

Eco-doppler para trombosis venosa profunda - Quien necesita un examen en la extremidad contralateral asintomática

Duplex scan for deep vein thrombosis-defining who needs an examination of the contralateral asymptomatic leg. J Vasc Surg. 2008 Aug;48(2):413-6. Pennell RC, Mantese VA, Westfall SG.

Dra. Meritxell Davins Riu. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital de Mataró.

INTRODUCCIÓN

La trombosis venosa profunda (TVP) es un problema común, 75000 casos/a en España, asociado a una significativa morbi-mortalidad. Según estudios americanos, su mortalidad intrahospitalaria es alrededor del 2-4%. El diagnóstico precoz es necesario para disminuir su morbilidad, siendo el Eco-Doppler la mejor herramienta actual. El Eco-Doppler ha suplido a la flebografía, al ser una prueba no invasiva, fácilmente asequible, con bajo coste y con alta sensibilidad (93%) y especificidad (98%). Estas propiedades han generado una mayor demanda en la realización del Eco-doppler, generando un debate en la necesidad o no de realizar una ecografía bilateral en pacientes con sintomatología unilateral.

El presente trabajo, pretende encontrar respuesta a este debate, valorando si existen subgrupos en que sea necesario realizar estudio bilateral aunque sólo haya clínica unilateral.

RESUMEN

Se trata de un estudio prospectivo de cohortes, realizado en un único centro, St Louis University School of Medicine, desde diciembre 2003 hasta octubre del 2006. El estudio pretende valorar si existen subgrupos en los que sea necesario realizar un Eco-Doppler bilateral. Para ello se incluyeron los pacientes con clínica de TVP aguda unilateral (239 pacientes) y se estimó la presencia de TVP en la pierna contralateral, es decir, la asintomática mediante Eco-Doppler (también se realizó un estudio infragenicular). No se excluyó ningún paciente por cuestión de edad, comorbilidad o riesgo de trombosis. Sólo se excluyeron los pacientes que mostraban signos de trombosis crónica (trombo hiperecogénico). Los pacientes fueron separados en dos grupos: ingresados (18,4%) y no ingresados (81,6%), incluidos los del servicio de urgencias. Se valoró los diferentes factores de riesgo para TVP (cirugía reciente, traumatismo, uso de anticonceptivos o terapia hormonal, embarazo, neoplasia, historia activa de TVP y historia de trombofilia), a fin de poder identificar los subgrupos.

Como resultados obtuvieron 80,3% de las extremidades contralaterales sin TVP. Por tanto, el 19,7% (47/239) de los pacientes presentaban TVP en la pierna contralateral. Si valoramos las TVP en pierna asintomática el 38,3% era en vena poplitea o proximal (definidas por los autores como TVP mayor), 29,7% presentaban TVP gemelar y un 31,9% presentaba TVP crónica o tromboflebitis superficial. Todas las que padecían TVP mayor tenían factores de riesgo, la gran mayoría para neoplasia. Al separar los pacientes en ingresados y no ingresados, el 34% de los pacientes ingresados presentaban una TVP en la pierna contralateral, versus un 16% de los no ingresados ($P < .006$). Si valoramos el riesgo de TVP bilateral en pacientes con neoplasia observamos que el 38,3% la presentaban versus el 12% en los que no padecían neoplasia con $P < 0.0001$.

Los autores concluyeron:

En pacientes no ingresados con clínica unilateral y sin asociación de factores de riesgo para TVP, el examen

unilateral es seguro y pueden ser tratados con los resultados de los hallazgos unilaterales. No obstante, se tiene que realizar un screening de neoplasia activa y factores de riesgo: trauma o cirugía reciente, embarazo, terapia hormonal o historia de trombofilia; en estos casos sería necesario realizar un estudio bilateral.

Los pacientes ingresados presentan alta incidencia de TVP contralateral con clínica silente 34%, al igual que los pacientes con neoplasia maligna 38%. En estos casos el estudio Eco-Doppler bilateral está indicado.

COMENTARIOS

La implantación del Eco-doppler como prueba diagnóstica en la TVP ha provocado una serie de cambios en los laboratorios vasculares. Su accesibilidad y su inocuidad provocan una mayor demanda, pudiendo provocar una saturación en el laboratorio vascular. En un estudio realizado por Markel et al (1) encontraron que sólo el 25% de los pacientes que se realizaba una Eco-doppler presentaban una TVP. Cuando la flebografía era la prueba de elección no había debate, sólo se realizaba bilateral cuando la indicación era por TEP. No obstante, hoy en día, la realización de un examen unilateral está en debate.

Beblea et al (2) realizaron una encuesta en USA y valoraron que el 75% de los laboratorios acreditados sólo realizaban estudios unilaterales. No obstante, las directrices no están claras. Hay autores que defienden que se debe realizar estudios bilaterales en todos los pacientes, este es el caso de Lohr et al (3). Según ellos hay muchas trombosis en la extremidad asintomática 35%. Lemech et al (4), en cambio, creen necesario la ecografía bilateral para los seguimientos posteriores. En el otro extremo están: Nadich (5), Sheiman (6), Cronan (7) que recomiendan sólo realizar unilateralmente puesto que los que presentan TVP en la pierna asintomática también la presentan en la sintomática. El tratamiento es correcto en todos los pacientes excepto en el 1% de ellos, que presentan clínica unilateral y TVP contralateral, no estando justificado el coste de la exploración. Una excepción son los pacientes con neoplasia que es necesario realizar un Eco-Doppler bilateral. Strothman et al (8) observó que la no realización de la Eco-Doppler en la extremidad contralateral disminuía en un 21% el tiempo de la exploración, disminuyendo el coste y pudiendo aumentar el número de enfermos. Observaron también que en su estudio ningún paciente estaba mal tratado.

No obstante la gran mayoría de autores, Miller et al (9), Garcia et al (10), los autores de este artículo, recomiendan estudio unilateral en pacientes no ingresados sin factores de riesgo y bilateral en ingresados y factores de riesgo siendo indispensable en enfermedad neoplásica.

Mi opinión es que se debe realizar estudios bilaterales sólo en pacientes con clínica bilateral o en aquellos con clínica unilateral y que cumplan uno de los siguientes criterios: que presenten algún factor de riesgo para TVP o que estén ingresados. Es obligatorio el estudio bilateral en pacientes con neoplasia. Realizando estas distinciones ningún paciente estará mal tratado en fase aguda, al ser asintomáticas el seguimiento no se verá perjudicado y se disminuirá la demanda en el laboratorio vascular.

1- Markel A, Manzo RA, Bergelin RO, et al. Pattern and distribution of thrombi in acute venous thrombosis. Arch Surg 1992; 127:305-9.2- Blebea J, Kihara TK, Neumyer MM, Blebea JS, Anderson KM, Atnip RG. A national survey of practice patterns in the noninvasive diagnosis of deep venous thrombosis. J Vasc Surg 1999;29:799-806.3- Lohr JM, Hasselfeld KA, Byrne MP, Deshmukh RM, Cranlay JJ. Does the asymptomatic limb harbor deep venous thrombosis.

Am J Surg 1994;168:184-7.4- Lemech LD, Sandroussi C, Makeham V, Burnett A, Harris JP. Is bilateral duplex scanning necessary in patients with symptoms of deep venous thrombosis? ANZ J Surg 2004;74:847-51. 5- Nadich JB, Torre JR, Pellerito JS, Smalberg IS, Kase DJ, Crystal KS. Suspected deep venous thrombosis: is U/S of both legs necessary? Radiology 1996;200:429-31.6- Sheiman RG, McArdle CR. Bilateral lower extremity U/S in the patient with unilateral symptoms of deep venous thrombosis: assessment of need. Radiology 1995;5:18-23.7- Cronan JJ. Deep venous thrombosis: one leg or both legs? Radiology 1996;200:323-4.8- Strothman G, Beblea J, Fowl RJ, Rosenthal G. Contralateral duplex scanning for deep venous thrombosis is unnecessary in patients with symptoms. J Vasc Surg 1995;22:543-7.9- Miller N, Obrand D, Toussignant L, Gascon I, Rossignol M. Venous duplex scanning for unilateral symptoms: when do we need a contralateral evaluation? Eur J Vasc Endovasc Surg 1998;5:18-23.10- Garcia ND, Morash MD, Ebaugh JL, Shah S, Blackburn D, Astleford P et al. Is bilateral ultrasound scanning of the legs necessary for patients with unilateral symptoms of deep vein thrombosis? J Vasc Surg 2001;34:792-7.