



T-52. - TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL VERSUS PROFUNDA. ¿SE DEBEN MANEJAR DE FORMA SIMILAR?

J. Pedrajas Navas, A. Molino González, P. Sabio Repiso, M. Méndez Bailón, A. Grimón Yáñez, R. Jiménez Rodríguez-Madrivejos

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Resumen

Objetivos: Se ha considerado tradicionalmente a la trombosis venosa superficial (TVS) una entidad menor, tratada en muchas ocasiones con medidas locales, aunque en las últimas guías de la ACCP de 2012 se recomienda el tratamiento con fondaparinux o con heparina de bajo peso molecular (HBPM) durante 45 días. Comparamos las características y la evolución de dos grupos de pacientes, uno con diagnóstico de TVS y otro con diagnóstico de trombosis venosa profunda (TVP) para evaluar la importancia de la TVS.

Métodos: Se incluyeron pacientes remitidos principalmente del Servicio de Urgencias de nuestro Centro a la consulta monográfica de enfermedad tromboembólica venosa para seguimiento con diagnóstico confirmado de TVS o TVP de miembros inferiores desde el 1 de julio de 2011 a 30 de junio de 2012. Se excluyeron a los pacientes con factores de riesgo para enfermedad tromboembólica venosa (ETV) y a los pacientes con varices en miembros inferiores. En los pacientes con TVS se descartó la presencia concomitante de TVP. Las variables cuantitativas se expresan como media \pm desviación estándar. La comparación de medias se realizó mediante pruebas paramétricas o no paramétricas según su distribución. Los cálculos estadísticos se realizaron con el programa SSPS versión 19.0.

Resultados: Se incluyeron 38 pacientes diagnosticados de TVS y 37 diagnosticados de TVP de miembros inferiores. La edad media fue de 47 ± 12 años y 67 ± 14 años, respectivamente ($p < 0,01$). En el grupo de TVS el 42% fueron mujeres versus el 53% en el grupo de TVP ($p = 0,01$). El 29% del grupo de TVS tenía antecedentes de ETV (80% TVS) versus el 21% en el grupo de TVP ($p = 0,02$). La comorbilidad en el grupo de TVS fue: insuficiencia renal crónica (aclaramiento de creatinina < 60 ml/minuto): 5%, insuficiencia cardíaca: 5%, enfermedad pulmonar crónica: 4%, los valores para TVP fueron del 18%, 12% y 10%, respectivamente. En el grupo de TVS, el episodio se trató con HBPM en el 80% y con fondaparinux el 20% durante 45 días. El grupo de TVP se trató inicialmente con HBPM en el 95% seguido de antagonistas de la vitamina K en el 90% de los casos. El seguimiento medio fue de 23 ± 9 meses. Se produjeron 9 recidivas (7 en forma de TVS, 1 en forma de TVP y una en forma de embolismo pulmonar) durante este periodo en el grupo de TVS (todas una vez suspendido el tratamiento anticoagulante) versus ninguna en el grupo de TVP. No se produjo ningún episodio de sangrado en el grupo de TVS mientras que se produjo una hemorragia mayor (hemorragia digestiva) en el grupo de TVP (mientras seguía tratamiento con acenocumarol).

Discusión: Aunque se comunican progresivamente más casos de recidiva de la TVS y algunos autores llaman la atención sobre la importancia de la TVS todavía se suele considerar como una entidad menor. Nuestros datos que comparan un grupo de pacientes con TVS vs TVP confirman el elevado número de recidivas, algunas como formas graves de presentación. Estos datos plantean la necesidad de considerar un manejo más cercano al de la TVP aunque se necesitan estudios más amplios para confirmar estos datos. En el grupo de TVP se mantuvo anticoagulación indefinida y no se produjo ninguna recidiva durante el estudio aunque sí una hemorragia mayor.

Conclusiones: Los pacientes con TVS son más jóvenes y con menos comorbilidad que los que presentan TVP y con mayor frecuencia de hombres. Las recidivas tras un episodio de TVS no son desdeñables y algunas se presentan como formas graves de ETV.