

Módulo 3



Curso práctico de tratamiento ● ● ● anticoagulante

Otras indicaciones de anticoagulación

Unidad 1. Trombosis de sitios inusuales

Tema 3. Trombosis venosa de miembros superiores (TVPMS)



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

Educación **Continua**
Generamos experiencias educativas



Unidad 1. Trombosis de sitios inusuales

● ● ● **Tema 3. Trombosis venosa de miembros superiores (TVPMS)**

Como se venía revisando en el interactivo, la TVPMS se reserva para aquella que tiene importancia clínica (compromiso trombotico subclavio, axilar y braquial).

Esta entidad es mucho menos común que la TVP de extremidades inferiores y constituye cerca del 6 % de las TVP. La incidencia anual está estimada en 0,4 a 1 por 10 000. Se ha visto en aumento, probablemente por el uso más frecuente de catéteres venosos centrales. La vena más comúnmente afectada es la subclavia (76 %), seguida de la axilar (47 %) y de la braquial (36 %). Hasta un 38 % de las veces hay compromiso de una única vena, pero pueden comprometerse otras. En 28 % de los casos puede haber compromiso braquiocefálico y en 56 % de estos, de las venas yugulares internas y compromiso de venas superficiales. Se subdivide en primaria y secundaria.

La primaria es el llamado Síndrome de Paget Schroetter Syndrome o trombosis de esfuerzo y tiene una incidencia de 1-2 por 100 000. Constituye del 10--20 % de los casos de TVPMS. En este hay trombosis primaria de la vena subclavia en la unión subclavio-axilar. Se produce por compresión de la vena subclavia, al pasar por el triángulo formado por el músculo escaleno anterior, la primera costilla y el tendón y músculo subclavios (en asociación con el síndrome del estrecho torácico). El movimiento repetitivo de la extremidad predispone a su desarrollo, la edad promedio de presentación es de 32 años y un 71 % de los casos está reportado en ocupaciones que involucran alta movilidad de la extremidad (gimnasia, béisbol, fútbol y tenis, entre otros)^{13,14}.

La secundaria representa un 80 – 90 % de los casos, siendo la más común. Los dos factores de riesgo relacionados son material exógeno venoso y la malignidad. Ese material exógeno, generalmente, es un catéter venoso central (CVC). Estos han sido implicados en cerca del 41 % de los casos. Los de mayor riesgo son los catéteres centrales de inserción periférica (PICC), siendo la causa del 40 % de los casos de trombosis asociada a catéter. La incidencia asociada a PICC de este tipo de trombosis es variable, oscila entre un 3 % de pacientes hospitalizados a 6 % de pacientes con cáncer y 13 % de pacientes críticamente enfermos.





El riesgo aumenta si su inserción se realiza a través de vasos más delgados, como la basílica o la cefálica. La relación entre el diámetro de la vena y el diámetro del catéter cambia la tasa de flujo venoso. Si esta relación disminuye se aumenta la estasis venosa. Los nuevos catéteres disminuyen el riesgo, pero no lo erradica. En cuanto al cáncer, 36 % de los pacientes lo padecen al momento del diagnóstico. La leucemia, el cáncer gástrico, el linfoma y el cáncer de páncreas son los más relacionados. Entre otros factores de riesgo se encuentran, la inmovilización, historia de TVP, enfermedad cardíaca, estados hiperestrogénicos y cirugía reciente¹⁴.

Presentación clínica: en cuanto a los síntomas, los pacientes pueden referir pesadez, dolor, parestesia y debilidad en la extremidad. En aquellos que tiene catéteres este puede disfuncionar. En el examen se puede encontrar edema, cianosis y circulación colateral (visualización de venas superficiales alrededor del hombro conocido como signo de Urschel's). La minoría de los pacientes se presentan con tromboembolismo pulmonar (9,2 %), a diferencia de aquellos que cursan con TVP de extremidades inferiores. Dentro de las complicaciones, se describe este último, el síndrome postrombótico (signos y síntomas de insuficiencia venosa, entre ellos, dolor, pesadez, edema, pigmentación de la piel y úlceras) descrito hasta en un 19 % de los casos (afectando mayormente a aquellos que padecen TVPMS primaria) y las recurrencias^{14,15}.

Diagnóstico: la evaluación inicial debe estar guiada por una alta sospecha clínica. Los criterios de Wells usados en TEP y TVP de miembros inferiores no están sustancialmente validados en este escenario. Existe una escala de predicción llamada Constan's score, que divide a los pacientes en alto o bajo riesgo; en los primeros indica toma de dímero D, sin embargo, se necesitan más estudios para su aplicación. Así, el estándar de oro para el diagnóstico es la venografía contrastada, pero por sus costos y su naturaleza invasiva no está posicionada como el estudio de elección, siendo el ultrasonido con Doppler y/o compresión el más utilizado, con sensibilidad que oscila entre el 93-96 % para el Doppler y 81-97 % para la compresión.

El compromiso proximal representa difícil acceso ultrasonográfico, por lo que el venograma por tomografía es un método adecuado para su evaluación, teniendo como alternativa el venograma por resonancia magnética¹⁴.





Tratamiento: el objetivo del tratamiento es disminuir los síntomas y las complicaciones ya mencionadas. El manejo de material exógeno en los casos en que haya relación de la trombosis con los mismos es una prioridad. El compromiso de la vena braquial es motivo de discusión, las guías CHEST recomiendan su manejo en caso de ser francamente sintomático, si hay asociación con catéteres o en presencia de malignidad. En este escenario hay que individualizar^{14,16}.

En los otros casos de la TVPMS secundaria con compromiso proximal la piedra angular del manejo es la anticoagulación. Agudamente, se recomienda Heparina no fraccionada o Heparina de bajo peso molecular como puente a antagonistas de la vitamina K en caso de no existir malignidad. Los ACOD aún no cuentan con suficiente evidencia para su uso en este escenario. En cuanto a la duración del manejo, según las recomendaciones de CHEST 2012, se debe mantener la anticoagulación por 3 meses en TVPMS no relacionada con catéteres o malignidad, en los casos en los que esté relacionada con factores de riesgo transitorios.

En presencia de malignidad, la duración no está del todo establecida, debe ser de 3-6 meses, la prolongación, más allá de este tiempo está estipulada en consenso de expertos y basada en variables de riesgo (como presencia de tromboembolismo venoso recurrente, y/u otros factores de riesgo para trombosis)^{14,16}. En cuanto a la TVPMS asociada a catéter, este debiera retirarse y a partir del retiro mantener la terapia anticoagulante por 3 meses, sin embargo, en muchos casos el dispositivo es de alto valor (e.g catéter de quimioterapia), por lo que no es pertinente su retiro, de continuar funcional, se recomienda mantener la anticoagulación hasta que el catéter permanezca^{14,16}.

