



Revista Clínica Española

<https://www.revclinesp.es>



T-036 - TROMBOSIS VENOS PROFUNDA INFRAPOPLÍTEA. A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS

M. Navarro Rodríguez, M. Martín Romero, A. Hernández Molina, L. Guirado Torrecillas, M. Hernández-Contreras, V. Rosa Salazar, M. García Méndez, B. García Pérez

Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Resumen

Objetivos: Describir las características epidemiológicas, clínicas y evolutivas de una serie de pacientes diagnosticados de trombosis venosa profunda infrapoplítea, en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, de los pacientes diagnosticados de trombosis venosa profunda infrapoplítea, entre 2008 a 2015 en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA), de Murcia. Se analizaron diferentes parámetros recogidos a partir de la revisión de la historia clínica como fueron: edad, localización de la trombosis, factores de riesgo asociados, necesidad de ingreso hospitalario, tratamiento administrado, complicaciones y evolución.

Resultados: Se incluyeron un total de 51 pacientes, 22 hombres (43,1%) y 29 mujeres (56,9%) con una edad media de 52,96 años (24-84 años) diagnosticadas de TVP infrapoplíteas mediante ecografía doppler; de las cuales el 64,7% afectaron a la extremidad inferior izquierda y el 35,3% a la derecha. De los 51 pacientes, se le pidió el dímero D a 47, siendo positivo en 41 (87,23%) de ellos. El valor medio fue de 945 (170-3.400) ng/dL, siendo el rango normal por debajo de 230. En cuanto a los factores de riesgo predisponentes, 7 pacientes (13,7%) se encontraban ingresados en el momento del diagnóstico, 2 (3,9%) presentaban algún tipo de cáncer, 9 (17,6%) habían sufrido algún tipo de cirugía en los dos meses previos, en 13 (25,5%) existía el antecedente de inmovilización por causa no quirúrgica y 4 (7,8%) tenían antecedente de trombosis previa. Además 6 (11,8%) pacientes se encontraban en tratamiento hormonal estrogénico, 4 (7,8%) estaban embarazadas y solo 2 (3,9%) casos eran portadores de alguna trombofilia. El tratamiento en la fase aguda se hizo en todos con heparina de bajo peso molecular (HBPM) a dosis anticoagulantes, 7 (13,7%) con bemiparina, 38 (74,5%) con enoxaparina y 6 (11,8%) con tinzaparina. En cuanto al tratamiento a largo plazo, en 41 (82,2%) se continuó con HBPM, en 6 (11,8%) se pasó a antivitamina K (AVK), y en 2 (3,9%) se utilizó apixaban. Tras el diagnóstico y el seguimiento posterior de un mínimo de 24 meses, no se produjo ningún fallecimiento, hemorragia, trombocitopenia, fracturas óseas, isquemia arterial o reacciones adversas. Y en cuanto a las recidivas, se produjeron en 2 casos, también como TVP infrapoplíteas ipsilaterales, de los cuales 1 había finalizado el tratamiento anticoagulante en el momento de la recidiva y el otro seguía anticoagulado.

Discusión: La trombosis venosa profunda infrapoplítea puede afectar a cualquiera de las dos venas tibiales anteriores, posteriores y peroneas, que confluyen y dan lugar a la vena poplíteas, y

representan la mitad de todas las TVP. Dicha TVP es una expresión clínica diferente de una misma enfermedad, la enfermedad tromboembólica venosa, con los mismos factores de riesgo y los mismos métodos diagnósticos. La única controversia que existe es en cuanto a su tratamiento, ya que algunos autores defienden el seguimiento clínico con ecografía seriadas sin anticoagulación y sólo iniciar dicho tratamiento si se constata progresión trombótica proximal y otros abogan por anticoagulación desde el diagnóstico con el mismo manejo que las TVP más proximales. En nuestro serie, se anticoagularon todos los pacientes desde el inicio sin ninguna complicación debida a dicho tratamiento y hubo 2 recidivas, 1 de ellas a pesar de la anticoagulación, por lo que quizás la TVP infrapoplítea tiene más riesgo de progresión o recidiva de lo que pensamos.

*Conclusiones:*La anticoagulación en los pacientes con TVP infrapoplítea de nuestro hospital parece un tratamiento seguro con bajo riesgo de hemorragia y quizás más necesario de lo que pensamos por el riesgo de recurrencia como podemos comprobar en nuestra serie.