



Revista Colombiana de
Cardiología

www.elsevier.es/revcolcar



CIRUGÍA CARDIOVASCULAR DEL ADULTO - REVISIÓN DE TEMAS

Trombosis venosa subclavia asociada a electrodo de marcapasos y síndrome de la plaqueta pegajosa

Carolina Ocampo-Salgado^a, Mauricio Duque-Ramírez^{a,*},
María del Mar Serna-Posada^{a,b}, Juan Carlos Díaz-Martínez^a
y Julián Aristizábal-Aristizábal^a

^a *Cardiología y Electrofisiología. Universidad CES, Medellín, Colombia*

^b *Enlace Cardiología, Medellín, Colombia*

Recibido el 23 de septiembre de 2017; aceptado el 21 de noviembre de 2017

PALABRAS CLAVE

Agregación
plaquetaria;
Electrodo;
Marcapasos;
Trombosis;
Trombosis venosa

Resumen El síndrome de la plaqueta pegajosa es un trastorno cualitativo plaquetario en el que bajas concentraciones de epinefrina y adenosina difosfato producen hiperagregabilidad plaquetaria considerable. Se ha especulado mucho sobre la etiología de este trastorno sin que sean claros sus mecanismos fisiopatológicos. Desde el punto de vista clínico, se asocia a trombosis arteriales y venosas recurrentes en pacientes jóvenes, pérdidas gestacionales, otras complicaciones obstétricas y cefalea recurrente. En la literatura se ha descrito su presentación familiar, lo que hace sospechar su comportamiento hereditario autosómico dominante; también se ha reportado un fenotipo adquirido de la enfermedad en algunas poblaciones especiales como pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de reemplazo renal o posterior al trasplante renal y en pacientes con cuadros inflamatorios o inmunosupresión. Se expone el caso de una paciente con antecedente de cefalea de difícil manejo, síndrome hipertensivo asociado al embarazo y mortinato, con síndrome del nodo enfermo y disautonomía manejadas con implantación de marcapasos definitivo bicameral con sensor CLS, que desarrolló trombosis de la vena subclavia, asociada al electrodo de marcapasos, recurrente a pesar de anticoagulación con warfarina y rivaroxabán e incluso a pesar de antiagregación con ácido acetilsalicílico, con posterior diagnóstico de síndrome de la plaqueta pegajosa.

© 2018 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mauricioduquemd@gmail.com (M. Duque-Ramírez).

<https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.11.029>

0120-5633/© 2018 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: Ocampo-Salgado C, et al. Trombosis venosa subclavia asociada a electrodo de marcapasos y síndrome de la plaqueta pegajosa. Rev Colomb Cardiol. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.11.029>

KEYWORDS

Platelet aggregation;
Electrode;
Pacemaker;
Thrombosis;
Venous thrombosis

Subclavian venous thrombosis associated with pacemaker electrode and sticky platelet syndrome

Abstract Sticky platelet syndrome is a qualitative platelet disorder in which low concentrations of adrenaline and adenosine diphosphate produce considerable platelet hyperaggregability. There has been much speculation on the origin of this disorder as its pathophysiological mechanisms of action are not yet clear. From a clinical point of view, it is associated with recurrent arterial and venous thrombosis in young patients, miscarriages, other obstetric complications and recurrent headaches. Its familial presentation has been described in the literature, suspecting that it is of a dominant autosomal hereditary nature. An acquired phenotype of the disease has also been reported in some particular patients, such as patients with chronic kidney disease on renal replacement therapy or after a kidney transplant, as well as in patients with inflammatory processes or immunosuppression. The case is presented of a patient with a history of difficult to manage headaches, a hypertensive syndrome associated with the pregnancy, and a foetal death. She also had sick sinus node syndrome and dysautonomia managed with a definitive dual-chamber pacemaker with a CLS sensor. There was then a thrombosis in the subclavian vein associated with the pacemaker electrode, being recurrent despite anticoagulation with warfarin and rivaroxaban, and even despite anti-aggregation treatment with acetyl salicylic acid. She was subsequently diagnosed with sticky platelet syndrome.

© 2018 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Hasta el momento han sido bien estudiados y descritos en la literatura los defectos en los factores de la coagulación de los que se derivan los estados de hipercoagulabilidad y sus manifestaciones tromboticas; sin embargo, hay menor entendimiento de los desórdenes cualitativos y cuantitativos de las plaquetas que favorecen los estados protromboticos; un ejemplo de ello es la reciente descripción del defecto Wien-Penzing en 1991¹. A la fecha, existen 59 publicaciones en la base de datos Pubmed sobre el síndrome de la plaqueta pegajosa. Esta es una entidad caracterizada por hiperagregabilidad plaquetaria inducida por bajas cantidades de adenosín difosfato y/o epinefrina, tanto o más prevalente que otras trombofilias como el síndrome antifosfolípido, asociada a manifestaciones tromboticas arteriales y venosas recurrentes y a pérdidas gestacionales tempranas. Su descripción reciente y el desconocimiento de la entidad contribuyen al subdiagnóstico de la misma.

Caso

Paciente de 36 años con antecedente de cefalea migrañosa de difícil manejo, con embarazo previo en el que presentó síndrome hipertensivo asociado y mortinato, que consultó con cuadro clínico de varios años de evolución, conformado por mareos y síncope recurrentes y prueba de mesa basculante positiva para síncope mixto. Se inició manejo con cambios del estilo de vida y fludrocortisona, sin mejoría significativa.

Durante el seguimiento persistió con sintomatología vasovagal, fatiga, limitación de su clase funcional, hipotensión y bradicardia, por lo que se realizó prueba ergométrica y monitorización Holter, en la que se evidenció disfunción

sinusal. Se descartaron alteraciones metabólicas (carbohidratos y lípidos), tiroideas e hidroelectrolíticas. Por lo anterior, se llevó a estudio electrofisiológico que demostró disfunción sinusal y se decidió implante de marcapasos con sensor CLS para su síndrome del nodo enfermo y su disautonomía.

Tres meses después, presentó edema importante en miembro superior izquierdo, documentándose trombosis venosa profunda de la vena subclavia, por lo que se realizó angioplastia con balón e implantación de stent. Se inició anticoagulación con warfarina. Dos meses más tarde presentó nuevamente edema y dolor en la extremidad superior izquierda; en venografía se encontró trombosis intrastent y se realizó angioplastia e implante de stent intrastent. Continuó anticoagulación con warfarina con INR dentro de metas pero con múltiples manifestaciones hemorrágicas espontáneas como gingivorragia o hematoma espontáneo en muslo derecho. Dos meses después de la implantación del segundo stent consultó con cuadro clínico consistente en trombosis venosa profunda aguda de la extremidad superior izquierda por lo que fue llevada a nueva venografía con evidencia de trombo intrastent no oclusivo, luego de lo cual se decidió cambio de tratamiento médico con inicio de anticoagulación con rivaroxabán 20 mg/día.

Consultó de manera recurrente por cefaleas que ameritaron interconsulta con Neurología; fue difícil el control del dolor y no se documentaron lesiones intracraneales ocupantes de espacio o complicaciones hemorrágicas asociadas. Un año después presentó recurrencia del cuadro y en nuevo procedimiento se evidenció oclusión del stent por trombo extensivo a venas axilar y humeral izquierda, con circulación por colaterales desde tronco venoso tirocervical hacia yugular interna e innominada. Fue llevada a trombólisis selectiva con rTPA y se realizó angioplastia con balón liberador de paclitaxel. Se decidió adicionalmente antiagregación con

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8676118>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8676118>

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