

TRATAMIENTO DE LAS TROMBOSIS VENOSAS PROFUNDAS. NUESTRA EXPERIENCIA EN 252 CASOS

J. A. JIMENEZ COSSIO, V. HERMOSO, O. ALAMO SALAZAR, A. HERNANDEZ DIAZ,
E. MARTINEZ PINZOLAS, F. MINGUELA, L. SAEZ MARTIN, S. SANCHEZ COLL

**Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Ciudad Sanitaria «La Paz»,
Madrid (España)**

Las trombosis venosas profundas por su morbilidad, dificultad diagnóstica, controvertidas posibilidades terapéuticas, repercusión postflebítica y elevado índice de mortalidad, siguen constituyendo uno de los grandes problemas de nuestra especialidad.

Sin duda alguna la incidencia de las trombosis venosas profundas es muy superior a la que reflejan las estadísticas, habida cuenta que sólo la mitad o una tercera parte de ellas dan manifestaciones clínicas (BOLLINGER, 1979).

BENEKE (1972), recopilando datos estadísticos de diversos autores, comprueba que el 25 % de las trombosis venosas profundas evolucionan hacia una embolia pulmonar mortal.

En Estados Unidos se estima que anualmente unos 500.000 pacientes sufren embolismo pulmonar no mortal y otros 142.000 de evolución mortal.

Material y método

Desde agosto 1978 a diciembre 1981 fueron tratados en Servicio de Angiología y Cirugía Vascular de la Ciudad Sanitaria «La Paz», de Madrid, 252 casos de trombosis venosas profundas, de los cuales 140 (55,6 %) eran mujeres y 112 (44,4 %) hombres.

En todos los pacientes se cumplimentó un protocolo especialmente diseñado en el que se tuvieron en cuenta diversos parámetros, tales como: comienzo de la enfermedad, factores etiológicos, método diagnóstico, tratamiento y evolución.

Como métodos diagnósticos incruentos se utilizaron la pletismografía venosa y los ultrasonidos Doppler. Como método cruento la flebografía ascendente, con posición inclinada del paciente (60 °) y colocación de torniquete en tobillo. En ocasiones se practicó ilio-cavografía mediante técnica de Seldinger.

Forma de comienzo

Sabida es la importancia del espacio comprendido entre el momento en que aparece la sintomatología de una trombosis venosa profunda hasta la instauración del tratamiento.

En relación con el momento de instauración del tratamiento se consideraron: formas agudas (150 = 59,5 %) aquellas de menos de una semana de evolución; subagudas (96 = 38 %) las de más de una semana; flegmasias coerulea dolens (6 = 2,5 %) y trombosis pulmonar profunda cuya primera manifestación fue un episodio de embolia pulmonar (21 = 8,3 %).

No obstante, hay que tener en cuenta que entre el momento de la formación del trombo y la aparición de la sintomatología existe un espacio de tiempo muy difícil de establecer.

Localización

Basándonos en la valoración flebográfica, se establecieron las siguientes localizaciones: ilioacava (21 = 8,3 %); iliofemoral (130 = 51,5 %); femoropoplítea (60 = 23,8 %) y distales (41 = 16,2 %).

Indicación terapéutica

a) *Anticoagulantes, 188 casos (74,6 %)*. El mayor contingente de pacientes fue tratado en primer lugar con Heparina Sódica a dosis anticoagulantes (300-400 mg/día), mediante perfusión continua y durante un período de 10 a 15 días, pasando posteriormente a dicumarínicos durante 6 meses.

Aplicamos este tratamiento en los sujetos que consideramos contraindicada la trombectomía venosa o los fibrinolíticos y en pacientes en edades superior a los 50 años.

b) *Trombectomía venosa, 20 casos (7,9 %)*. Esta técnica quirúrgica fue aplicada fundamentalmente en sujetos jóvenes y en localizaciones principalmente de los sectores ilioacavo o iliofemoral, sobre todo del lado derecho.

TABLA I. — Tratamiento quirúrgico de las trombosis venosas profundas
Indicaciones

	Trombo flotante cava	Contraindicación heparina	E. P. bajo heparina	Pacientes jóvenes	Suspensión heparina por intervención	Flegmasia
Trombectomía		3	2	4	2	2
Trombectomía + Clip	1	2	3	4		3
Clip		2	6		5	
Filtro			2			

c) *Interrupción de vena cava inferior, 23 casos (9,1 %)*. Las técnicas de interrupción parcial de la vena cava inferior fueron fundamentalmente clips de Adams De Wesse y filtros de Mobin Uddin. Las indicaciones fueron: contraindicación del tratamiento anticoagulante, supresión del tratamiento con heparina por intervención quirúrgica y episodio de embolismo pulmonar a pesar de tratamiento anticoagulante a dosis correcta.

d) *Fibrinolíticos, 2 casos (0,7 %)*. Teóricamente sería el tratamiento idóneo de las trombosis venosas profundas, pero el difícil manejo y control de

estas drogas junto con su elevado coste y, a nuestro entender, mayor número de contraindicaciones nos hace limitar su indicación a trombosis venosas profundas recientes en individuos jóvenes con buen estado general.

e) *Otros tratamientos, 19 casos (7,7 %)*. Existe un determinado grupo de pacientes que, bien por su edad avanzada o estadios finales, han sido tratados mediante antiinflamatorios, antiagregantes plaquetarios y tratamiento con vendaje compresivo.

En la tabla I se resumen las indicaciones de tratamiento en los 34 casos de pacientes intervenidos.

Resultados

a) *Tratamiento conservador.*

Por supuesto, el tratamiento con Heparina tiene dos grandes inconvenientes, el primero la difícil restauración de la permeabilidad del vaso trombo-sado y, el segundo, que no excluye totalmente el riesgo de embolia pulmonar.

Somos partidarios del tratamiento hospitalario de toda trombosis venosa profunda y del mantenimiento del tratamiento heparínico por un período de 10 a 15 días.

Las complicaciones que hemos observado en los 188 casos tratados con Heparina fueron: hemorragias 5 (2,6 %); embolismo pulmonar 5 (2,6 %); secuelas postflebíticas precoces 11 (5,8 %) y secuelas postflebíticas tardías 34 (18 %).

Como resultados buenos, 133 casos (71 %), hemos tenido en cuenta aquellos que han evolucionado sin o con un discreto síndrome postflebítico; regulares, 45 (24 %), los que evolucionaron con secuelas postflebíticas importantes o tuvieron complicaciones hemorrágicas; malos, 10 (5 %), los que presentaron embolismo pulmonar o síndrome postflebítico precoz importante. La mortalidad en este grupo fue del 0 %.

Respecto a los fibrinolíticos nuestra experiencia es muy escasa como para tenerla en consideración.

b) *Tratamiento quirúrgico.*

Ha sido basado fundamentalmente en la trombectomía y en los métodos de interrupción de la vena cava inferior. A este grupo corresponden 34 pacientes, en los que se practicaron 43 técnicas quirúrgicas.

Las complicaciones observadas fueron:

1. Trombectomías:

Embolia pulmonar recidivante (1).

Paro cardíaco (1).

Mortalidad, 18,1 %.

2. Trombectomía + Clip:

Microembolia pulmonar (1).

Estenosis uretral (1).

Sección del uréter (1) en paciente con lupus eritematoso y gran fragilidad de los tejidos.

Hemorragia retroperitoneal (1).

Mortalidad, 0 %.

3. Clips:
Microembolia recidivante (1).
Mortalidad, 0 %.
4. Filtros:
Ninguna complicación.
Mortalidad, 0 %.

Los resultados obtenidos con las técnicas quirúrgicas quedan reflejadas en la tabla II.

TABLA II. — Tratamiento quirúrgico de las trombosis venosas profundas

	Resultados			
	Excelente	Bueno	Regular	Malo
Trombectomía	1	6	2	2
Trombectomía + Clip		4	5	
Clip		10	2	
Filtro		2		

Discusión

A pesar de la extensa experiencia mundial y la amplia literatura sobre el tratamiento de las trombosis venosas profundas, los métodos para llegar a un diagnóstico precoz y los criterios sobre indicación terapéutica, desgraciadamente, no son muy homogéneos. Por otro lado, la valoración de los resultados no puede equipararse a la que se viene utilizando en la patología arterial.

Qué duda cabe que tanto la trombectomía venosa como los fibrinolíticos persiguen la finalidad máxima terapéutica, es decir: desobstruir los sectores venosos ocluidos y evitar tanto la embolia pulmonar como el síndrome postflebítico. Pero las esperanzas iniciales con los fibrinolíticos no han sido tan considerables como hubiésemos deseado. Por otro lado, las características peculiares del Sistema Venoso, al ser un sistema de bajo flujo, favorece la nueva formación de trombos y el que éstos se adhieran a la pared venosa.

En el sentir de VOLLMAR, consideramos una antítesis la combinación de clip para trombectomía, pero ¿en cuántas ocasiones el cirujano puede estar totalmente seguro de haber obtenido una total permeabilidad del árbol venoso? Nos cuesta mucho creer en los resultados óptimos descritos por algunos autores tras trombectomías practicadas incluso después de dos semanas del episodio trombótico.

De aquí que la indicación y práctica de la trombectomía venosa tengamos que replanteárnosla en individuos jóvenes, con buena expectativa de vida y en los que la evolución del trombo no sobrepase la semana. Desde el punto de vista técnico la trombectomía ha de ser con control contralateral y combinada

con fístula arteriovenosa. Bajo estas indicaciones el clip de cava no sería preciso.

La Heparina sigue constituyendo un excelente medicamento para tratamiento de las trombosis venosas profundas y a dosis adecuadas, con el control correspondiente de laboratorio, ofrece escasas complicaciones y una bajísima mortalidad.

Conclusión. Resumen

El tratamiento de las trombosis venosas profundas requiere el empleo de métodos diagnósticos adecuados (pletismografía, Doppler, flebografía, etc.) y sobre todo el correcto establecimiento de la indicación terapéutica conservadora o quirúrgica, considerando la edad del paciente, su estado general, el tiempo de evolución y la etiología de la trombosis venosa profunda.

SUMMARY

According to the authors, a previous diagnostic procedures (plethysmography, Doppler, phlebography...) on the Deep Venous Thrombosis treatment are necessary; and especially a correct therapeutical indication, in connection with the age, general condition, time of evolution and aetiology of the thrombosis.

BIBLIOGRAFIA

1. BARNES, R. W.; RUSSEL, H. E.; W. U. K. K., y HOAK, J. C.: Accuracy of Doppler ultrasonic in clinically suspected venous thrombosis of the calf. «Surg. Gyn. Obst.», 143: 425, 1976.
2. BOLLINGER, A.: «Funktionelle Angiologie. Lehrbuch und Atlas». Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1979.
3. EUFINGER, H.: Zur indikation und technik der thrombecktomie bei der Behandlung der tiefen venenthrombose. «Med. Klinik», 70: 856, 1975.
4. FOGARTY, T. J., y KRIPPAEHE, W. W.: Catheter technique for venous thrombectomy. «Surg. Gyn. Obst.», 121: 362, 1965.
5. JIMÉNEZ COSSÍO, J. A.: «Lecciones prácticas sobre Heparina». Lampe y Cía., S. A., Madrid, 1975.
6. JIMÉNEZ COSSÍO, J. A.: Enfermedades de las venas y los linfáticos. «Medicine», 31: 2048, 1982.
7. MOBIN-UDDIN, K.; MARTÍNEZ, L. O., y LIDE, J. R.: A vena cava filter for the prevention of pulmonary embolism. «Surg. Forum.», 18: 209, 1967.
8. SERRADIMINGUI, A., y MERCIER, C.: «Thromboses Veineuses Profondes des Membres». Ed. Masson, París, 1973.
9. THOMAS, D. N.: A etiological factors in the development of venous thrombi. «Int. Angiol.», 1: 5, 1982.
10. VOLLMAR, J. F., y HUTSCHENREITER, S.: Surgical aspects of acute and chronic ilio-femoral venous occlusions. «Intern. Angiol.», 1: 83, 1982.
11. WIDMAR, L. K. et col.: Heparina oder thrombolyse in der Behandlung der tiefen Beinvenenthrombose. «Vasa», 3: 422, 1974.