Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):707

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

T-075 - EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SOMETIDOS A TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO

M. Andrés Fernández[1], M. González Rubio[1], J. Ciampi Dopazo[2], S. Zafar Iqbal[1], R. Gamboa Rojo[1], I. Jiménez Velasco[3], V. Serrano Romero de Ávila[1] y V. Gómez Caverzaschi[1]

[1]Medicina Interna; [2]Radiología; [3]Urgencias. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Resumen

Objetivos: Revisión de las manifestaciones clínicas, analíticas, tratamiento y evolución en los pacientes sometidos a trombectomía mecánica por aspiración tras diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP) en el área hospitalaria de Toledo en los últimos dos años.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de 20 casos con diagnóstico de TEP masivo-submasivo a los que se realizó trombectomía mecánica desde que se implantó la técnica en febrero de 2016 hasta mayo de 2017. En todos los casos se realizó un protocolo de recogida de datos que incluye variables referidas a epidemiología, clínica, laboratorio, hallazgos radiológicos, ecocardiograma, tratamiento y evolución.

Resultados: Desde que se comenzó a realizar trombectomía mecánica por aspiración en el complejo hospitalario de Toledo, la técnica se ha realizado en 20 pacientes, diagnosticados de TEP masivo 12 (60%) y submasivo 8 (40%). De ellos 11 (55%) fueron mujeres, presentando al diagnóstico dolor torácico 8 (40%), disnea 15 (75%) y síncope 12 (60%). En cuanto a la situación clínica 8 (40%) presentaban compromiso hemodinámico, 13 (65%) compromiso respiratorio y en todos se objetivaron alteraciones en el ecocardiograma, encontrándose función sistólica del ventrículo derecho (VD) deprimida en 13 (65%) y en el límite bajo de la normalidad en el resto así como dilatación del VD en el 100%. Todos los pacientes presentaban elevación de troponina y se solicitó NT-proBNP en 13 (65%), observando elevación en 12 (92,3%). Se completó el procedimiento en 19 pacientes (95%), obteniendo una reducción media del trombo del 82%. Como complicaciones durante el procedimiento, se produjeron una parada cardiorrespiratoria (5%) y un reembolismo pulmonar (5%). Dos pacientes presentaron reembolismo posterior (10%) falleciendo finalmente. Un paciente (5%) presentó hemorragia intraabdominal y dos (10%) hemorragia intracraneal. Se han producido un total de 4 muertes (20%), una PCR intratrombectomía, dos reembolismos masivos y una no relacionada con la patología. En 12 pacientes se evidenció trombosis venosa profunda, estando uno de ellos en tratamiento profiláctico con enoxaparina y otro con apixabán. Tras el procedimiento se inició tratamiento con acenocumarol en 15/16 siendo anticoagulado el restante con rivaroxabán por hallazgo de fibrilación auricular. La media de hospitalización fue de 15,6 días desde el ingreso en UCI, con una media de 9,7 días de estancia en planta.

Discusión: El TEP es una urgencia frecuente que puede producir insuficiencia ventricular derecha

aguda y que, aun siendo potencialmente reversible, puede poner en riesgo la vida del paciente. Su diagnóstico no siempre es fácil y se debe realizar una valoración de la situación hemodinámica, alteraciones ecocardiográficas y elevación de troponina y NTproBNP, que nos permitirá clasificar a los pacientes según el riesgo, identificando a aquellos que se puedan beneficiar de la realización de trombectomía. La trombectomía ha demostrado mejoría de la función sistólica del VD y disminución del grado de hipertensión pulmonar. En nuestra serie, el tiempo de estancia media en planta no varía con respecto a otras y el tratamiento farmacológico de elección ha sido acenocumarol en la mayoría de los pacientes, optando por uno de los nuevos anticoagulantes orales en un único caso.

Conclusiones: Tras el diagnóstico de TEP, se ha de valorar el riesgo para identificar a los pacientes subsidiarios de trombectomía. Esta técnica ha demostrado mejorar la situación hemodinámica y el daño producido en el VD, mejorando por tanto el pronóstico. La evolución fue buena en la mayoría de los casos, siendo la estancia media similar a la de otras series. Se inició tratamiento con acenocumarol en 15/16, cuya continuidad se ha evaluado en consultas externas.

0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.