

Tema de Angiología

**TRATAMIENTO DE LA TROMBOSIS
VENOSA DE MIEMBROS INFERIORES**

En el número anterior de Experiencia Médica (1998; 16 (1): 26-30) nos ocupamos del diagnóstico de la trombosis venosa profunda aguda. Antes de describir el tratamiento de las trombosis superficiales (TVS) y profundas (TVP), corresponde decir algunas palabras acerca del diagnóstico de las primeras.

Cuando está presente el clásico cordón venoso inflamado y sensible, el diagnóstico no ofrece dudas. Ocasionalmente, cuando el panículo adiposo es grueso y las venas pequeñas, como puede ocurrir en mujeres, se puede cometer el error de diagnosticar celulitis o erisipela en vez de flebitis. Por ello es imprescindible llevar a cabo una ecografía Doppler cuando existen dudas, ya que este procedimiento permite resolverlas en pocos minutos.

El primer esquema comienza con la presunción de un diagnóstico seguro y se ramifica hacia TVP o TVS.

Siempre se debe pensar en la posibilidad de que un estado hipercoagulable -congénito o adquirido- haya participado en la fisiopatogenia de la trombosis. Para ello se debe evaluar si han estado presentes o no los factores predisponentes habitualmente asociados con TV, como inmovilidad, trauma -quirúrgico o no-, obesidad, síndrome post flebítico, o grandes várices.

Cuando la TV ocurre sin la influencia de dichos factores, o cuando ellos hayan sido de escasa magnitud en relación con su severidad, se la debe tratar y simultáneamente llevar a cabo los estudios necesarios para detectar una neoplasia oculta: examen clínico completo, y ginecológico en mujeres, análisis de rutina, radiografía de tórax y ecografía de abdomen y pelvis. La detección de otros estados hipercoagulables -congénitos o adquiridos- debe ser diferida hasta que se complete el tratamiento con anticoagulantes y haya desaparecido el efecto de los mismos.

Dr. Alberto Achával⁽¹⁾, Dr. Alejandro Avakian⁽²⁾, Dr. Aldo Tabares⁽³⁾, Biol. Silvia Carricart⁽⁴⁾
SECCION ANGIOLOGIA - HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA

La TVS de una vena varicosa nos exige de tales investigaciones. Por el contrario la TV de una vena sana, no sometida a agresiones físicas o químicas, exige la consideración de neoplasia oculta o de otras diátesis trombofílicas.

No es necesario internar al paciente para el tratamiento de un TVS o sural. Por múltiples razones consideramos necesario internar al portador de una TV proximal quien casi siempre puede ser dado de alta en 5 a 7 días.

Cuando se trata de una TVS severa o sural, preferimos utilizar anticoagulantes porque aceleran la resolución y previenen la progresión a venas proximales.

Cuando existen contraindicaciones para la anticoagulantes o cuando la TVS es de moderada severidad, se puede prescindir de los anticoagulantes, pero en estos casos es prudente vigilar de cerca al paciente y llevar a cabo una ecografía Doppler en caso de dudas, con el fin de detectar la posible progresión a venas profundas.

El tratamiento de las TVP proximales está esquematizado en el cuadro II, que no requiere muchos comentarios.

La trombectomía es un procedimiento que debe llevarse a cabo solo cuando la viabilidad tisular está amenazada, y han fracasado otras opciones terapéuticas. Algunos cirujanos prefieren crear una fístula AV después de la misma para tratar de prevenir re-trombosis. Es poco probable que la trombectomía sea eficaz si es que una lisis endoluminal ha fracasado, pero está indicada si la viabilidad tisular corre peligro. Se debe dar heparina antes, durante y después de una trombectomía.

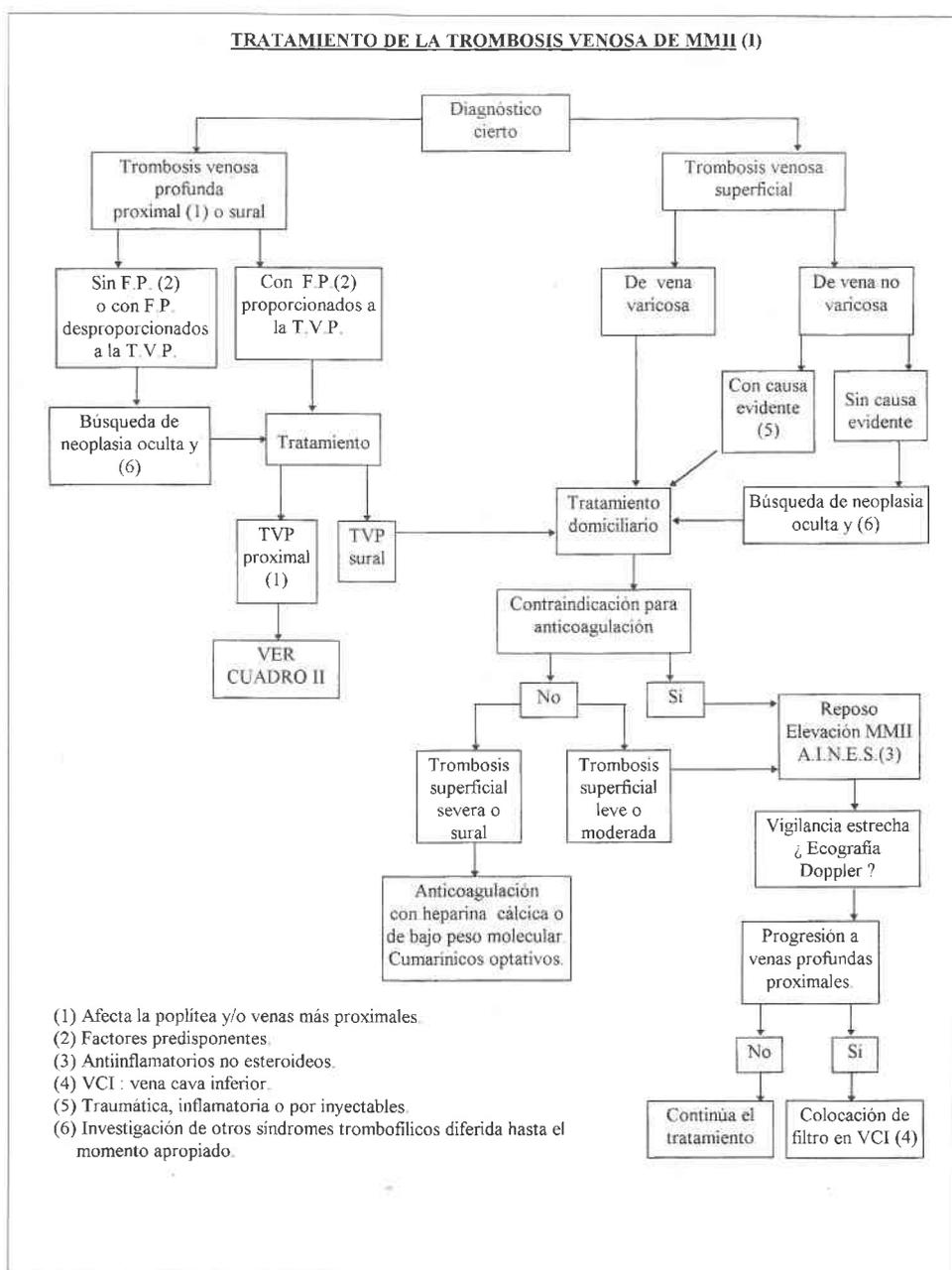
Los fibrinolíticos administrados por vía sisté-

(1) Jefe de la Sección Angiología - Hospital Privado.
(2) Ex Fellow de la Sección Angiología - Hospital Privado.
(3) Médico Adjunto de Angiología - Hospital Privado.
(4) De la Sección Angiología - Hospital Privado.

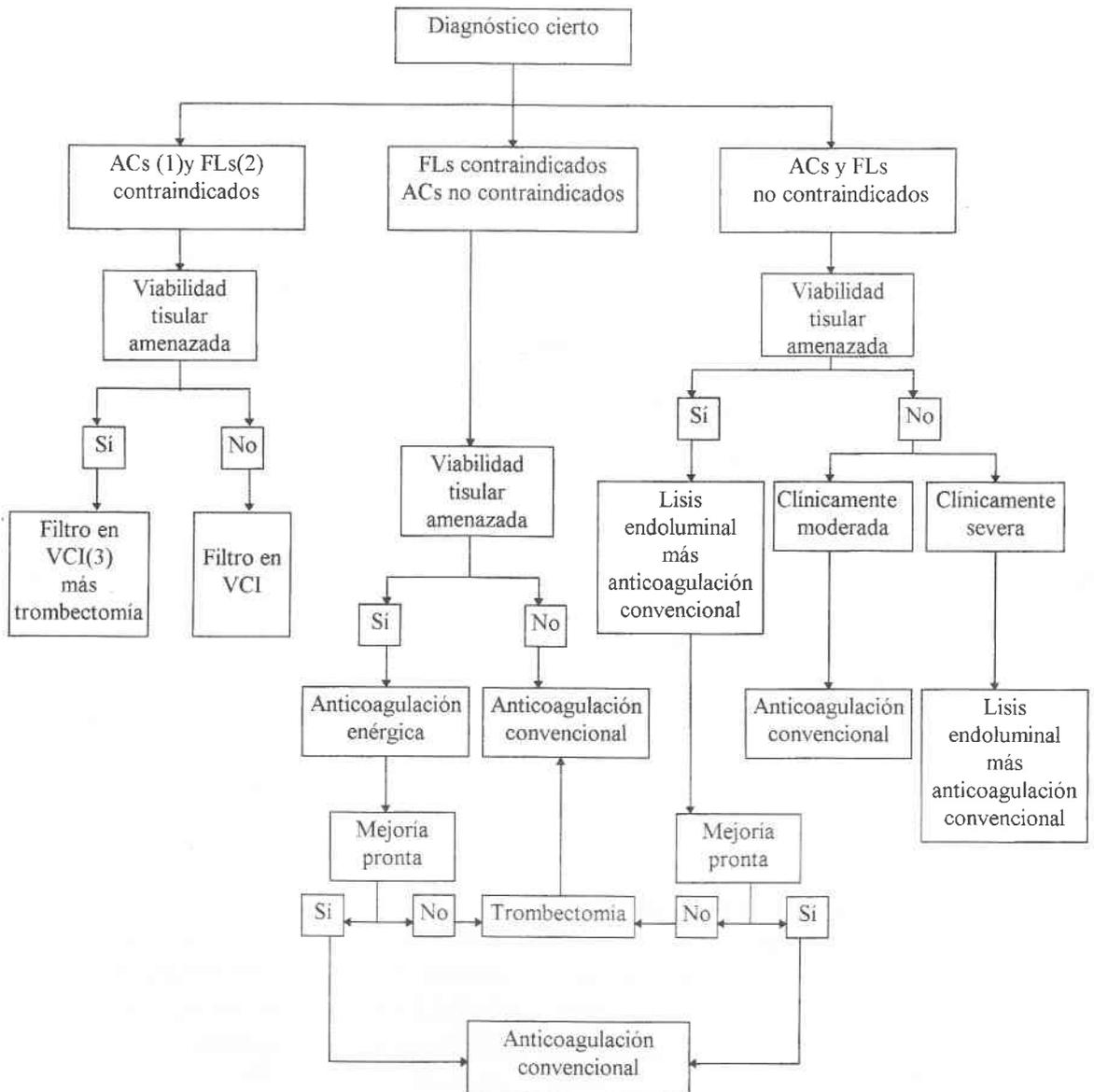
mica no suelen ser útiles. Por el contrario, instilados en el espesor del trombo por medio de catéteres con múltiples perforaciones laterales, pueden proporcionar resultados espectaculares. Es este un procedimiento complejo y costoso que debe ser reservados para casos bien seleccionados.

Nótese que en el cuadro aparecen las opciones de “anticoagulación convencional” (AC) y de anticoagulación energética” (AE). Por AC entendemos la heparinización por infusión continua, para lograr un tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPA) igual al basal x 2, mientras que en la AE se trata de llegar al basal x 3. Recono-

ceamos que esta recomendación no se basa en hechos demostrados, y que una AE puede asociarse con una mayor prevalencia de complicaciones hemorrágicas. Consideramos, sin embargo, que cuando el cuadro clínico es severo, y no se puede llevar a cabo una lisis endoluminal, una AE está justificada por la experiencia personal, ya que el riesgo de hemorragias es modesto.



TRATAMIENTO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA PROXIMAL DE MMII (II)
(INCLUYE ILIACAS, FEMORALES Y POPLITEA)



- (1) ACs : Anticoagulantes
- (2) FLs : Fibrinolíticos
- (3) VCI : Vena Cava Inferior