
Juan Karlo Urrea Zapata, MD*

“El síndrome posttrombótico: antiguamente síndrome postflebitico, una entidad compleja y desafiante”

THE POSTTHROMBOTIC SYNDROME: EVIDENCE-BASED PREVENTION, DIAGNOSIS, AND TREATMENT STRATEGIES: A SCIENTIFIC STATEMENT FROM THE AMERICAN HEART ASSOCIATION

Kahn SR, Comerota AJ, Cushman M, Evans NS, Ginsberg JS, Goldenberg NA, Gupta DK, Prandoni P, Vedantham S, Walsh ME, Weitz JI; on behalf of the American Heart Association Council on Peripheral Vascular Disease, Council on Clinical Cardiology, and Council on Cardiovascular and Stroke Nursing. The postthrombotic syndrome: evidence-based prevention, diagnosis, and treatment strategies: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2014;130:XXX–XXX

En esta publicación de la AHA, se ordenan las pautas actuales para la identificación, manejo y disminución de las complicaciones de la enfermedad tromboembólica venosa. Aquí se resumen los 10 mensajes claves para la práctica diaria:

1. El síndrome posttrombótico (SPT) considerado una forma secundaria de insuficiencia venosa es la complicación más importante, severa y discapacitante de la enfermedad tromboembólica venosa (TEV). Entre el 20% y el 50% de los TEV terminan en SPT. Aunque se presenta en los primeros meses, se puede extender hasta 10 o 20 años después.
2. Puede afectar miembros superiores o inferiores, siendo la manifestación cardinal el edema, cambios inflamatorios locales y el dolor que se exacerba a través del día. La afección es predominantemente en miembros inferiores, afectando la marcha, generando pesadez y empeorando con caminar o estar mucho tiempo de pie llevando a la claudicación venosa. Los cambios en la piel van desde las formas más leves como telangiectasias y edema perimaleolar hasta la hiperpigmentación, eczema venoso, venas varicosas, atrofia blanquecina, lipodermatoesclerosis y la úlcera cutánea.
3. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, después de una enfermedad tromboembólica venosa, los cambios de la piel pueden durar hasta 3 o 6 meses, por esto a partir de estos meses es que se puede diagnosticar el SPT. La clasificación CEAP aplica para la insuficiencia venosa crónica, por esto se han valido otras escalas como Villalta, Brandjes y medida de Ginsberg. Para efectos prácticos la guía recomienda la escala de Villalta (ver tabla).

	Ninguno	Leve	Moderada	Severa
5 Síntomas				
Dolor	0	1	2	3
Calambres	0	1	2	3
Pesadez	0	1	2	3
Parestesias	0	1	2	3
Prurito	0	1	2	3

6 Signos clínicos				
Edema pretibial	0	1	2	3
Hiperpigmentación	0	1	2	3
Ectasia venosa	0	1	2	3
Enrojecimiento	0	1	2	3
Induración cutánea	0	1	2	3
Dolor a la compresión de la pantorrilla	0	1	2	3
Úlcera venosa		Ausencia		Presente

0-4: Sin SPT; ≥ 5 indica SPT (Leve: 5-9, moderado: 10-14, severo: ≥ 15 o úlcera venosa)

4. Las imágenes como el doppler venoso, venografía, etc forman parte del estudio diagnóstico y ayudan al manejo pero en esencia el diagnóstico en clínico.
5. Los factores de riesgo para desarrollar esta complicación son: edad, obesidad, la extensión y localización del TEV (principalmente iliofemoral), la recurrencia, enfermedad trombotica residual y la subanticoagulación.
6. La prevención primaria se enfoca a evitar las condiciones que faciliten la presencia del TEV. La prevención secundaria implica el tratamiento anticoagulante adecuado y por el tiempo definido (Recom I NE: B). El tratamiento farmacológico se fundamenta en los cumarínicos y las heparinas de bajo peso molecular, los nuevos anticoagulantes no están estudiados en estos desenlaces.
7. Los medios de compresión externa pueden tener un efecto benéfico aunque este hallazgo no está cuantificado en los diferentes estudios (Recom IIb NE: C).
8. La trombolisis dirigida o la estrategia farmacoinvasiva se reserva para los pacientes con TEV agudo proximal (iliofemoral) en los primeros 14 días con buena capacidad funcional y bajo riesgo de sangrado (Recom IIb NE: B). La anticoagulación es un adyuvante al manejo trombolítico. Cuando el paciente no es candidato a trombectomía, puede intentarse el manejo quirúrgico en centros especializados. Lo que si no se recomienda en las trombolisis sistémica.
9. La efectividad del manejo farmacológico con rutósidos, hidrosmina y defibrótido es incierta. El ejercicio físico dirigido al fortalecimiento es razonable y por al menos 6 meses (Recom IIa NE: B). El manejo de la úlcera venosa puede basarse en compresión, pentoxifilina, y reconstrucción neovalvular. El manejo quirúrgico de derivación y descompresión venosa se reserva a casos refractarios y en centros de alta experiencia.
10. El manejo de la enfermedad tromboembólica de miembros superiores no está establecido por lo infrecuente de su presentación.

Aunque desafiante, la esencia es evitar la presentación de una complicación trombotica por falta de tromboprolifaxis, sin embargo una vez se presenta el TEV, el manejo interdisciplinario (cirugía vascular, medicina interna, cardiología) podría reducir la presencia del SPT.

Referencia:

<http://www.circ.ahajournals.org/content/early/2014/09/22/CIR.000000000000130.full.pdf+html>