

Trombosis Venosa Profunda

Manuel Chacón L.

Programa Medicina de Urgencia

INTRODUCCION

- La TVP es una condición médica frecuente que puede constituir un desafío diagnóstico.
- El 75% de los pacientes que presentan signos y síntomas sugerentes de TVP no tienen esta enfermedad.
- La incidencia anual de TVP es de 1/1000 personas.
- El sitio mas frecuente de TVP son las extremidades inferiores (senos cerebrales, brazos, retina, mesenterio)

FISIOPATOLOGÍA

- Triada de Virchow: 1856
- Daño de la pared del vaso
- Alteraciones del flujo
- Hipercoagulabilidad
- Generalmente los trombos se forman en las valvas de las venas de las pantorrillas y luego se extienden a las venas proximales.

FACTORES DE RIESGO

- Vejez
- Obesidad
- Tromboembolismo venoso previo
- Cirugía: ortopédica, vascular, neurocirugía
- Trauma: espinal, fracturas pélvicas, de piernas
- Cáncer activo
- Enfermedades medicas agudas como IAM ,IC IR, infección
- Enfermedad inflamatoria intestinal

FACTORES DE RIESGO

- Síndrome antifosfolipidos
- Dislipoproteinemia
- Síndrome nefrótico
- Hemoglobinuria paroxística nocturna
- Enfermedades mieloproliferativas
- Síndrome de Behcet
- Venas varicosas
- Trombosis venosa superficial
- Malformación venosa congénita

FACTORES DE RIESGO

- Viajes de larga distancia
- Reposo prolongado en cama, inmovilización
- Paresia de extremidades
- Embarazo/puerperio
- ACO, terapia de reemplazo hormonal
- Catéter venoso central, filtro en vena cava
- Abuso de drogas E.V.
- Otras drogas :quimioterapia, tamoxifeno, talidomida, antiesicóticos

TROMBOFILIA

- Factor V Leiden en TVP espontánea: 12-30% de pacientes
- Factor II G20210A: 7 -18 %
- Deficiencia de inhibidores naturales: antitrombina < 1%, proteína C en 3%, proteína S 7%
- Altos niveles de factor VIII ,factor IX ,factor XI
- Anticoagulante lúpico
- Altos niveles de inhibidor de la fibrinólisis activable con trombina
- Hiperhomocisteinemia
- Disfibrinogenemia
- Deficiencia de plasminógeno

DIAGNÓSTICO

Se basa en:

- Sospecha clínica
- Ecografía
- Dímero - d

**El diagnostico clínico no es fiable*

CAUSAS DE DOLOR O AUMENTO DE VOLUMEN DE EXTREMIDADES INFERIORES

- TVP
- Tromboflebitis superficial
- Síndrome post trombótico
- Insuficiencia venosa crónica
- Obstrucción venosa
- Celulitis
- Quiste de Baker
- Desgarro del gastrocnemius
- Fractura
- Hematoma
- Isquemia arterial aguda
- Linfoedema
- Hipoproteïnemia

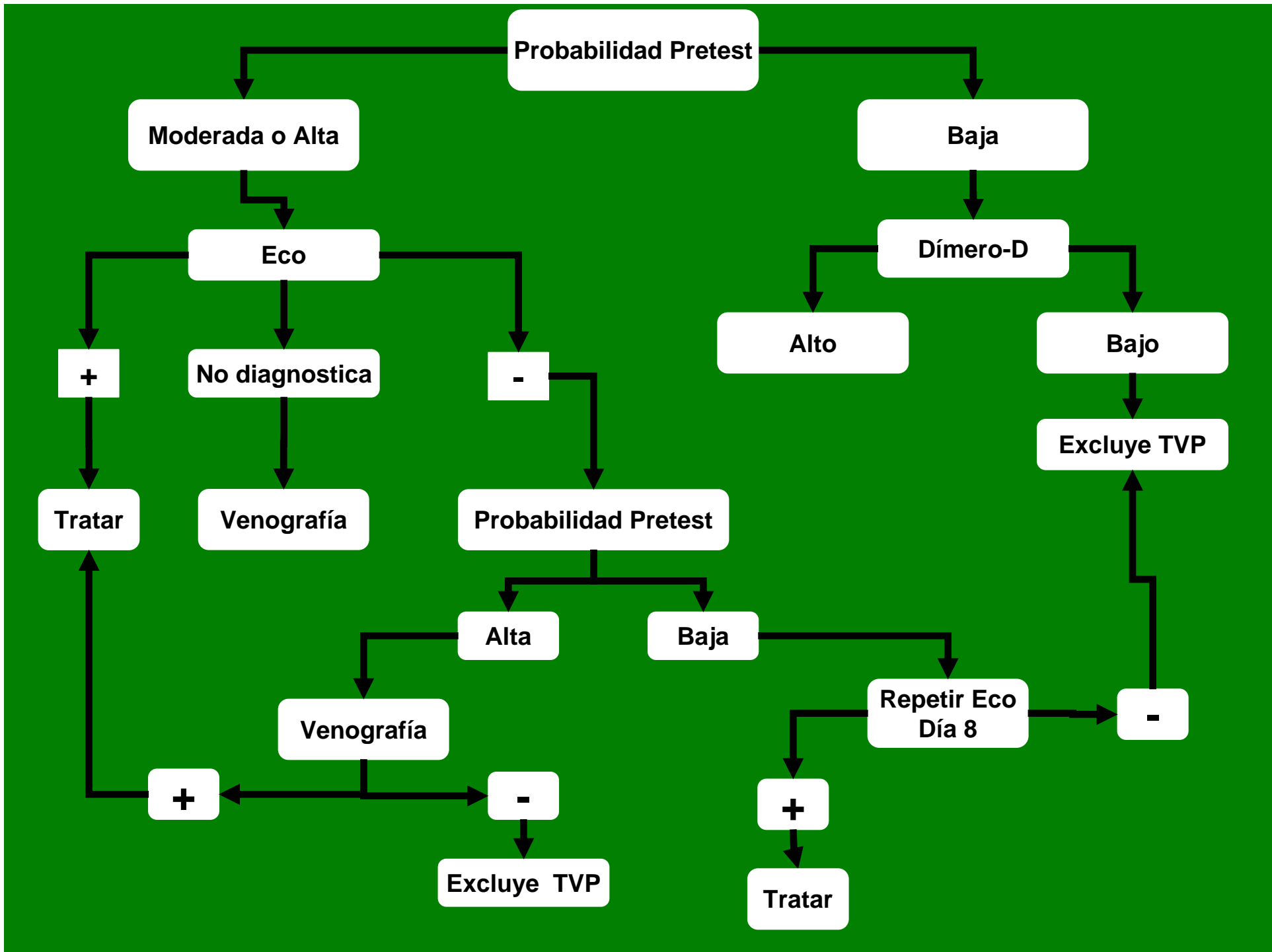
PROBABILIDAD PRETEST

- Cáncer activo: 1 pto.
- Parálisis, paresia o yeso reciente en pies o piernas: 1 pto.
- Postrado en cama reciente más de 3 días o cirugía mayor en las ultimas 4 semanas : 1 pto.
- Sensibilidad localizada a lo largo de la distribución del sistema venoso profundo: 1 pto.
- Aumento de volumen de toda la pierna: 1 pto.

PROBABILIDAD PRETEST

- Aumento de volumen de pantorrilla 3 cms. más que la asintomática: 1 pto.
- Signo de la fóvea en la pierna sintomática: 1 pto.
- Venas superficiales colaterales: 1 pto.
- Diagnóstico alternativo mayor que TVP: 2 ptos.

* 0 puntos: baja probabilidad
1-2 puntos: moderada probabilidad
≥ 3 puntos: alta probabilidad



EXAMENES EN TVP

- Dímero-d
- Ecografía
- Venografía
- Tomografía helicoidal
- Resonancia Nuclear Magnética

TRATAMIENTO

- Heparinas: no fraccionadas y de bajo peso molecular
- Trombolíticos
- Filtro en vena cava inferior
- Trombectomía
- Ximelagatran
- Fondaparinux

Diagnóstico Confirmado de TVP

Embolia Pulmonar
▼
Filtro Cava Inferior

Inicio con HBPM
100 UI/Kg. 2 v/día o
150-200 UI/Kg. 1 v/día

TVP que amenaza la extremidad: considerar trombolisis o trombectomía

TVP en embarazo
HBPM continua

Comenzar AVK (INR 2-3) junto a HBPM y discontinuar HBPM después de 5-7 días con INR estable

TVP asociado a cáncer
Continuar HBPM full dosis reduciendo 75% a las 4 semanas y continuar 6 meses

TVP causada por cirugía.
Descontinuar AVK después de 3 meses

TVP espontánea

TVP y alto riesgo de ocurrencia
Considerar AVK indefinidamente con INR 2-3 o 1.5-2

Discontinuar AVK después de 3-6 meses