

Ecografía en el seguimiento de la trombosis venosa profunda

Dra. Raquel Barba Martín
Hospital Rey Juan Carlos,
Móstoles, Madrid

Introducción

Tras un episodio de **Enfermedad Tromboembólica Venosa** los objetivos del tratamiento son:

- Evitar la progresión del trombo
- Evitar las recurrencias.

La **duración mínima del tratamiento es de tres meses**, ya que pautas más cortas han mostrado una tasa de recurrencias inaceptables.

La duración más allá de tres meses no disminuye la tasa de recurrencias a largo plazo, es decir, **el efecto protector dura mientras se mantiene la anticoagulación** y desaparece al suspenderla.

Introducción

Si decidimos mantener el tratamiento más allá de los tres meses deberemos valorar dos aspectos:

RIESGO DE RECURRENCIA
RIESGO DE HEMORRAGIA



Riesgo de hemorragia

- Se debe valorar el riesgo de hemorragias mayores
- El **beneficio** de mantener la anticoagulación en un paciente debe ser siempre netamente superior al riesgo de hemorragias fatales.
- Revisiones sistemáticas y estudios basados en el RIETE han demostrado que la tasa de mortalidad por hemorragias mayores se mantiene **estable** trascurridos los tres primeros meses de tratamiento, mientras que la tasa de mortalidad por recurrencias **disminuye** notablemente superado este periodo.

Carrier M, Le Gal G, Wells PS, Rodger MA. Systematic review: case-fatality rates of recurrent venous thromboembolism and major bleeding events among patients treated for venous thromboembolism. *Ann Intern Med.* 2010;152:578-89.

Lecumberri M, Alfonso A, Jiménez D, Fernández Capitán C, Prandoni P, Wells PS, et al. Case-fatality rates from recurrent thromboembolism or major bleeding in patients with venous thromboembolism. *Br Med J.*

Riesgo de hemorragia

Hay cuatro escalas de predicción de riesgo de hemorragias en pacientes con tratamiento anticoagulante.

Factores de riesgo

- Edad > 65 años
- Edad > 75 años
- Hemorragia previa
- Cáncer
- Cáncer con metástasis
- Insuficiencia renal
- Insuficiencia hepática
- Trombopenia
- Ictus previo
- Diabetes
- Anemia
- Tratamiento antiplaquetario
- Mal control del tratamiento anticoagulante
- Comorbilidades y capacidad funcional disminuida
- Cirugía reciente
- Caídas frecuentes
- Abuso de alcohol

Aunque las escalas son diferentes cualquier escala de riesgo de hemorragia va a tener en cuenta:

- ✓ **Edad**
- ✓ **Función renal**
- ✓ **Antecedente de hemorragia previa**
- ✓ **Presencia de comorbilidades**

Riesgo de recurrencia

El riesgo de recurrencias viene determinado por tres factores:

-Duración del tratamiento: tratamientos inferiores a tres meses se acompañan de tasas de recurrencia inasumibles.

-Riesgo individual de recurrencia:

- Si la trombosis es idiopática
- Si el paciente tiene antecedentes de trombosis
- Si el paciente tiene cáncer
- Si el paciente tiene trombofilia

-Factores secundarios

- Localización trombosis
- D-dímero tras suspensión del tratamiento
- Sexo
- Trombosis residual

Riesgo de recurrencia

	Más riesgo	Menos riesgo
Duración del tratamiento	Menos de 3 meses	Tres meses o más
Factores desencadenantes	Trombosis idiopática	Trombosis secundaria
Neoplasia	Presente	Ausente
Antecedentes de trombosis	Si	no
Trombofilia	Si	no
D-Dímero tras tratamiento	Elevado	Normal
Sexo	Varón	Mujer
Trombo residual	Si	No

Trombosis residual

Sin trombo residual

1.3 recidivas/año

0 sangrado

Con trombo Sin tratamiento

25 recidivas/año

Sangrado 2.3/año

Con trombo Con tratamiento

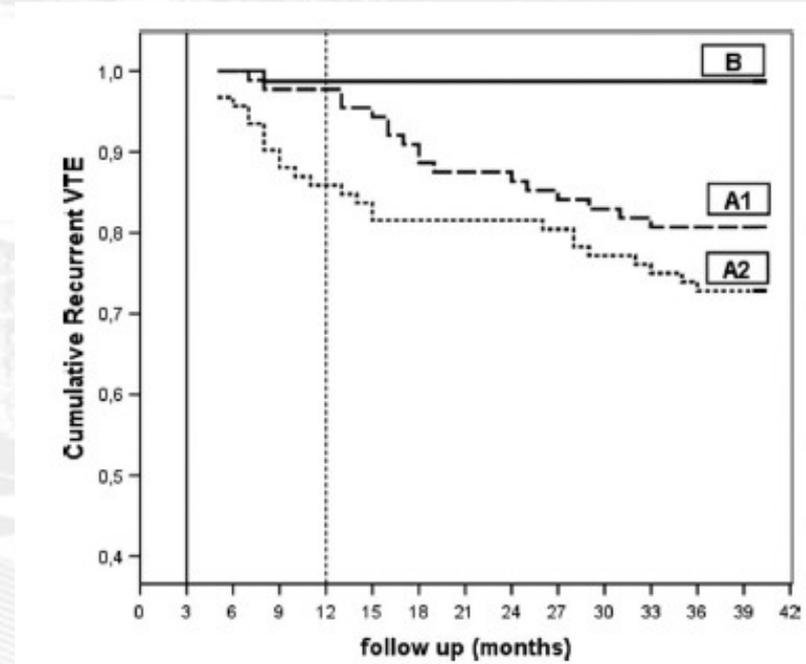
15 recidivas/año

Sangrado 1.1/año

Trombosis residual

✓ Los pacientes **sin trombosis residual tienen bajo riesgo** de recurrencia y la suspensión del tratamiento antitrombótico se puede hacer con seguridad.

✓ **La duración de la anticoagulación en pacientes con trombo residual no está clara.**



Trombosis residual

En el estudio REVERSE **la presencia de trombo residual** en el momento de la suspensión de la anticoagulación **no** está asociada con mayor riesgo de recurrencia de trombosis.

La presencia de trombo residual por si misma **no es lo suficientemente discriminativa** como para servir de guía a la hora de decidir la duración de la anticoagulación en pacientes con TVP idiopática

Residual vein obstruction to predict the risk of recurrent venous thromboembolism in patients with deep vein thrombosis: a systematic review and meta-analysis

M. CARRIER,**† M. A. RODGER,**† P. S. WELLS,**† M. RIGHINI†§ and G. LE GAL*

*Thrombosis Program, Division of Hematology, Department of Medicine, University of Ottawa; †Clinical Epidemiology Program, Ottawa Hospital Research Institute, Ottawa, ON, Canada; Divisions of ‡Angiology and Hemostasis and §General Internal Medicine, Geneva University Hospital and Faculty of Medicine, Geneva, Switzerland; and *Department of Internal Medicine and Chest Diseases, EA3878, Brest University Hospital, Brest, France

La presencia de trombo residual está asociada con **un incremento discreto del riesgo** de trombosis cuando se analizan todos los pacientes.

En la mayoría de los estudios no está bien definido momento de hacer el análisis del trombo residual, y hay muchas limitaciones metodológicas, por lo que uso clínico no está bien establecido

En pacientes con TVP **idiopática** parece que el trombo residual no es buen predictor de recurrencia, y no debería ser usado como criterio para no suspender la medicación.

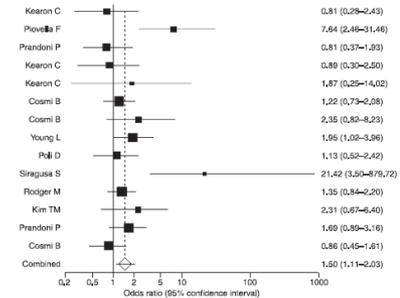


Fig. 1. Forest plot and pooled estimates of the odds ratios evaluating the association between residual vein obstruction and recurrent venous thromboembolism in patients with a first episode of deep vein thrombosis (provoked or unprovoked) following at least 3 months of anticoagulation.

D-dimer and residual vein obstruction as risk factors for recurrence during and after anticoagulation withdrawal in patients with a first episode of provoked deep-vein thrombosis

Benilde Cosmi, Cristina Legnani, Michela Cini, Giuliana Guazzaloca, Gualtiero Palareti.

Division of Angiology and Blood Coagulation "M. Golinelli"; S. Orsola-Malpighi University Hospital, Bologna, Italy.

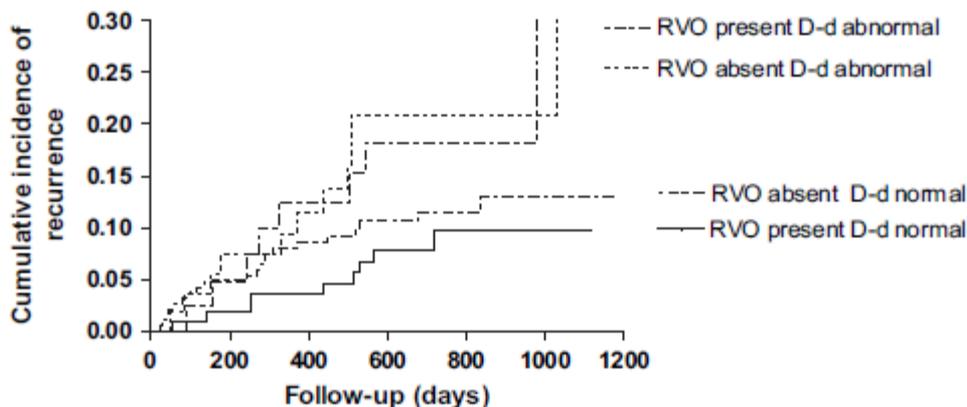


Figure 4 Cumulative incidence of main outcomes according to the combination of residual venous obstruction (RVO) and D-dimer (D-d).

El d-dímero tras la suspensión del tratamiento si es un predictor de recurrencia, sin embargo la trombosis residual no.

Datos RIETE

4937 pacientes con TVP (con o sin TEP)
Seguidos durante al menos un año.

Ecografía en el seguimiento: 922 (un
18.7%).

Los pacientes a los que se les hace
ecografía son más jóvenes y sanos

Datos RIETE: eco control

- Menor edad (60.5 vs 65.8; $p < 0.001$)
- Pesan más (77.5 vs 74.6; $p < 0.001$)
- Tiene con menos frecuencia una enfermedad concomitante (58% vs 70%)
- Reciben con menos frecuencia tratamiento concomitante (62% vs 71%)
- Tienen menos frecuentemente ICC (6.4% vs 18.2%) o EPOC (16.5% vs 28.5%), o neoplasia (13.7% vs 28.6%)

Datos RIETE

Se hace más ecografías a los pacientes que tienen TEP concomitante (36.3% vs 30.5%) y a los que tienen TVP distal (19% vs 13%)

Se hace más ecografías a los pacientes con un factor de riesgo identificable como las varices (22% vs 19.3%), el embarazo (3.4% vs 2.2%), pero menos cuando el factor de riesgo es la cirugía (18.7% vs 26.3%)

No hay diferencias a la hora de hacer ecografías en el sexo, el lado de la trombosis.

Datos RIETE

De los 922 pacientes a los que se hace ecografía en el seguimiento 345 tienen trombo residual en la **primera ecografía** (37.4%)

A 312 se les hace una **segunda ecografía** y el trombo residual está presente en 116 (37.2%)

A 144 se les hace una **tercera ecografía** y el trombo está presente en 47

Datos RIETE

No hay diferencia entre los pacientes con trombo residual y los que no lo tienen en:

Sexo

Edad

Talla

Antecedentes ICC

Antecedentes
EPOC

Cáncer

Cirugía previa

Viaje > 6 horas

Tratamiento
hormonal

Embarazo

Antecedentes ETV

Varices

Hemoglobina

Leucocitos

Plaquetas

Insuficiencia renal

Exitus

Recidiva

Datos RIETE

Analizamos 611 pacientes a los que se les hizo la eco de control >6 meses tras el episodio

- 211 (36.3%) tenían trombo residual
- 11.3% presentaron recidiva
- El 62.5% seguían con tratamiento en el momento de la ecografía.
 - Un 77% de los que tenían trombo residual
 - y un 54% de los que no lo tenían
- Un 23% de los pacientes que recidivó tenía tratamiento activo.
- Los pacientes sin tratamiento tenían más riesgo de recidiva que los pacientes con tratamiento

Datos RIETE

La presencia de trombo **no se asoció a mayor riesgo de recurrencia, ni cuando se estratificó por estar o no anticoagulado ni cuando se hizo subanálisis de los 276 pacientes con TVP idiopática**

