

Temas al día

Trombosis venosa profunda y embolia de pulmón en paciente con hemoperitoneo

Laura Limia-Pérez¹, Juan Criado-García¹, María Fuentes-Spínola², Ana Cristina Delgado-Zamorano¹, María Gracia Cruz-Caparrós³

¹Unidad de Medicina Interna y Unidad de Lípidos y Arteriosclerosis. IMIBIC/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba. Córdoba. España

²Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén). España

³Servicio de Medicina Interna. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería). España

Grupo de Trabajo de Enfermedad Tromboembólica. Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

Recibido: 03/07/2018

Aceptado: 04/07/2018

En línea: 31/12/2018

Citar como: Limia-Pérez L, Criado-García J, Fuentes-Spínola M, Delgado-Zamorano AC, Cruz-Caparrós MG. Trombosis venosa profunda y embolia de pulmón en paciente con hemoperitoneo. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2018 (Ago); 3(2): 90-92.

Autor para correspondencia: Laura Limia-Pérez. lauralimiaperez@gmail.com

Palabras clave

- ▷ Enfermedad tromboembólica venosa
- ▷ Trombosis venosa profunda
- ▷ Embolia pulmonar
- ▷ Filtro de vena cava inferior

Keywords

- ▷ Venous thromboembolism
- ▷ Deep venous thrombosis
- ▷ Pulmonary embolism
- ▷ Vena cava filter

Resumen

La anticoagulación es el pilar fundamental del tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa. En las situaciones en las que el tratamiento anticoagulante está contraindicado, como ocurre en una hemorragia activa, o cuando fracasa dicha terapia con recurrencias de la embolia de pulmón, se debe plantear la colocación de un filtro de vena cava inferior. Presentamos el manejo de un caso de enfermedad tromboembólica en un paciente oncológico que desarrolló un hemoperitoneo.

Abstract

The mainstay of the treatment of venous thromboembolism is anticoagulation. Vena cava filters should be considered when there is a contraindication for anticoagulant treatment, a complication of anticoagulation resulting in cessation of therapy or pulmonary embolism recurrence during therapeutic anticoagulation. We present the management of a case of thromboembolic disease in a cancer patient who developed a hemoperitoneum.

Puntos destacados

- ▷ Los filtros de vena cava inferior están indicados en aquellos pacientes con enfermedad tromboembólica venosa que presentan una contraindicación absoluta para tratamiento anticoagulante o una recurrencia de la enfermedad tromboembólica venosa a pesar de la anticoagulación.
- ▷ El tratamiento anticoagulante ha de reiniciarse tan pronto como sea posible.
- ▷ La retirada del filtro de vena cava inferior se debe realizar tras 2-3 semanas, después de haber reinstaurado el tratamiento anticoagulante a dosis terapéuticas.

pulmón (EP)1. La hemorragia activa espontánea o secundaria al tratamiento anticoagulante, la necesidad de cirugía mayor urgente o programada, la diátesis hemorrágica grave o la trombopenia severa constituyen las principales contraindicaciones de la anticoagulación. En pacientes con ETV aguda que no puedan recibir tratamiento anticoagulante estaría indicado el uso de filtros de vena cava inferior (FVCI).

A continuación, presentamos un caso de TVP y EP en un paciente oncológico que desarrolló un hemoperitoneo y precisó la colocación de un FVCI.

Introducción

La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) es la tercera causa de enfermedad vascular tras la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular. El tratamiento de elección es la anticoagulación, si bien existen situaciones en las que ésta se encuentra contraindicada. Se estima que el 40% de las trombosis venosas profundas (TVP) sintomáticas no tratadas desarrollarán embolia de

Caso clínico

Varón de 26 años con antecedentes de tabaquismo e intervenido de carcinoma urotelial sarcomatoide mediante nefroureterectomía izquierda. A los 10 meses, presenta progresión tumoral vesical y aparición de implantes peritoneales, por lo que comienza quimioterapia según esquema cisplatino/gemcitabina. En to-

mografía computarizada (TC) de control se detecta progresión de la enfermedad neoplásica y EP de arteria lobar inferior derecha y múltiples segmentarias derechas. En ecografía Doppler venosa de miembros inferiores se objetiva TVP de venas femoral común, femoral superficial e ilíaca externa derecha. Se instaura anticoagulación con enoxaparina 100 mg diarios (peso 70 kg). Tras un mes de tratamiento, consulta en Urgencias por dolor abdominal. En la exploración física destacaba una tensión arterial de 100/60 mmHg y una frecuencia cardíaca de 115 latidos por minuto. A la palpación abdominal presenta signos de irritación peritoneal. Se realiza analítica de urgencias donde destaca anemia con hemoglobina 9,6 g/dl (12-18), hematocrito 28,9% índice (37-52) y volumen corpuscular medio 88 fl (80-99), trombocitosis de 536.000/ μ l e insuficiencia renal con creatinina 2,8 mg/dl (0,5-1,3) y filtrado glomerular de 28 ml/min.

Ante la sospecha de complicación hemorrágica abdominal se realiza TC de abdomen sin contraste, con hallazgos de líquido libre perihepatoesplénico sugestivo de hemoperitoneo, aumento de tamaño de los implantes peritoneales ya conocidos que provoca obstrucción de la vía urinaria derecha, masa esplénica infiltrativa y derrame pleural (Figura 1). Con diagnóstico de hemoperitoneo secundario a sangrado de implantes peritoneales-masa esplénica en paciente anticoagulado por ETV, se suspende el tratamiento anticoagulante y se coloca FVCI recuperable modelo Günther (Figura 2). Unos días más tarde, tras mejoría de la función renal, gracias a la colocación de un catéter doble J sobre vía urinaria derecha, se realiza angio-TC con contraste que no muestra evidencia de sangrado activo en ese momento. Se decide reiniciar anticoagulación con dosis de 40 mg/día y aumento progresivo según control de actividad del factor X activado y seguimiento estrecho analítico y radiológico. A los 2 meses de su colocación, y ante la buena evolución clínica con anticoagulación a dosis plenas, se retira FVCI sin complicaciones.

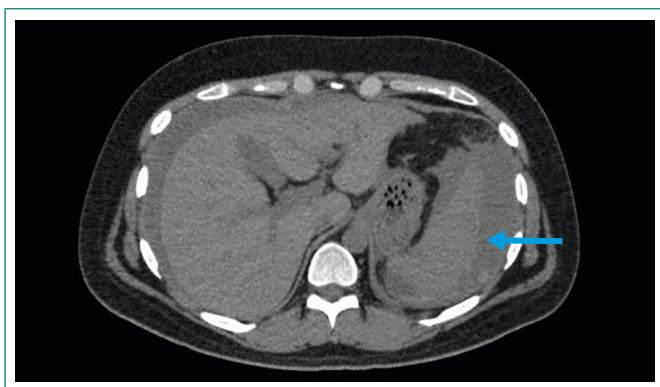


Figura 1. Hemoperitoneo

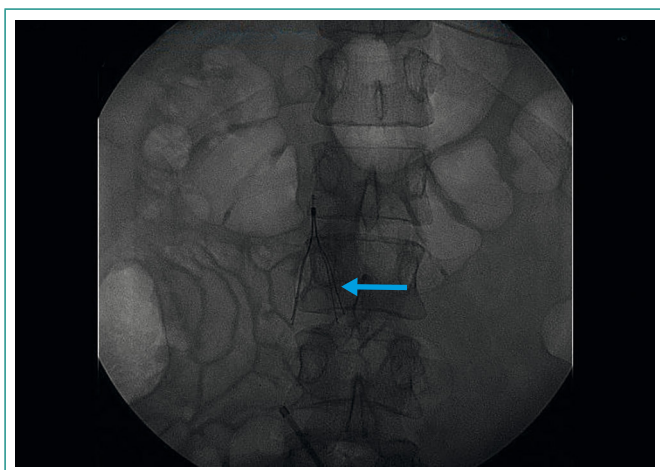


Figura 2. Filtro en vena cava inferior

Discusión y conclusiones

La anticoagulación es el tratamiento de elección de la ETV. Los pacientes con TVP que no reciben tratamiento anticoagulante tienen un alto riesgo de desarrollar EP, que puede ser mortal en un 25% de los casos¹. En determinadas situaciones, existe una contraindicación absoluta para su uso, como son la hemorragia activa espontánea o secundaria al tratamiento anticoagulante, la necesidad de cirugía mayor urgente o programada, la diátesis hemorrágica grave o la trombopenia severa. En estos escenarios, hay que plantearse la colocación de un FVCI retirable.

La interrupción de la vena cava inferior para prevenir la EP en el contexto de la TVP aguda fue sugerida en 1868 por Trousseau, y en 1893 Bottini llevó a cabo la primera ligadura quirúrgica exitosa de la vena cava inferior. El primer FVCI, conocido como *paraguas de Mobin-Udin*, se introdujo en 1967 y, posteriormente, se desarrolló el filtro Greenfield, que se convirtió en el modelo para el diseño de filtros posteriores².

La eficacia de los FVCI en el tratamiento de la ETV ha sido analizada en dos ensayos clínicos. El primero, el PREPIC, comparó la anticoagulación sola frente a la anticoagulación y FVCI permanente. Los datos concluyeron que los FVCI prevenían la recurrencia de la EP pero sin disminuir la muerte por ETV ni por cualquier otra causa; además, los pacientes que recibieron el dispositivo presentaron un aumento de TVP³. El segundo estudio, PREPIC 2, aleatorizó pacientes con TVP y EP asociada a recibir anticoagulación o anticoagulación y FVCI recuperable. El uso de FVCI no mostró ningún beneficio en cuanto a la mortalidad ni en las tasas de recurrencia de EP sintomática durante los primeros 3 meses de seguimiento⁴. Estos estudios pusieron de manifiesto el escaso beneficio global del uso de FVCI en aquellos enfermos con ETV que reciben tratamiento anticoagulante. Pero estos resultados contribuyeron a establecer la indicación absoluta de los FVCI en los pacientes con contraindicación para la anticoagulación.

Recientemente, se ha publicado un metaanálisis⁵ que analiza el papel del FVCI en la prevención de la EP, tanto en pacientes con ETV aguda sintomática como en pacientes con alto riesgo de desarrollarla. En éste se incluyeron 11 estudios (seis ensayos clínicos y cinco estudios prospectivos), todos ellos con un nivel de evidencia bajo o moderado. En conjunto, los pacientes que recibieron FVCI tuvieron menor riesgo de recurrencia de EP pero con un aumento del riesgo de TVP, una tendencia no significativa en reducción de la mortalidad por EP, y no se observó ninguna diferencia en la mortalidad por todas las causas.

Las indicaciones absolutas del FVCI avaladas por diferentes guías clínicas son: ETV aguda y contraindicación para la anticoagulación, ETV aguda y complicaciones del tratamiento anticoagulante que obligan a su suspensión y recurrencia de EP a pesar de tratamiento anticoagulante⁶⁻⁸. Alguna de estas guías recomienda considerar la colocación de un FVCI, además de la anticoagulación, en pacientes con EP inestable y/o con reserva cardiopulmonar limitada⁷. Existen otras indicaciones relativas, fundamentalmente sugeridas por sociedades de radiólogos, como serían: EP recurrente con hipertensión pulmonar tromboembólica crónica que requieran tromboendarterectomía pulmonar, TVP proximal con trombo flotante, EP masiva tratada con trombólisis o embolectomía, colocación de FVCI previo a la realización de trombólisis de TVP ilio-cava, incumplimiento del tratamiento anticoagulante y alto riesgo de complicaciones derivadas de la anticoagulación⁷.

El uso de FVCI no está exento de complicaciones. Entre las más frecuentes se encuentran: trombosis del lugar de inserción y trombosis de vena cava inferior, recurrencia de la TVP y desarrollo de síndrome posflebítico. Otras complicaciones incluyen migración del dispositivo, disección de la cava inferior, fractura del filtro y obstrucción de la vena cava⁷.

Los FVCI pueden ser permanentes y recuperables. Estos últimos son los de elección en la actualidad. Su retirada debería plantearse en el momento en el que la situación que indicó su uso se resuelve y puede alcanzarse la anticoagulación a dosis plenas. Se recomienda alcanzar la anticoagulación terapéutica durante al menos 2-3 semanas antes de la recuperación del filtro⁷.

Nuestro enfermo presentaba una contraindicación absoluta del tratamiento anticoagulante, como era el hemoperitoneo. La insuficiencia renal secundaria a la obstrucción uretral por la progresión tumoral favoreció la hemorragia, debido a la acumulación de la heparina de bajo peso molecular (HBPM). La colocación de un FVCI retirable nos permitió suspender la anticoagulación hasta controlar la hemorragia aguda, mejorar la función renal y estabilizar las cifras de hemoglobina. Una vez resueltos estos problemas, se pudo reintroducir de forma progresiva el tratamiento anticoagulante y retirar el FVCI, unas semanas después, sin complicaciones.

Bibliografía

1. Cohen AT, Agnelli G, Anderson FA, Arcelus JI, Bergqvist D, Brecht JG, et al. Venous thromboembolism (VTE) in Europe. The number of VTE events and associated morbidity and mortality. *Thromb Haemost.* 2007; 98: 756-764.
2. Greenfield LJ. Evolution of venous interruption for pulmonary thromboembolism. *Arch Surg.* 1992; 127: 622-626.
3. Decousus H, Leizorovicz A, Parent F, Page Y, Tardy B, Girard P, et al. A clinical trial of vena caval filters in the prevention of pulmonary embolism in patients with proximal deep-vein thrombosis. Prevention du risque d'embolie pulmonaire par Interruption Cave Study Group. *N Engl J Med.* 1998; 338: 409-415.
4. Mismetti P, Laporte S, Pellerin O, Ennezat PV, Couturaud F, Elias A, et al. Effect of a retrievable inferior vena cava filter plus anticoagulation vs anticoagulation alone on risk of recurrent pulmonary embolism: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2015; 313: 1627-1635.
5. Bikdeli B, Chatterjee S, Desai NR, Kirtane AJ, Desai MM, Bracken MB, et al. Inferior vena cava filters to prevent pulmonary embolism: systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol.* 2017; 70: 1587-1597.
6. Geerts WH, Bergqvist D, Pineo GF, Heit JA, Samama CM, Lassen MR, et al. Prevention of venous thromboembolism: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest.* 2008; 133(6 Suppl): 381S-453S.
7. Kaufman JA, Kinney TB, Streiff MB, Sing RF, Proctor MC, Becker D, et al. Guidelines for the use of retrievable and convertible vena cava filters: report from the Society of Interventional Radiology multidisciplinary consensus conference. *J Vasc Interv Radiol.* 2006; 17: 449-459.
8. Howard LS, Hughes RJ. NICE guideline: management of venous thromboembolic diseases and role of thrombophilia testing. *Thorax.* 2013; 68: 391-393.