

Trombosis Venosa y Enfermedad Post-Trombótica en la extremidad inferior.

Relationship between deep venous thrombosis and the postthrombotic syndrome. Susan R Khan, MD, MSc, FRCPC; Jeffrey S. Ginsberg, MD, FRCPC. Arch Intern Med. Vol 164. Enero 2004.

Dr. Josep Marinell. Io Roura.

Se trata de un trabajo de revisión (118 citas bibliográficas), que al margen de realizar una exhaustiva valoración de la epidemiología, hace especial énfasis en la fisiopatología de la Enfermedad Post-Trombótica (EPT) con relación a variables de la Trombosis Venosa (TVP).

Considera que el Síndrome Post-Trombótico (PTS) se desarrolla en el 20%-50% de los enfermos que han sufrido una TVP en el periodo evolutivo de 1-2 años con posterioridad a la misma, y lo define con arreglo a los signos y síntomas clínicos propios de la Hipertensión Venosa.

Por tanto, refiere la prevalencia del PTS a la derivada de la TVP y/o Embolismo Pulmonar (EP).

A este respecto, afirma que la incidencia anual de EP no es menor a 1.0 1.6 por mil personas y año. En los Estados Unidos ello comporta 250.000 nuevos casos cada año.

Para el PTS, cita el estudio de DN Mohr y cols (*The venous stasis syndrome after deep venous thrombosis or pulmonary embolism: a population-based study. Mayo Clinic Proc 2000*), que sitúan el riesgo acumulativo de presentar estasis venoso con posterioridad a una TVP en el 7,3% en el primer año; en el 14,3% a los 5 años; en el 19,7% a los 10 años y del 26,8% a los 20 años.

Según el mismo, el riesgo acumulativo de padecer una úlcera es del 3,7% a los 20 años.

Sobre la frecuencia del PTS después de una TVP diagnosticada, consideran los autores que es difícil de precisar debido a la limitada bibliografía de referencia en cuanto a estudios prospectivos.

A este respecto, cita el trabajo de P. Prandoni y cols (*The long-term clinical course of acute deep venous thrombosis. Ann Intern Med 1996*) que refiere que la incidencia acumulativa de PTS fue del 17,3% al final del primer año severo en 3%--; del 23% a los 2 años; del 28% a los 5 años severo en 9%-- y del 29% al final del octavo año.

En función de los diversos trabajos evaluados, los autores establecen en conclusión que la frecuencia del PTS después de una TVP sintomática o diagnosticada se sitúa entre el 15% y el 50%.

La única referencia a una publicación de un grupo español corresponde a M. Monreal y cols (Monreal M, Martorell A, Callejas JM y cols. Venographic assesment of deep vein thrombosis and risk of developing post-thrombotic syndrome: a prospective study. J Intern Med 1993), que en 84 extremidades, y en base a un score de 10 puntos, establecen una frecuencia global del 56%; un 20% severa y un 6% de úlcera.

Sobre el coste económico del PTS, los autores inciden de nuevo en la limitada bibliografía, y como referencia citan el estudio de D. Bergqvist y c (*Cost of long-term complications of deep venous thrombosis of the lower extremities: an análisis of a defined populations in Sweden. Ann Intern Med 1997*), que los establece en 4.700.- USD o el 75% del coste del proceso de la TVP inicial y el de MB Harrison y cols (*A regional planning study: assessing the population with leg and foot ulcers. Can Nurse 2001*), quienes estiman que en Canadá la úlcera venosa representa el 6% de todas las patologías incluidas en Home Care Clientele pero que consumen el 18% de los recursos, con un coste total anual de un millón de USD.

En el análisis de los factores que pueden predecir la aparición del PTS, enumera:

- la TVP recurrente.
- las características de la TVP inicial.
- el hecho de que ésta haya cursado de forma asintomática.
- y características propias del enfermo.

En referencia a la topografía de la TVP inicial, los autores del artículo consideran que existe una débil correlación entre la severidad del PTS y ésta. No obstante, citan estudios de tipo prospectivo que aportan ratios del 20% al 80% de PTS con posterioridad a una TVP infrapoplitea.

Especial relevancia tiene en el criterio de este revisor el dato citado en el trabajo de que entre un 25% y un 33% de los enfermos con TVP asintomática desarrollarían un PTS, correspondiendo la mayor parte a aquellos intervenidos en Cirugía Ortopédica de rodilla.

En cuanto a las características propias del enfermo, el estudio referencia a las ya conocidas de factores de trombofilia, sexo, varices o terapia hormonal.

El tratamiento del PTS lo sitúan bajo el prisma de la descoagulación mediante Heparina, la Trombolisis y la Terapéutica de Compresión.

Sobre la segunda, y asociada a la heparina, establecen que permitiría la preservación de la función valvular, si bien a continuación se acepta que no existen evidencias definitivas sobre que la trombolisis obtenga menores ratios de PTS cuando se compara con el tratamiento anticoagulante.

Sobre la Terapéutica de Compresión (TC), cita el trabajo de DP Brandjes y cols (*Randomised trial of effect of compresión stockings in patients with symptomatic proximal vein thrombosis. Lancet 1997*), en el que los autores randomizan a 194 enfermos con TVP proximal y sintomática en dos grupos: uno mediante TC con ortesis dde 30-40 mmHg y el segundo sin TC, a lo largo de dos años, hallando una reducción del PTS medio o moderado del 47% en el primero con respecto al segundo y del 23% respecto al 11% en el PTS severo. Para esta valoración utilizan la Escala de Villalta.

Sobre las estrategias de Prevención, los autores proponen validarlas en función de los niveles de evidencia propuestos por G.Guyatt y cols. (*Grades of recommendation for antithrombotic agents. Chest 2001*).

Como de mayor interés, citan la prevención de una sucesiva TVP ipsilateral (nivel 1C); TC de 30-40 mmHg (nivel 2B) y la trombolisis (nivel 2B y 2C).

En el tratamiento, y frente a estadios clínicos evolucionados --"severe and intractable PTS" la compresión neumática intermitente (nivel 1 A).

Finalmente, y a modo de recomendación, la realización de estudios prospectivos.

1.- Cairols M, Marinello J, Acin F, Alvarez J, Barba A, et al. Consideraciones clínicas sobre el Estudio Delphi. Soc. Esp. Angiología y Cirugía Vascul y Capit. Esp. de Flebología edit. Madrid, 2004; VI: 81-902.- Padberg F, Cerveira JJ, Lal BK, Pappas PJ, Varma S et al. Does severe venous insufficiency have a different etiology in the morbidly obese? Is it venous?. J Vasc Surg 2003; 37:79-85.3.- Saarinen JP, Domoni K, Zeitlin R, Salenius JP. Postthrombotic syndrome after isolated calf deep venous thrombosis: the role of popliteal reflux. J Vasc Surg 2002; 36(5):959-644.- Haenen JH, Jansen MCH, Van Langen H, Van Asten WN, Wollersheim H, et al. The postthrombotic síndrome in relation to venous hemodynamics, as measurement by means of duplex scanning and strain-gauge plethysmography. J Vasc Surg 1999; 29: 1071-6.

COMENTARIOS

Dr. Dr. Josep Marine.lo

La cuestión de la Incidencia y Prevalencia del SPT es evaluada desde varias perspectivas clínicas.No obstante, no permite establecer la concreción que sería deseable, ya que finalmente se establece en una ratio de márgenes muy amplios (15%-50%). Con toda probabilidad ello sea debido a la variabilidad en los criterios clínicos de inclusión de los diversos signos y síntomas clínicos propios de la EPT.Este sesgo es el ya advertido en los trabajos epidemiológicos sobre la Insuficiencia Venosa Crónica (IVC), y de forma muy reciente en el Libro Blanco (1). A este

respecto, el estudio cita diversas escalas o scores de valoración como los de Villalta y Ginsberg entre otros, y cuando hace referencia a la Clasificación CEAP no la considera desarrollada de forma específica para la EPT. En mi criterio, la Clasificación CEAP adolece de algunas matizaciones, pero entre las que ciertamente no se encuentra la falta de objetividad para los diversos grados evolutivos de la IVC. Y éstos no son diferentes clínicamente tanto si ésta es Primaria o Secundaria a una TVP. En cuanto a los factores predisponentes personales, y si bien cita el sobrepeso como causa de la TVP, no la relaciona con el desarrollo evolutivo de la EPT. Recientemente F. Padberg y cols han publicado un interesante trabajo sobre la relación de la obesidad con la clínica de la IVC, tanto Primaria como Secundaria cuya lectura estimo de interés para la discusión interactiva de la EPT (2). El trabajo, excelente y exhaustivo en la mayoría de sus aspectos, apenas profundiza en dos aspectos fundamentales en esta enfermedad: los datos hemodinámicos y el papel de las estrategias quirúrgicas. Probablemente, ambos ligados con la condición profesional de sus autores. Sobre el primer aspecto, el trabajo no profundiza en que estudios hemodinámicos son los adecuados para el seguimiento de la EPT, ni que parámetros sobre el Reflujo Venoso deben valorarse. A este respecto, me remito a algunos trabajos que han analizado este tema. (3,4) En cuanto al tratamiento quirúrgico, y si bien es absolutamente cierto que, por su propia fisiopatología, las tácticas y técnicas quirúrgicas válidas en la IVC Primaria tienen poca aplicación en la EPT, la actuación sobre las Venas Perforantes, sobretodo utilizando la estrategia SEP's, presentan excelentes resultados en grupos seleccionados de enfermos. Finalmente, los autores inciden en la necesidad de que se realicen estudios prospectivos sobre la evolución de la TVP hacia estadios de EPT, recomendación que me permite realizar especial énfasis en la Base de Datos BASALTO recién iniciada