



T-072 - REVISIÓN DE INDICACIONES E IMPLANTACIÓN DE FILTROS DE VENA CAVA INFERIOR

R. Rojano Torres, E. Ruiz Belmonte, P. Escribano Viñas, A. García Pérez, F. Martín Martos, M. Artero Castro, A. Trujillo Santos, C. Smilg Nicolás

Medicina Interna. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena (Murcia).

Resumen

Objetivos: Analizar las diferencias epidemiológicas y clínicas de los pacientes que han precisado colocación de FVC e indicaciones del mismo así como el tipo de filtro implantado y la vía de acceso.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo en el que se recogen los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna del HGUSL y del HLAMM entre julio 2014 y 2016 que han precisado FVC. Se analizan: características epidemiológicas, factores de riesgo de ETEV, forma de presentación, indicación de filtro, tipo de filtro implantado y vía de acceso.

Resultados: Se analizó un total de 22 pacientes a los que se les implantó un filtro de vena cava inferior. En cuanto al género de los pacientes un 54,5% fueron varones y un 45,5% mujeres siendo la media de edad de 65 años y la desviación estándar 16,9. Respecto a la forma de presentación de ETEV un 31,8% fueron TVP, un 36,4% TEP y un 31,8% TVP + TEP. De los pacientes de nuestra muestra únicamente en un caso no hubo ningún factor de riesgo para episodio de ETEV, observando en el resto de casos uno o más de los siguientes factores de riesgo: neoplasia 36,4%, la cirugía reciente en el 18,2%, inmovilización prolongada en el 13,6%, neoplasia junto con inmovilización prolongada en el 18,2%. Dentro de las neoplasias un 50% fueron adenocarcinomas de colon, un 20% correspondió a adenocarcinomas de páncreas, un 10% a cervix, 10% leucemia mieloide aguda y el 10% restante a tumor GIST gástrico. Respecto a la indicación de filtro de vena cava entre las causas más frecuentes encontramos el sangrado activo en el momento del diagnóstico (31,8%) seguida del sangrado tras inicio del tratamiento anticoagulante (27,3%) y el sangrado reciente previo al diagnóstico (22,7%). En cuanto a los filtros de vena cava, se implantaron 21 filtros tipo Günther Tulip y 1 tipo Cook Celect. La vía de colocación en 21 pacientes fue la vena yugular interna derecha y sólo en un paciente se implantó a través de la vena femoral común derecha. Respecto a la retirada del filtro se retiró en el 50% de los pacientes con una duración media del mismo de 41,3 días. En el resto de los pacientes no se retiró por diferentes causas: en el 27,3% por indicación de filtro de forma permanente, en un 18,2% por exitus previo a la retirada programada, y en un 4,5% por ser la colocación muy reciente. En un 50% de los pacientes se inició HBPM como anticoagulación aguda tras el diagnóstico del episodio de ETEV, en un 41% no se inició ningún fármaco, en un 4,5% se utilizó acenocumarol y en 4,5% se realizó trombolisis con rTPA.

Discusión: La ETEV es una causa importante de morbi-mortalidad siendo la anticoagulación el

tratamiento de elección. Cuando existe contraindicación para la misma los filtros de vena cava inferior (VCI) constituyen una alternativa terapéutica recomendable. Aun así existe controversia respecto a ciertas indicaciones y en torno al tiempo que deben permanecer implantados por el mayor riesgo que se ha descrito de TVP en pacientes portadores de FVC. Es importante por ello que se realicen estudios para definir de forma más objetiva estas cuestiones.

Conclusiones: En nuestra muestra la mayoría de los pacientes fueron varones con una edad en torno a los 65 años. La forma de presentación más frecuente de ETEV fue en forma de TEP y la indicación más frecuente para la colocación de filtro de vena cava inferior fue el sangrado activo en el momento del diagnóstico. Dentro de los factores de riesgo el que más se asoció al evento de ETEV fueron las neoplasias seguidas de cirugía e inmovilización. Respecto a los filtros prácticamente en la totalidad de los pacientes se utilizó el tipo Günther Tulip y la vena yugular interna derecha como vía de acceso.