



MESA PRO/CONTRA: SÍNDROME DE PAGET-SCHROETTER. ¿TRATAMIENTO CONSERVADOR SIEMPRE?

Síndrome de Paget-Schroetter: a favor del tratamiento médico

A. Fernández Heredero y S. Stefanov Kiuri

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Introducción y objetivo

La trombosis venosa profunda (TVP) de la extremidad superior es una entidad relativamente poco frecuente, supone alrededor del 5% de todos los casos de TVP¹. Además, hasta el 80% de ellas se consideran secundarias, fundamentalmente a la presencia de catéteres u otros dispositivos en el sistema venoso central o a enfermedades neoplásicas^{2,3}. El síndrome de Paget-Schroetter (SPS) es una entidad patológica que se engloba dentro de las enfermedades tromboembólicas venosas primarias, en la que se produce una trombosis venosa subclavioaxilar en relación con la actividad repetitiva y vigorosa de la extremidad superior⁴. El diagnóstico de SPS, también conocido como trombosis de esfuerzo, se considera en el 30-40% de todas las TVP primarias de los miembros superiores (MMSS)⁵, siendo, por tanto, una enfermedad infrecuente en nuestra práctica clínica diaria⁶.

Las complicaciones agudas del SPS como la embolia pulmonar son poco habituales¹, pero se acepta que sus secuelas a medio plazo pueden deteriorar la calidad de vida de estos pacientes⁷.

Probablemente, por la baja frecuencia de la enfermedad y por la ausencia de ensayos clínicos comparando los diferentes tratamientos, el manejo actual de la trombosis de esfuerzo varía ampliamente de unos centros a otros y no existe un consenso sobre la forma óptima de tratarla⁴.

El objetivo de nuestro trabajo es revisar la evidencia actualizada publicada en relación con el tratamiento del SPS.

Estrategias de tratamiento

Los objetivos a corto y largo plazo del tratamiento del SPS incluyen, por un lado, la prevención de la tromboembolia pulmonar y de la recurrencia precoz de la trombosis y, por

otro, evitar el desarrollo de síndrome postrombótico (SPT) y restaurar el uso normal de la extremidad⁸. Las estrategias actuales para conseguir este objetivo incluyen el manejo conservador con anticoagulación y medidas físicas y el manejo agresivo, que incluye la fibrinólisis, farmacológica o mecánica, los procedimientos endovasculares como la angioplastia y el stent venoso y la cirugía para descompresión del estrecho torácico, con o sin reparación directa de la vena lesionada^{3,9,10}.

Anticoagulación

No existen ensayos clínicos aleatorizados que establezcan el uso de la anticoagulación en la TVP de MMSS, por lo que su utilización clínica se hace extrapolando los resultados de los trabajos realizados en TVP de miembros inferiores (MMII)⁹.

En una amplia revisión, que incluyó 559 pacientes, de las publicaciones sobre el manejo de la TVP primaria de MMSS, Thomas y Zierler encuentran que la tasa de embolia pulmonar entre los pacientes que no reciben tratamiento farmacológico es significativamente superior que entre los que reciben anticoagulación¹¹. En los primeros días de tratamiento exclusivamente con anticoagulación y elevación de la extremidad, entre el 80 y el 90% de los pacientes consiguen el alivio de los síntomas^{3,12}. Por otro lado, en 4 estudios observacionales, incluyendo un total de 209 pacientes con TVP de MMSS tratados con heparina de bajo peso molecular, la tasa de recurrencia durante el seguimiento fue del 1,9% y no hubo casos de embolia pulmonar⁹. Incluso en seguimientos a largo plazo, como el de la serie de Prandoni, en la que 53 pacientes consecutivos fueron tratados solo con anticoagulación, encontramos que la incidencia de recurrencia de tromboembolia a 5 años es de tan solo el 7,7%¹³.

