

¿El seguimiento especializado disminuye la secuela postrombótica?

A. Rosendo-Carrera, J. Encisa-De Saa

El síndrome postrombótico es la expresión clínica del conjunto de alteraciones que sufre una extremidad como consecuencia de haber padecido una trombosis venosa profunda (TVP). Se manifiesta con los signos y síntomas que caracterizan el proceso hemodinámico postoclusivo venoso. La combinación de signos y síntomas que se conoce conjuntamente como síndrome postrombótico resulta de afecciones patológicas variables, que van desde reflujo a obstrucción o, frecuentemente, una combinación de los dos. La patología subsiguiente dependerá probablemente de la extensión de la trombosis inicial y el grado de la recanalización del trombo. Estos factores son muy variables dentro de los pacientes afectados. Estudios seriados con ecografía Doppler indican que la recanalización del trombo es rápida, con la mitad de los miembros afectados recanalizados a los 90 días. La resolución tardía del trombo y la retrombosis son factores de riesgo significativo

para el desarrollo del síndrome postrombótico. El reflujo valvular fue evidente en el 69% de los miembros afectados después de la recanalización de los segmentos venosos a los 12 meses. El reflujo valvular ocurre no sólo en los segmentos afectados directamente en el proceso trombótico, sino también en los segmentos no afectados.

La destrucción valvular, el aumento de la circulación colateral con la subsiguiente dilatación venosa y los fenómenos de recanalización forman parte de la patogenia de este síndrome. Estos cambios producen un incremento de la presión hidrostática venosa que, en última instancia, destruye también las válvulas de las venas perforantes de la pantorrilla, con lo que se invierte el sentido del flujo, de manera que durante la contracción muscular la sangre se dirigirá desde el sistema venoso profundo al superficial, en vez de dirigirse, como normalmente sucede, desde el superficial al profundo. Esta inversión, sumada al continuado

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Xeral-Cíes. Vigo, Pontevedra, España.

Correspondencia:

Dr. Antonio Rosendo Carrera. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Xeral-Cíes. Pizarrro, 22. E-36204 Vigo (Pontevedra).

© 2004, ANGIOLOGÍA

aumento de la presión hidrostática, favorece la inflamación de los tejidos subcutáneos y se acompaña de una fibrosis intersticial secundaria a la dificultad de reabsorción del líquido intersticial en el capilar venoso; ello da lugar, al mismo tiempo, a un bloqueo linfático con fenómenos de trasudación y, finalmente, a la necrosis tisular, que originará la ulceración que representa la fase final de todo este proceso evolutivo característico del síndrome postrombótico.

Dado que el síndrome clínico evoluciona lentamente años o décadas antes de que aparezcan los síntomas, su potencial de incapacitación no se aprecia cuando se presenta el cuadro de trombosis venosa. La recurrencia de la trombosis es común y es frecuente que aparezcan múltiples recurrencias antes de que se manifieste la secuela postrombótica. La incidencia del síndrome se desconoce, dada la falta de estudios de larga duración. Algunos estudios de corta duración nos indican que dos tercios de los pacientes pueden presentar síndrome postrombótico dentro de los cuatro años después de la trombosis inicial. La incidencia de la úlcera por estasis venosa se estima en el 3-5% de los pacientes, pero

el dolor y la hinchazón son síntomas importantes y su prevalencia excede con mucho a los cambios dérmicos.

Los regímenes conservadores, con especial énfasis en la elevación de los miembros y el uso de medidas de compresión, producen un alivio temporal, pero el porcentaje de abandono del uso de las mismas es elevado. Existen actualmente procedimientos quirúrgicos para corregir los componentes de oclusión o reflujo del síndrome postrombótico.

Está claro que el seguimiento por médicos especializados en los pacientes que han sufrido una trombosis venosa va a hacer disminuir la intensidad y la gravedad de la secuela postrombótica, al actuar sobre los diferentes parámetros a los que antes nos hemos referido:

- Evitar las recurrencias trombóticas.
- Estudiar el tipo, desarrollo y localización del reflujo.
- Estudiar la extensión de la oclusión venosa.
- Evitar, tanto mediante medidas conservadoras como quirúrgicas, los cambios dérmicos.
- Utilizar los diferentes métodos de ligaduras de perforantes para evitar la úlcera.