Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):687

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

T-039 - TROMBO FLOTANTE, ACTITUD DE MANEJO Y EVOLUCIÓN EN BASE A LA EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO (PERÍODO 2014-2017)

J. Cacheiro Pérez, J. Colomar Jiménez, A. Belmonte Domingo, S. Vela Bernal, C. Bea Serrano, A. Ruiz Hernández, M. Fabiá Valls y M. García-Fuster

Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Resumen

Objetivos: Dada la ausencia de recomendaciones específicas en las guías actuales, el manejo de los trombos flotantes es controvertido. El objetivo del presente trabajo es dar a conocer la experiencia de nuestro centro sobre el tratamiento aplicado y la evolución del paciente en esta situación.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados por trombosis venosa profunda con trombo flotante en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario de Valencia desde enero 2014 a enero 2017. Valoración mediante eco-doppler, actitud terapéutica y evolución a corto plazo.

Resultados: En el periodo descrito ingresaron en Medicina Interna 300 pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda, detectándose 5 pacientes con trombo flotante (1,6%). De ellos 4 eran varones, con una media de edad de 65 años (rango 50-89). La afectación venosa, tratamiento y controles ecográficos de los pacientes, se distribuía en los pacientes del siguiente modo: Paciente 1: femoral superficial, reposo absoluto + anticoagulación. El trombo se adhiere a la pared a los 3 días. Ausencia de trombosis residual en control ecográfico a los 5 meses. Paciente 2: femoral superficial y poplítea, anticoagulación + filtro de cava. Adhesión del trombo a la pared a los 17 días tras lo que se retira el filtro. Ausencia de trombosis residual a los 5 meses. Paciente 3: femoral superficial, poplítea y tronco tibio-peroneo, reposo absoluto y anticoagulación. Adhesión del trombo a los 17 días. Trombosis mínimamente recanalizada a los 5 meses. Paciente 4: poplítea, anticoagulación. El trombo se adhirió a los 9 días. No se puede constatar presencia de trombosis residual al no realizar la paciente la ecografía de control. Paciente 5: femoral común, femoral superficial y poplítea, filtro de cava + anticoagulación. Adhesión del trombo a los 24 días tras lo que se retira el filtro. Repermeabilización parcial de la TVP a los 5 meses. Todos fueron anticoagulados desde su diagnóstico y cada 3 días se realizó un control de eco-doppler para valorar adhesión del trombo. La media de resolución del trombo flotante fue de 14 días con un rango de 3 a 24 días y una mediana de 17 días. En ninguno de los pacientes se produjeron datos clínicos sugestivos de embolismo pulmonar.

Discusión: El manejo de los trombos flotantes resulta polémico. En la literatura observamos distintas actitudes: hospitalización con actitud expectante observando una fijación del trombo en 8-10 días, colocación de filtro de cava preventivo (Berry, Alsheekh), extracción quirúrgica (Brodman) y

tratamiento ambulatorio con anticoagulación sin prescripción de reposo (Patel). La experiencia en nuestro centro indica que tanto la actitud expectante, con reposo absoluto, como la colocación de filtro de cava son opciones terapéuticas válidas. No se han producido embolismos pulmonares clínicos o diferencias significativas en la evolución del trombo flotante con las distintas alternativas terapéuticas empleadas.

Conclusiones: La existencia de trombo flotante es una entidad que genera inquietud en el profesional por la posibilidad de dar lugar a una embolia de pulmón. Dentro de las actitudes a tomar se barajan: actitud expectante con reposo absoluto, inserción de filtro de vena cava, extracción quirúrgica del trombo y actualmente hay que considerar la fibrinólisis dirigida. Hasta la fecha no existen guías que unifiquen las medidas para su manejo, dada su baja incidencia aunar experiencias multicéntricas podría ayudar a conseguirlas.

0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.