

Técnica poco invasiva para tratar el síndrome postrombótico severo

La resolución de la obstrucción residual mediante una recanalización de la vena y el implante de un «stent» permite que el paciente sea dado de alta en 24 horas, camine y pueda reincorporarse de manera completa a su vida en 2-3 días

B. MUÑOZ • MADRID

La trombosis venosa profunda (TVP), consiste en la formación de un coágulo sanguíneo o trombo en una vena profunda, es un grave problema de salud, que a pesar de los avances en prevención, diagnóstico y tratamiento puede ocurrir a cualquier edad. El tratamiento en estos casos clásicamente ha sido la anticoagulación, pero incluso con un correcto tratamiento, del 30-50 por ciento de los pacientes con esta patología desarrollarán un síndrome postrombótico (SPT).

Tal y como explica el doctor Enrique Puras, director del Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular del Hospital La Luz y jefe del citado Servicio en el Hospital Universitario Quirónsalud Madrid, «este síndrome se caracteriza por la presencia de una serie de síntomas y signos clínicos que además nos va a permitir clasificarlo en leve, moderado y severo: dolor, calambres, pesadez, prurito, edema, induración de la piel, hiperpigmentación, enrojecimiento y dolor a la compresión en la pantorrilla. En casos avanzados aparecen varices y úlceras de difícil manejo y curación y con alto porcentaje de recidiva».

LÍMITES

La calidad de vida de estos pacientes empeora, limitando su actividad diaria y a nivel emocional son personas que van a padecer estos síntomas de manera crónica. «La mejor forma de evitar la aparición del síndrome postrombótico es un tratamiento precoz y muy sencillo, mediante extracción o lisis del trombo (disolución química), en los primeros días de su desarrollo» matiza la doctora Marta Ramírez, angióloga y cirujano vascular del citado centro hospitalario.

Una vez realizado el diagnóstico, prosigue la experta, «el tratamiento más efectivo consiste en la resolución de la obstrucción residual (a nivel iliaco) mediante una recanalización de la vena y el implante de un stent para mantener esa vena abierta». Por tanto, «en el momento actual se recomienda este tratamiento en pacientes que presentan una sintomatología moderada-severa: edema, dolor, induración de la piel, hiperpigmentación y úlceras, aunque es muy probable que con los buenos resultados que se están obteniendo con estos tratamientos mínimamente invasivos, se pueda ampliar la indicación a todo paciente con síndrome postrombótico, aunque sea leve. A nivel técnico, se debe realizar un estudio con eco-doppler completo a nivel de miembros inferiores y abdominal para valorar la viabilidad técnica del procedimiento. Lo más importante es acudir a un Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular con amplia experiencia



«STENT». La imagen del «stent», en la localización de la obstrucción, lo que va a permitir mantener abierto, el vaso que previamente estaba cerrado y el flujo directo, para disminuir la presión en las piernas que es lo que origina el síndrome postrombótico

PRE STENT. En esta imagen se puede ver la obstrucción del flujo de retorno directo, con importante circulación colateral.

POST STENT. Después de la recanalización y el implante del «stent» vemos cómo el flujo de retorno ya es directo y desaparece toda esa colateralidad.

EN CIFRAS

30-50%

PACIENTES DESARROLLARÁ UN SÍNDROME POSTROMBÓTICO

80%

CASOS ALIVIA EL DOLOR

75%

CASOS MEJORA EL EDEMA

70%

TASA DE CURACIÓN DE ÚLCERA

en este campo», matiza Ramírez. Esta afirmación la completa Puras, quien añade que «es un procedimiento con unos resultados óptimos y el paciente mejora del dolor hasta en un 80 por ciento, mejoran del edema hasta en un 75 por ciento y la tasa de curación de úlcera es cercana al 70 por ciento».

PASO A PASO

Para entender en qué consiste el procedimiento, Ramírez explica que «se realiza mediante una punción venosa en el muslo, brazo o cara posterior de la rodilla (dependiendo de las características y localización de la lesión que haya que tratar), con el paciente en sedación o anestesia general, y mediante el uso de rayos X, se va recanalizando la vena enferma, dilatando con balones de manera progresiva y finalmente se implanta uno o más stents, específicos para el sector venoso, para mantener esas venas abiertas». Los beneficios de esta técnica para el paciente se traducen en que, según Puras, «al día siguiente es dado de alta con analgésicos vía oral, caminando y realizando actividad física progresiva, pudiendo reincorporarse de manera completa a su vida en 2-3 días. La mejoría en calidad de vida para el conjunto de pacientes que hemos tratado en estos últimos tiempos es espectacular».

Hasta el momento «estos pacientes recibían tratamiento con anticoagulación, terapia compresiva durante al menos dos años y posteriormente tratamiento sintomático de los diferentes síntomas (edema, úlceras...) a medida que van apareciendo, produciendo una disminución de la calidad de vida del paciente de manera importante a nivel personal y socio-laboral, con el impacto económico correspondiente», concluye Ramírez.

CALEIDOSCOPIO

JOSÉ MARÍA FERNÁNDEZ RÚA



Nueva emergencia global

La fiebre amarilla es una enfermedad vírica y, por tanto, infecciosa, que se adquiere por la picadura de mosquitos infectados. Este virus afecta tanto a humanos como a primates. Pero la biomedicina ha logrado desde hace tiempo una vacuna que, junto con las precauciones que se deben adoptar para protegerse de las picaduras de esos insectos, ha hecho que remita su incidencia. En determinadas áreas tropicales africanas y en el sur de América, el riesgo sigue siendo más elevado para aquellas personas que se arriesgan a ir por zonas boscosas y de jungla. La noticia, ahora, la protagoniza un grupo de investigadores estadounidenses de la Universidad de Georgetown, próxima a Washington D. C., al instar a la Organización Mundial de la Salud para que constituya en su seno un Comité de Emergencia frente a esta enfermedad, ya que vaticinan que la rápida propagación del brote detectado a primeros de este año en Angola, junto con la escasez de vacunas, son un caldo de cultivo para que surja una nueva epidemia a nivel mundial. En el curso de la enfermedad, puede aparecer fiebre, dolores musculares, escalofríos, náusea y vómitos y dolor abdominal. Pero también insuficiencia renal y hepática y hemorragias internas. Vamos, que no es una broma.

A esto hay que añadir que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) declaró el pasado mes de abril una alerta epidemiológica por fiebre amarilla en Iberoamérica, donde el mosquito que transmite la enfermedad, el «Aedes aegypti», también es el que infecta de los virus Zika y Dengue. Los científicos Daniel Lucey y Lawrence Gostin, autores de esta iniciativa, insisten en que «la escasez en el suministro de vacunas podría provocar una crisis sanitaria» como la que ya se ha producido en Kenia y en el Congo, donde se prevé vacunar a unos dos millones de personas. Ambos expertos coinciden en que la creación de un Comité de Emergencia permitiría a sus miembros estar preparados ante una epidemia, así como en la necesidad de intensificar la producción de vacunas en caso que la situación empeore.