

¿El ejercicio supervisado después de una trombosis venosa aguda mejora la recanalización de los segmentos ocluidos? Estudio randomizad

Does supervised exercise alter deep venous thrombosis improve recanalization of occluded vein segments? A randomized study. J Thromb Trombolysis 2006. Isma N, Johansson E, Björk A, et al.

Dra. Davins Riu, Meritxell y Dr. Escudero Rodríguez, José Román. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Sant Pau de Barcelona.

La enfermedad tromboembólica venosa, según el Consenso Europeo, tiene una incidencia de 220 casos por 100.000 habitantes-año en la población general; siendo la incidencia de trombosis venosa profunda (TVP) de 160 casos por 100.000 habitantes-año. En España se diagnostican alrededor de 75.000 casos de TVP por año. El síndrome postflebítico es su complicación tardía, acompañado de una serie de morbilidades y un elevado coste económico.

El artículo presenta los resultados de un estudio prospectivo, aleatorizado (trial) y ciego, realizado en un Hospital Universitario de Suecia. La finalidad del mismo era responder si el ejercicio supervisado tras una trombosis aguda, mejora la recanalización de la trombosis y/o los síntomas del paciente. Para ello reclutaron a pacientes diagnosticados de TVP aguda, excluyendo a pacientes con neoplasias, dificultades en el lenguaje, mayores de 75 años, con antecedentes de TVP previa, con una flebografía con una puntuación grave de trombosis o los diagnosticados sólo por ecodoppler, y los que no quisieron participar.

De 381 pacientes diagnosticados de TVP sólo se incluyeron 72, los cuáles fueron aleatorizados en dos grupos en que no existían diferencias de edad, peso ni en índice de masa corporal. 5 pacientes se perdieron por no querer participar (1 del grupo control y 4 del grupo ejercicio). Todos los pacientes fueron tratados con calcetines de compresión clase II, anticoagulación, deambulación inmediata y de forma extrahospitalaria. El grupo que realizaba ejercicio controlado, a diferencia del grupo control, tenía que realizar a partir del 5-7 día un mínimo 15 minutos diarios de ejercicio en las extremidades inferiores en casa. Además realizaban una sesión supervisada en el hospital de 45 minutos a la semana durante las 4 primeras semanas, y una vez al mes durante los siguientes 5 meses.

Se evaluaron los diferentes parámetros: calidad de vida, circunferencia de la extremidad y puntuación flebográfica de la TVP según Björgell^{1,2} al inicio y a los 6 meses del tratamiento. Se realizaron 3 subgrupos según la localización de la TVP (femoral, poplítea o distal).

Los resultados flebográficos no mostraron diferencias significativas. La disminución de la circunferencia ya era significativa al mes del tratamiento para el grupo control. A los 6 meses tanto el grupo control como el del ejercicio presentaban una disminución significativa estadísticamente. No se encontraron diferencias según la localización. La calidad de vida valorada con la escala visual analógica mejoró en los 2 grupos pero sin diferencias entre ellos.

Comentarios

Con la evolución de las heparinas a heparinas de bajo peso molecular el tratamiento de la TVP ha cambiado. Su administración subcutánea y el no requerimiento de controles de laboratorio para su administración han permitido la evolución a un tratamiento de la TVP de forma ambulatoria. No obstante, este cambio ha abierto nuevos debates. El tratamiento antiguo de la trombosis consistía en el reposo absoluto de los pacientes durante días con las piernas elevadas. Actualmente, hay estudios que han demostrado la seguridad de la deambulación precoz^{3,4,5,6}. Esta

deambulaci3n precoz hace m1s f1cil el tratamiento de estos pacientes de forma ambulatoria. El estudio que se presenta eval1a la efectividad del ejercicio supervisado para disminuir la cl1nica del paciente y mejorar su recanalizaci3n despu3s de una TVP aguda comparado con pacientes control.

Desde un punto de vista estad1stico el estudio presenta una buena planificaci3n y ejecuci3n, siendo un estudio prospectivo y aleatorizado. No obstante, presenta unos criterios de inclusi3n muy estrictos, lo que provoca una baja validez externa. La baja validez externa hace que sea poco extrapolable a los pacientes de nuestra consulta diaria, muchos de ellos presentar1n alguno de los criterios de exclusi3n, como ser mayor de 75 a1os o presentar una neoplasia. Esto explica el bajo porcentaje de pacientes incluidos en el estudio respecto a los pacientes que hab1an sido diagnosticados de TVP aguda (72 vs 381). Por otro lado, otro problema estad1stico dif1cil de rectificar es la p3rdida de 5 pacientes una vez ya aleatorizados. 4 de ellos pertenec1an al grupo ejercicio y 1 al grupo control. Esta diferencia entre los 2 grupos puede provocar alteraciones en los resultados dif1ciles de valorar.

El estudio no puede afirmar que el ejercicio controlado mejora la recanalizaci3n en una TVP aguda, es decir, los resultados no son estad1sticamente significativos para el grupo de ejercicio. No obstante, los autores reafirman los resultados obtenidos por otros grupos^{3,4,5,6} sobre la seguridad de la movilizaci3n en pacientes con TVP de fase aguda. Parsch and Bl1tter^{4,5} obtuvieron resultados que demostraban la mejor1a cl1nica y de la calidad de vida, estad1sticamente significativa, en pacientes que realizaban ejercicio cl1nico en comparaci3n a los pacientes en reposo. En su estudio los casos presentaban una gran proporci3n de trombosis proximal a diferencia del comentado que s3lo era del 39.5% de los pacientes. Puede que esta sea la causa que no se haya podido demostrar la mejor1a cl1nica y flebol3gica de los pacientes tratados con ejercicio en este estudio.

En resumen, este estudio nos muestra que el ejercicio precoz y la deambulaci3n junto con la anticoagulaci3n y la compresi3n el1stica no aumentan el riesgo de complicaciones, y es un tratamiento seguro en la mayor1a de los pacientes. No obstante, no puede demostrarse que el ejercicio precoz mejore la cl1nica o ayude a la recanalizaci3n. Har1n falta m1s estudios para demostrar la influencia del ejercicio en el tratamiento de la TVP aguda.

1- Bj3rgell O, Nilsson PE, Svensson PJ, Bergqvist D. A new scoring system for the detailed description of the distribution and the thrombotic burden in deep leg vein thrombosis. *Angiology* 1999; 50:179-187. 2- Bj3rgell O, Nilsson PE, Jarenros H, Nylander G. Scoring of extensive deep leg vein thrombosis displayed as wide-spread non-filling of contrast on phlebography. A comparison with color doppler ultrasonography. *Acta Radiol* 2000; 158:2001-2003. 3- Aschwanden M, Labs KH, Engel H, Schwob A, Jeanneret C, Mueller-Brand J, Jaeger K. Acute deep vein thrombosis: early mobilization does not increase the frequency of pulmonary embolism. *Thromb Haemost* 2001; 85:42-6. 4- Partsch H, Bl1ttler W. Compression and walking versus bed rest in the treatment of proximal deep venous thrombosis with low molecular weight heparin. *J Vasc Surg* 2000;32(5): 861-869. 5- Blatter W, Partsch H. Leg compression and ambulation is better than bed rest for the treatment of acute deep venous thrombosis. *Inter Angiol* 2003; 22(4): 393-400. 6- Labas P, Ohradka B, Vladimir J, Cambal M. The home treatment of deep vein thrombosis with low molecular weight heparin forced mobilisation and compression. *Inter Angiol* 2000;19(4): 303-307.