

TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE PROLONGADO EN ANGIOLOGIA *

ZVONIMIR P. MATICH

Zaragoza (España)

El problema tromboembólico de las enfermedades cardiovasculares es cada vez más palpable, ya que en la mayoría de los casos suele ser el desenlace fatal de estas afecciones. Teniendo en cuenta el incremento de los factores que favorecen la coagulación sanguínea patológica —lesiones parietales de los vasos, substancias alimenticias que aumentan la viscosidad sanguínea, cardiopatías que dificultan la velocidad de la circulación de la sangre— se explica fácilmente el aumento de las posibilidades tromboembólicas.

Por otra parte, el crecido número de fármacos anticoagulantes recientes —y cierto temor al uso de los mismos, heredado de las épocas anteriores por una serie de circunstancias que no son del caso, pero ciertas y conocidas por todos— nos induce abordar el tema con una serie de experiencias prácticas que venimos realizando durante estos últimos tiempos.

Pasaremos por alto el uso de la heparina intravenosa o intramuscular en la fase aguda e inicial de una afección embolígena o trombótica, ya que está perfectamente sistematizado cuando se conocen los principios terapéuticos adecuados. Tampoco nos interesa entrar en el reciente avance de las fibrolisinas, indicadas principalmente en los primeros momentos de la dolencia. Lo que nos interesa es el tratamiento anticoagulante prolongado.

Una vez resuelto el problema álgido de la afección, sabemos que es preciso insistir en la terapéutica anticoagulante durante un cierto tiempo, marcado por la persistencia de las molestias. Pero esto supone, en caso de productos heparínicos, los consabidos inconvenientes de la administración parenteral bien precisa, controlada y molesta, además de controles de laboratorio harto frecuentes.

Para evitar estos inconvenientes, sin perder la eficacia del tratamiento anticoagulante, hemos empleado durante dos años consecutivos, en una serie de pacientes, la administración oral de Sintröm, uno de los más recientes derivados cumarínicos, que viene dosificando en comprimidos de

* Comunicación presentada en las VIII Jornadas Angiológicas Españolas, Sevilla 1962.

4 mg. No detallaremos sus características químicas y farmacológicas, ya conocidas por una serie de trabajos científicos de autores nacionales y extranjeros.

Presentamos sólo los casos más sobresalientes y significativos de una serie de 34 casos tratados, para evitar repeticiones innecesarias. Los restantes los mencionaremos de forma resumida.

Dividiremos los casos tratados en tres grupos principales. El primero consta de 16 coronariopatías trombóticas; el segundo, de 7 obliteraciones arteriales de miembros inferiores; y el último, de 11 casos de trombosis venosa periférica. No disponemos de casuística de tromboembolias cerebrales ni de embolias pulmonares.

CORONARIOPATÍAS OBSTRUCTIVAS

El caso más significativo de este grupo es un infarto de cara anterior, en un paciente de 44 años de edad, que después de una terapéutica vasodilatadora de las coronarias, cardiotónica y heparínica por vía intravenosa cede de un modo considerable en el plazo de sesenta horas, consiguiendo reducir el índice de protrombina de Quick de 118 % a 58 %. A continuación se va sustituyendo la heparina por Sintröm, administrando 8 mg. diarios (2 comprimidos), durante cinco días. El índice de protrombina persiste aproximadamente igual. Se disminuye la dosis, durante otros cinco días, a un comprimido diario subiendo el índice de Quick a 95 %. A la vista de este resultado se aumenta la dosis a 12 mg. (3 comprimidos) diarios, produciéndose al cabo de cuatro días una hematuria considerable a simple vista. El índice de protrombina descendió a 26 %. Se suspende por completo el Sintröm, cediendo la hematuria en la prueba de laboratorio a las 24 horas. Dos días más tarde el índice de protrombina asciende a 70 %. Se vuelve a administrar un comprimido diario, que se muestra insuficiente ya que el índice tiende a subir ligeramente a los cinco días (76 %). Durante más de un mes se administran 6 mg. diarios de Sintröm, con lo que el índice de Quick se mantiene alrededor de 50 %. El paciente mejora notablemente de su cardiopatía y comienza la vida normal.

Un año más tarde, abandonada toda terapéutica, se presenta otro cuadro de infarto de miocardio de cara anterolateral. Se vuelve a la terapéutica anteriormente descrita, mejorando. Pero el paciente cambia de cuadro médico, que le cambia el Sintröm por otro preparado cumarínico (Tromexano) de distintas características. A los pocos días el paciente fallece, con un cuadro de arritmia y disnea acusada.

Creemos que la causa de la muerte fue la rápida eliminación de los efectos del Sintröm y la lenta acumulación del otro cumarínico, constituyéndose así un lapso de tiempo, corto pero fatal, de ineficacia anticoagulante.

Todos los demás casos de coronariopatías obstructivas han sido tratados de forma prolongada con 10 a 8 mg. diarios de Sintröm, en los primeros días, bajando suavemente la dosis a 6, 4 e incluso 2 mg. diarios, según las indicaciones del control del laboratorio.

No hemos vuelto a tener hematurias ni otras complicaciones al respecto efectuado el control de laboratorio cada cinco días en las primeras semanas y cada diez o quince días más tarde.

Naturalmente, no queremos adjudicar los buenos resultados de regresión del cuadro coronariopático tan sólo al tratamiento anticoagulante sino al conjunto de la terapéutica. Sin embargo, queremos hacer la salvedad de que no hemos empleado otros medicamentos que pudiesen influir favorable o desfavorablemente sobre la coagulación, por ejemplo la butazolidina, barbitúricos o solcilitatos.

En cuanto a la toxicidad posible de este preparado cumarínico, en algunos casos se han realizado previamente las pruebas funcionales hepáticas de laboratorio, sin que variaran en el curso del tratamiento anticoagulante.

OBLITERACIONES ARTERIALES PERIFÉRICAS

De los 7 casos de obliteración arterial periférica, 4 correspondían a trombosis arterial en arterioscleosos de los miembros inferiores y 3 a embolia arterial de los miembros inferiores en cardiópatas con valvulopatía adquirida.

En todos estos casos se ha mantenido el índice de protrombina entre 50 y 55 % con la administración de 8 a 6 mg. diarios de Sintröm. Los resultados clínicos han sido satisfactorios, excepto en un caso en el que se precisó una dosis de 12 mg. (3 comprimidos) diarios. Esta paciente tenía trombosis del «carrefour» aórtico, afectando totalmente la ilíaca izquierda y parcialmente la ilíaca derecha. Al final hubo que amputar la pierna izquierda, puesto que no se consiguió que la enferma aceptase métodos quirúrgicos de recanalización vascular. No obstante, al poco tiempo mejoró de modo aceptable la situación de la pierna derecha, acusando cierta mejoría incluso en la oscilometría.

En uno de los casos de embolia arterial de la femoral común se practicó la correspondiente embolectomía, recuperándose la circulación normal hasta por debajo de la bifurcación de la poplítea. Se continuó el tratamiento con vasodilatadores periféricos, infiltración del simpático lumbar y tomas de 8 mg. diarios de Sintröm, manteniendo el índice de protrombina alrededor del 45 %. Naturalmente, en el tiempo quirúrgico se empleó debidamente la heparina intravenosa. La mejoría definitiva, al cabo de dos semanas de tratamiento, fue considerable, ya que recuperó la oscilometría positiva en toda la pierna, apreciándose débilmente el pulso pedio. En esta paciente, que un mes antes había sufrido hemiplejía derecha con afasia, de la que se había recuperado muy poco, con el tratamiento mencionado se pudo apreciar notable mejoría, logrando articular claramente las palabras y servirse sin miedo de la pierna derecha. En vista del resultado conseguido se prolongó el tratamiento con Sintröm, en dosis diarias de 4 mg. Actualmente la estamos preparando para la intervención quirúrgica de la estrechez mitral a la vez que de lavado de la orejuela izquierda.

En los restantes casos la oscilometría no presentó mejoría ostensible en los tramos distales, pero creemos que la administración adecuada y cómoda de Sintröm coadyuvó en la posibilidad de que la circulación colateral fuese más amplia.

TROMBOSIS VENOSAS

De los 11 casos de trombosis venosas de piernas, 5 correspondían a tromboflebitis y 6 a síndrome postflebitico agudizado. Además del tratamiento convencional, empleamos simultáneamente en las primeras doce horas heparina intravenosa y Sintröm a dosis de 8 mg. (2 comprimidos). A continuación suspendimos la heparina, ya que los índices de protrombina, elevados al principio, se redujeron a cifras entre 50 y 60 %, donde permanecieron bastante estables. Más tarde mantuvimos estas cifras con 6 mg. diarios y finalmente con 4 mg. al día. Una vez regresados todos los signos inflamatorios, entre tres y cuatro semanas, se suspendía todo tratamiento, sin apreciar elevación considerable del índice de protrombina. En este grupo de enfermos no se ha llegado a ningún procedimiento quirúrgico por que los interesados no aceptaban esta posibilidad.

En los 5 casos de tromboflebitis, se puede afirmar después de una observación prolongada que 4 de ellos han conseguido «restitucio ad integrum», ya que no presentan signos evidentes de insuficiencia venosa alguna. No hemos podido realizar flebografías confirmativas ya que los pacientes —de consulta privada— no consideraban necesario someterse a prueba alguna.

CONCLUSIONES

En general, nuestra dosificación de Sintröm es bastante inferior a la de otros autores extranjeros, debido quizás en parte, como afirma ARMENTA, de Sevilla, al género y tipo de comidas en España, y en parte también a que en la mayoría de los casos el tratamiento de la fase aguda se ha iniciado con la heparina intravenosa, lo que ha eliminado la necesidad de comenzar con dosis mayores de 12 mg. diarios de Sintröm.

Con estas experiencias hemos querido ensayar y resaltar la conveniencia del uso del Sintröm en la terapéutica anticoagulante, por su fácil manejo y cómoda administración, por el rápido alcance de efecto terapéutico, por la falta de acumulación peligrosa o tóxica y por su rápida eliminación.

No por esto pretendemos entrar en litigo sobre otras técnicas terapéuticas, de las que también somos a veces partidarios cuando el cuadro clínico lo exige.

El tratamiento anticoagulante, cuando está indicado, hasta hace poco sólo eficaz y seguro por vía parenteral, creemos que con este derivado cumarínico se abre el camino de un tratamiento efectivo y exento de

complicaciones por vía bucal, una vez pasada la fase aguda de la afec-
ción tromboembólica.

RESUMEN

El autor estudia los resultados conseguidos con el tratamiento anti-
coagulante prolongado en las oclusiones coronarias, obliteraciones arteriales
periféricas y en las trombosis venosas. Resalta los buenos resultados con-
seguidos con el Sintröm.

SUMMARY

Long-term anticoagulant therapy is recommended in coronary, venous
and peripheral arterial occlusion. The best result was obtained using Sintröm