en la tolerancia a la anticoagulación, en el peligro de sangrado y en las preferencias del paciente¹⁹.

En este sentido pueden definirse 3 grupos:

- a) En general, después de 3 meses, la anticoagulación puede suprimirse con seguridad en la mayoría de los

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2867671>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2867671>

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