



70 - FACTORES DE RIESGO Y EVOLUCIÓN DE LA TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL: ESTUDIO PROSPECTIVO EN UN CENTRO DE REFERENCIA

Alejandro Díez Vidal^{1,2}, Jordan Morán Martínez¹, Elia Ramírez Vicente¹, Camilo Mendieta Rodríguez¹, Javier González Cepeda¹, Sergio Carrasco Molina¹, María Angélica Rivera Núñez¹ y Yale Tung Chen¹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. ²IdiPAZ Instituto de Investigación, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Caracterizar los factores de riesgo, curso clínico, estrategias de tratamiento y pronóstico de la trombosis venosa superficial (TVS), una entidad frecuente dentro del espectro de la enfermedad tromboembólica venosa (ETE) cuya historia natural nos es en parte desconocida.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de pacientes mayores de 18 años diagnosticados o con sospecha de ETEV derivados a una consulta especializada en un hospital de tercer nivel entre enero de 2013 y abril de 2018. Se realizó una segunda ecografía en la primera consulta y al menos una tercera durante el seguimiento. El seguimiento fue variable en función de las características individuales, siendo de al menos 3 meses en todos los casos.

Resultados: Se incluyeron 632 pacientes, de los cuales 205 (39,6%) estaban diagnosticados de TVS en el momento de la derivación. Las características basales se detallan en la tabla 1. Los datos de evolución durante el seguimiento aparecen recogidos en la tabla 2. La persistencia de trombosis en la primera consulta fue más frecuente en TVS proximal RR 1,34 (1,02-1,96) $p = 0,042$, TVS sobre vena varicosa RR 1,36 (1,12-1,67) $p = 0,01$ y TVS con extensión superior a 10 cm RR 1,44 (1,06-2,42) $p = 0,039$. La progresión a TVP en la primera consulta fue mayor en TVS proximal RR 1,40 (1,01-1,98) $p = 0,012$, y TVS sobre vena varicosa RR 1,10 (1,13-1,19) $p = 0,01$. Los factores asociados a una recanalización completa al final del seguimiento fueron sexo femenino RR 1,50 (1,12-2,03) $p = 0,016$, TVS distal al diagnóstico RR 1,37 (1,08-1,90) $p = 0,038$, no antecedente de EPOC RR 2,40 (1,28-4,52) $p = 0,041$ con una tendencia no significativa en no fumadores; y ausencia de varices RR 2,15 (1,09-4,33) $p = 0,020$. La persistencia de trombosis a los 3 meses de seguimiento fue más frecuente en varones RR 1,37 (1,03-1,83) $p = 0,046$, antecedente familiar de trombosis RR 2,01 (1,08-3,73) $p = 0,031$, tratamiento crónico con AINE RR 3,64 (1,50-8,81) $p = 0,03$, antecedente de cardiopatía isquémica RR 5,19 (1,64-16,40) $p = 0,02$, antecedente de enfermedad arterial periférica RR 7,79 (2,16-28,06) $p = 0,003$, TVS proximal a 3 cm del cayado RR 1,98 (1,12-3,78) $p = 0,01$, TVS proximal a 3 cm del cayado RR 1,19 (1,02-1,40) $p = 0,02$, TVS proximal a 3 cm del cayado RR 2,29 (1,09-4,80) $p = 0,034$ sin diferencia para otros tamaños, y TVS múltiple en la misma extremidad RR 1,86 (1,08-3,19) $p = 0,025$. El riesgo de recurrencia de la TVS durante el seguimiento fue inferior en TVS inicial en el contexto de cirugía reciente RR 0,10 (0,01-0,86) $p = 0,01$; y superior en pacientes con antecedente de varices RR 1,54 (1,01-2,62) $p = 0,049$. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a persistencia, progresión o recurrencia al comparar los distintos tipos de tratamiento farmacológico (HBPM, AAS, ACOD, AVK) con el tratamiento conservador.

Variable	Total (n = 205)
Mujeres, n (%)	115 (56,2)
Edad media, años (IQR)	59 (45-59)
Edad > 65 años, n (%)	79 (38,5)
IMC > 30 kg/m ² , n (%)	46 (22,4)
Tratamiento crónico previo, n (%):	
Corticoides	10 (4,9)
AINE	12 (5,9)
Anticoagulantes	11 (5,4)
Antiagregantes	21 (10,2)
Psicofármacos	21 (10,2)
Estatinas	43 (21)
Factores de riesgo (con n > 5), n (%):	
Alcohol	8 (3,9)
Tabaco	42 (20,5)
Trombofilia	6 (2,9)
Cardiopatía isquémica	7 (3,4)
ACV	9 (4,4)
Diabetes	17 (8,3)

Hipertensión	66 (32,2)
Insuficiencia cardíaca	10 (4,8)
Fibrilación auricular	5 (2,4)
Enfermedad arterial periférica	5 (2,4)
EPOC	9 (4,4)
SAHS	7 (3,4)
Depresión	10 (4,8)
Patología tiroidea	18 (8,8)
Cáncer	34 (16,6)
Cáncer metastásico	8 (3,9)
Enfermedad renal crónica	10 (4,8)
Antecedente personal de ETEV	40 (19,5)
Antecedente familiar de ETEV	21 (10,2)
Varices	111 (54,1)
Cirugía venosa	16 (7,8)
Embarazo	8 (3,9)
Cirugía	19 (9,3)
Inmovilización no quirúrgica	18 (8,8)
Viaje prolongado	11 (5,4)

Síntomas al diagnóstico, n (%):	
Dolor de extremidad	177 (86,3)
Edema de extremidad	138 (67,3)
Temperatura > 38 °C	3 (1,5)
Disnea	4 (2)
Taquicardia	11 (5,4)
Hipotensión	7 (3,4)
Valores de laboratorio (media):	
Leucocitos, miles/mL (IQR)	8,9 (6,7-9,5)
Plaquetas, miles/mL (IQR)	247 (234-279)
Fibrinógeno, mg/dL (IQR)	130 (412-544)
D-dímero, ng/mL (IQR)	2754 (829-2998)
TP, seg (IQR)	11,8 (9,8-11,6)
TTPa, seg (IQR)	44,1 (24,8-54)
Escala de Wells al diagnóstico, n (%):	
Riesgo bajo	58 (28,3)
Riesgo intermedio	92 (44,9)
Riesgo alto	51 (24,9)
Ecografía al diagnóstico:	

Localización, n (%)	
Proximal	102 (49,8)
Distal	103 (50,2)
Vaso afectado, n (%):	
Safena mayor	114 (55,6)
Safena menor	42 (20,5)
Otras	49 (23,6)
Distancia 3c m al cayado, n (%)	38 (18,5)
Extensión, cm (%)	
5	95 (46,3)
5-10	63 (30,7)
10-20	23 (11,2)
> 20	24 (11,7)
TVS bilateral, n (%)	8 (3,9)
TVS sobre variz, n (%)	67 (32,7)
Tratamiento al diagnóstico, n (%):	
HBPM	150 (73,2)
ACOD	2 (1)
AVK	2 (1)

AAS	1 (0,5)
AINE	4 (2)
Solo medias de compresión	2 (1)
Ninguno	44 (19,5)

Variable	Total (n = 205)
Ecografía en la primera consulta, n (%)	
Resolución	97 (47,3)
Persistencia/progresión	108 (52,7)
Persistencia sin aumento	93 (45,4)
Progresión > 5 mm	15 (7,32)
Diagnóstico de TVP	23 (11,2)
Tratamiento en consulta, n (%)	
HBPM	56 (27,3)
ACOD	15 (7,3)
AVK	27 (13,2)
AAS	5 (2,4)
AINE	55 (26,8)
Ningún fármaco	47 (22,9)

Medias de compresión	47 (22,9)
Intolerancia a medias, n (%)	18 (8,8)
Reurrencia de TVS, n (%)	13 (6,3)
Trombosis persistente a los 3 meses, n (%)	30 (14,6)

Conclusiones: La TVS presenta factores de riesgo tanto únicos como comunes con el resto de entidades que conforman la ETEV. Una adecuada historia clínica y evaluación ecográfica al inicio pueden ayudar a identificar pacientes con riesgo de mala evolución. El tratamiento antiagregante o anticoagulante no parecen influir en su evolución, siendo necesarios estudios para plantear estrategias terapéuticas adecuadas.