



Mi Universidad

TVP

Nombre del Alumno: Gabriel de Jesús Martínez Zea

Nombre del tema: Trombosis Venosa Profunda

Nombre de la Materia: Clínica Quirúrgica

Nombre del profesor: Antonio Romeo Molina Roman

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

25/11/2024

Trombosis Venosa Profunda

La trombosis venosa profunda es la formación de un coágulo sanguíneo o trombo en una vena profunda. Es una forma de tromboflebitis que usualmente afecta las venas tanto en extremidades inferiores como superiores.

- Estos trombos se forman cuando las venas están lesionadas, cuando algún trastorno provoca que la sangre coagule o cuando algún impedimento retrasa el retorno de la sangre al corazón.
- Los trombos pueden causar que una pierna o un brazo se edematise.

Epidemiología.

- Incidencia global: 1-2 casos por cada 1,000 personas/año.
- Edad y sexo: Más común en adultos mayores (≥ 60 años) y en mujeres durante el embarazo o el posparto.
- Factores asociados: Hospitalización prolongada, cirugía mayor, cáncer, y trombofilias hereditarias

Fisiología y Fisiopatología:

La TVP está mediada por los factores de Virchow:

1. Estasis venosa: Ocurre por inmovilidad prolongada (reposo en cama, viajes largos, parálisis).
2. Lesión endotelial: Provocada por traumatismos, cirugías o catéteres venosos.
3. Hipercoagulabilidad: Puede ser genética (mutación del factor V Leiden, deficiencia de proteína C/S) o adquirida (embarazo, cáncer, síndrome antifosfolípido).

Estos factores conducen a la formación de trombos que obstruyen el flujo venoso, generando inflamación local (flebitis) y riesgo de embolización.

Factores de Riesgo:

1. Adquiridos:

- Cirugías ortopédicas (cadera, rodilla).
- Neoplasias malignas (adenocarcinomas).
- Terapias hormonales (anticonceptivos orales, reemplazo hormonal).
- Obesidad y tabaquismo.
- Embarazo y puerperio.

2. Hereditarios:

- Mutación del factor V Leiden.
- Deficiencias de antitrombina III, proteína C o proteína S.

3. Otros:

- Edad avanzada.
- Infecciones sistémicas graves.

Manifestaciones Clínicas:

- Localizadas:
 - Dolor en la extremidad afectada.
 - Edema unilateral.
 - Eritema y aumento de la temperatura local.
 - Signo de Homans: dolor en la pantorrilla al dorsiflexionar el pie.
- Sistémicas:
 - Fiebre baja.
 - Síntomas relacionados con embolia pulmonar (disnea, dolor torácico).

Diagnóstico

1. Historia clínica y exploración física:
 - Identificación de factores de riesgo y signos locales.
2. Pruebas iniciales:
 - Dímero D: Sensible pero no específico. Valores elevados (>500 ng/mL) requieren confirmación por imagen.
3. Estudios de imagen:
 - Ecografía Doppler compresiva: Prueba inicial en la mayoría de los casos.
 - Venografía: Gold standard, pero reservada para casos complejos.
 - Angio-TAC o RM: Útil en trombosis iliofemoral o sospecha de embolia.

Complicaciones

- Síndrome postrombótico: Dolor crónico y ulceración en la extremidad. (25% casos)
- Embolia pulmonar: Principal causa de mortalidad. (75% casos)

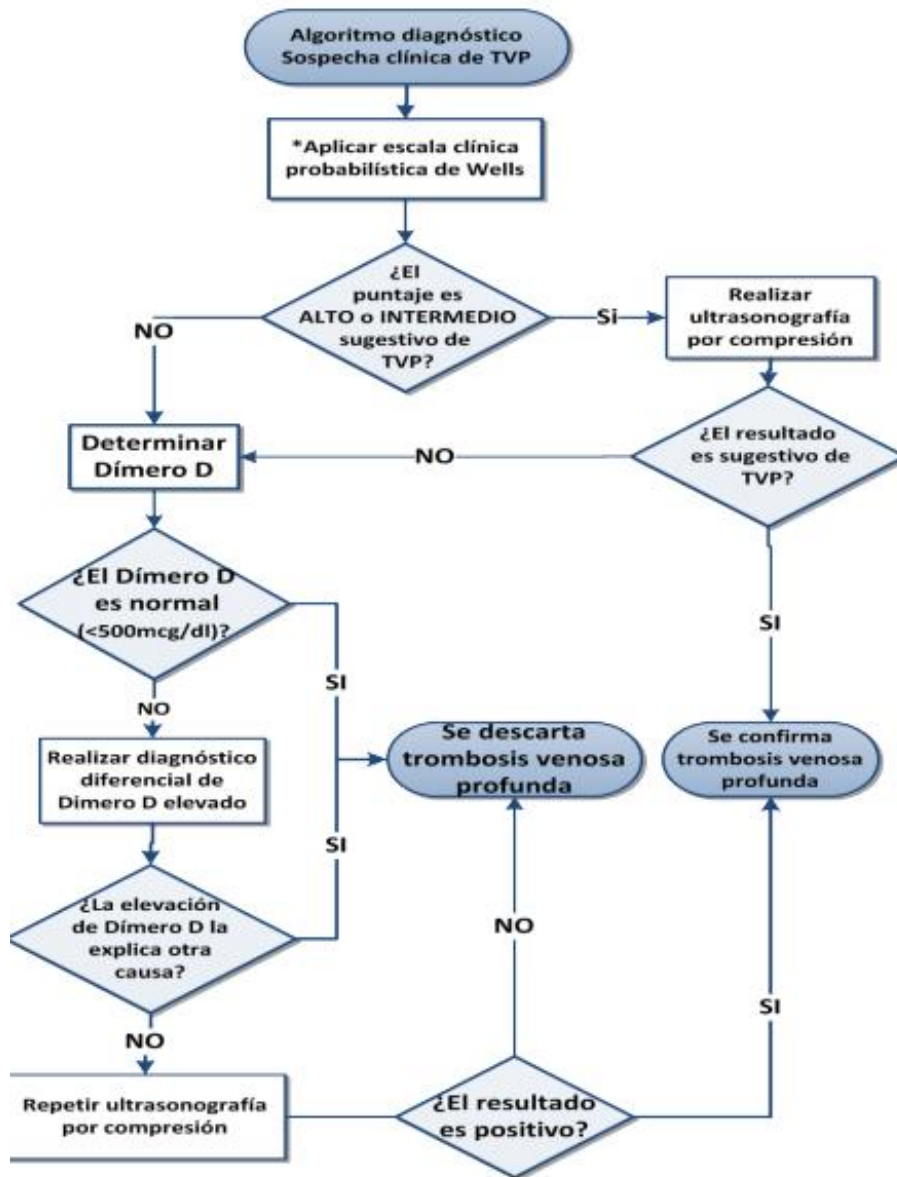
Tratamiento:

No farmacológico:

- Movilización precoz: Reduce el riesgo de complicaciones.
- Compresión elástica graduada: Previene el síndrome postrombótico.
- Filtro de vena cava inferior: En pacientes con contraindicación para anticoagulantes.

Farmacológico:

1. Anticoagulantes de primera línea:
 - Heparina de bajo peso molecular (HBPM): Ej. enoxaparina 1 mg/kg cada 12 horas subcutánea.
 - Inhibidores orales directos (DOACs):
 - Apixabán: 10 mg cada 12 h por 7 días, luego 5 mg cada 12 h.
 - Rivaroxabán: 15 mg cada 12 h por 21 días, luego 20 mg al día.
 - Antagonistas de vitamina K (AVK):
 - Warfarina, ajustada para mantener INR entre 2.0-3.0.
2. Duración del tratamiento:
 - TVP proximal no provocada: 3-6 meses.
3. Trombólisis dirigida por catéter: Indicada en trombosis masiva con compromiso hemodinámico o iliofemoral.



***Escala clínica probabilística de Wells :**
 Cáncer activo (o que haber recibido quimioterapia en los últimos 6m o esté en tratamiento paliativo)-1
 Parálisis, paresia, colocación de férula en miembro inferior reciente-1
 Postrado en cama por más de 3 días o cirugía mayor en las primeras 4 semanas-1
 Sensibilidad localizada en el trayecto del sistema venoso profundo
 Extremidad inferior edematizada-1
 Aumento de volumen de pantorrilla con diferencia de 3 cm de contralateral asintomática-1
 Edema con fovea en extremidad afectada-1
 Venas superficiales colaterales (no varicosas)-1
 Otras probabilidades diagnósticas no relacionadas a tromboembolismo venoso-2

Bibliografía:

1. Di Nisio, M., van Es, N., & Büller, H. R. (2016). Deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *The Lancet*, 388(10063), 3060-3073. doi:10.1016/S0140-6736(16)30514-1
2. Hirsh, J., & Hoak, J. (1996). Management of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *Circulation*, 93(12), 2212-2245.
3. Vázquez, F. J. (2011). Enfermedad tromboembólica venosa. *Revista Hospital Italiano de Buenos Aires*, 31(3), 3-10.
4. FESMI. (2024). Guías clínicas para la prevención y tratamiento de la TVP. Recuperado de fesmi.org.
5. Bates, S. M., & Ginsberg, J. S. (2004). Clinical practice: Treatment of deep-vein thrombosis. *New England Journal of Medicine*, 351(3), 268-277.