

CASO CLÍNICO

Trombosis venosa profunda bilateral en una puérpera

Bilateral deep venous thrombosis in a puerpera

Dra. Leydis Bárbara Ferreiro Hernández,^I Dra. Mirna Maylen Díaz Jiménez Hernández,^I Dr.C. Danilo Nápoles Méndez,^{II} Dra. Odalis García Gomez^{II} y Dra Dayana Couto Núñez^{II}

^I Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", Guantánamo, Cuba.

^{II} Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se describe el caso clínico de una paciente de 29 años de edad, con antecedente de prolapso de la válvula mitral, quien a los 16 días de parida se le diagnosticó trombosis venosa profunda ileofemoral del lado derecho y a los 15 días, aún con tratamiento anticoagulante, comenzó con trombosis venosa profunda del lado izquierdo, así como también con cuadro clínico sugestivo de tromboembolismo pulmonar. Se concluyó como una enfermedad tromboembólica venosa, dada por la presencia de trombosis venosa profunda bilateral. No hubo oclusión de la vena cava inferior, los resultados de la ecografía Doppler fueron positivos en ambos miembros y la respuesta al tratamiento anticoagulante resultó adecuada.

Palabras clave: embarazo, puerperio, enfermedad tromboembólica venosa,

ABSTRACT

The case report of a 29 years patient is described, with a history of mitral valve prolapse who, after 16 days of giving birth to her child, was diagnosed iliofemoral deep venous thrombosis of the right side and after 15 days, even with anticoagulant treatment, she developed a deep venous thrombosis of the left side, as well as a suggestive clinical pattern of lung thromboembolism. It was concluded as a venous thromboembolism disease, given by the presence of bilateral deep venous thrombosis. There was not occlusion of the inferior vena cava, the results of the Doppler echography was positive in both extremities and the response to the anticoagulant treatment was appropriate.

Key words: pregnancy, puerperium, venous thromboembolic disease.

INTRODUCCIÓN

En el período grávido puerperal, la enfermedad tromboembólica venosa (ETV) tiende a una mayor incidencia, con la consecuente repercusión en el indicador de mortalidad materna directa, lo cual deja claro que la piedra angular para revertir este importante problema de salud está en la identificación de los factores de riesgo y la profilaxis.¹

En las últimas dos décadas, han surgido considerables avances en el conocimiento de la fisiopatología del tromboembolismo venoso en el embarazo, aunque aún la conducta a seguir es controvertida debido a la ausencia de estudios clínicos prospectivos.

El caso clínico que se presenta permite conocer las características reales de esta enfermedad.² La importancia del tema radica en que una trombosis venosa no tratada se asocia de 15-25 % a embolia pulmonar, con 12-15 % de mortalidad, en lo cual inciden: no reconocimiento de determinados factores de riesgo, carencia de medios de diagnóstico precisos, ausencia de toma de acciones con fines profilácticos y falta de aplicación de un plan terapéutico en tiempo ante la probable presencia de esta entidad clínica. Por tanto, resulta trascendente mantener un alto grado de sospecha clínica de la citada enfermedad durante el embarazo y el puerperio.³

CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de una paciente de 29 años de edad, con antecedentes de prolapso de la válvula mitral, sin repercusión hemodinámica y antecedente obstétrico de 5 gestaciones (2 cesáreas y 3 abortos provocados), quien acudió al Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de Guantánamo, a los 16 días de puerperio, con dolor en la pierna derecha, aumento de volumen en esta y dificultad para la marcha.

- Factor de riesgo para presentar trombosis venosa profunda: operación cesárea.
- Examen físico
 - Temperatura: 37,3 °C
 - Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos y taquicárdicos, ausencia de soplos. Pulso: 112 latidos por minuto. Tensión arterial: 110/70 mm de Hg.
 - Miembro inferior derecho: edema de la pierna, elástico, doloroso y de difícil godet, desde la rodilla hasta la región inguinal, con asimetría de 3 cm en relación con el miembro contralateral. Signos de Homans y Rosenthal positivos. Dolor y tumefacción en triángulo de Scarpa, circulación colateral, así como miembro en rotación externa y semiflexionado.
 - Test de probabilidad de Well para la trombosis venosa profunda (TVP): 5 puntos (alto riesgo).
- Diagnóstico: trombosis venosa profunda ileofemoral del lado derecho a los 16 días de la operación cesárea.

La paciente fue ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con indicación de heparina no fraccionada, con dosis de ataque (80 U/kg) y de mantenimiento en infusión endovenosa (18 U/kg/hora). En ese momento no fue posible realizarse ecografía Doppler y dímero D.

- Exámenes complementarios

- Hemograma: hemoglobina: 105 g/L; hematocrito: 0,32; leucocitos: $7,0 \times 10^9/L$
- Coagulograma
 - a) Tiempo de sangrado (TS): un minuto y medio.
 - b) Tiempo de coagulación (TC): 10 minutos.
 - c) Tiempo de protrombina (TP): control 14 y paciente 17.
 - d) Tiempo parcial de tromboplastina activado: 37.
 - e) Conteo de plaquetas: $250 \times 10^9/L$
 - f) Coágulo retráctil.

Al cuarto día se añadió warfarina, por lo que se reajustó el tratamiento anticoagulante hasta que se logró la dosis adecuada.

A los 15 días, aún con anticoagulación terapéutica, comenzó a presentar dolor en muslo y pierna izquierdos, con aumento de volumen, fiebre, impotencia funcional y ansiedad.

- Examen físico

- Temperatura: $37,1 \text{ } ^\circ\text{C}$
- Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos y taquicárdicos, ausencia de soplos. Pulso: 132 latidos por minuto. Tensión arterial: 120/70 mm de Hg.
- Miembro inferior izquierdo: edema elástico, doloroso de difícil godet, así como rubor y tumefacción de la pierna. Maniobras de Olow, Homans y Bunet positivas. Dolor en triángulo de escarpa, el miembro se encontraba en rotación externa y semiflexionado, con extensión del pie (posición semiantálgica).

Se diagnosticó una trombosis venosa profunda bilateral, de manera que se coordinó nuevamente su traslado inmediato a la UCI. A su llegada al mencionado Servicio comenzó a presentar falta de aire, ansiedad y palpitaciones.

- Examen físico

- Aparato respiratorio: murmullo vesicular normal, ausencia de estertores, polipnea y tiraje. Frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por minuto.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos y taquicárdicos, ausencia de soplos y galope. Frecuencia cardíaca: 132 latidos por minuto. Tensión arterial: 120/70 mm de Hg.
- Test de probabilidad de Well para tromboembolismo pulmonar (TEP): 9 puntos (alto riesgo).
- Electrocardiograma: taquicardia sinusal, no hubo signos de isquemia y el complejo QRS no presentó alteraciones.
- Ecocardiograma: se observó prolapso en el aparato valvular mitral, función sistólica del ventrículo izquierdo conservada.
- Radiografía de tórax: no se observaron alteraciones pleuropulmonares y el área cardíaca se encontraba normal.

- Gasometría: pH: 7,39; PO₂: 48,7 mm de Hg; PCO₂: 48 mm de Hg; Exceso de base: 2,8.
- Coagulograma
 - a) TS: 1 minuto.
 - b) TC: 10 minutos.
 - c) TP: control 14 y paciente 33.
 - d) Tiempo parcial de tromboplastina activado: 67 segundos.
 - e) Conteo de plaquetas: 300 x 10⁹/L.

Se planteó la posibilidad de un tromboembolismo pulmonar (TEP) de ramas finas con un test de alta probabilidad.

Se activó la comisión territorial para analizar los casos graves y se coordinó con la provincia de Santiago de Cuba para realizar dímero D y ecografía Doppler para la confirmación diagnóstica y la posibilidad de tratamiento quirúrgico en caso de que se confirmara oclusión de la vena cava, teniendo en cuenta la evolución y respuesta al tratamiento anticoagulante.

• Ecografía Doppler

- Miembro inferior derecho
 - a) Vena femoral común: 14,1 mm
 - b) Vena safena: 3,4 mm
 - c) Vena femoral superior: 5,3 mm
 - d) Vena femoral profunda: 7 mm
- Miembro inferior izquierdo
 - a) Vena femoral común: 14,5 mm
 - b) Vena safena: 4,1 mm
 - c) Vena femoral superior: 7,0 mm
 - d) Vena femoral profunda: 5,5 mm

Se observa imagen de trombo en la vena femoral común derecha que se desplazaba hacia la luz 4 mm y provocaba 40 % de estenosis. Ausencia de regurgitación y vena ilíaca derecha con ectasia venosa de 17 mm de diámetro (figura 1).



Fig. 1. Trombo en la vena femoral común derecha

En corte coronal se observa vena ilíaca izquierda de 14 mm de diámetro, con pared trombosada hacia la porción anterior y lateral derecha que provoca 51 % de estenosis, sin afectación de la vena cava (figura 2).



Fig.2. Trombo en vena ilíaca izquierda

Se discutió nuevamente el caso en la comisión de expertos (no había dímero D disponible). Se mantuvo con heparina en infusión endovenosa, se asoció con warfarina (dosis que se fue aumentando hasta 10 mg) y se lograron valores del INR de 2,3. La paciente evolucionó satisfactoriamente y egresó de la institución.

COMENTARIOS

En el curso del embarazo y el puerperio, la ETV es 5 veces más frecuente que en mujeres no gestantes de la misma edad. Los episodios tromboembólicos se manifiestan en 80 % como venosos y en 20 % como arteriales; entre los primeros, 75 % aparece como trombosis venosa profunda (TVP) y 25 % como tromboembolismo pulmonar (TEP).¹

El control de la ETV en la provincia de Santiago de Cuba durante 15 años, demuestra que los factores de riesgos básicos para la TVP son: las várices, el encamamiento prolongado y el uso de anticonceptivos orales; sin embargo, los factores que predominan en el TEP son la cesárea y la sepsis.²

El profundo conocimiento de esta entidad clínica y el cumplimiento estricto de su protocolo de tratamiento es una exigencia de los tiempos contemporáneos en el campo de la obstetricia, como única forma de lograr un impacto en la reducción de la mortalidad por esta afección.^{3,4}

Debe concederse la importancia merecida al diagnóstico clínico, puesto que se impone pensar en la aparición de esta enfermedad en el curso del embarazo y puerperio, sin olvidar que este período constituye, por sí solo, un estado trombofílico *per se*. La febrícula se manifiesta generalmente entre 37 y 37,5 °C, pero se va instalando desproporcionadamente una taquicardia en escalera de Mahler, que se interpreta en la práctica como una disociación pulso-temperatura.²

Cuando el cuadro clínico es similar en ambos miembros inferiores, como en el caso que se presenta, entonces hay que pensar en la oclusión de la vena cava inferior por vía ascendente o también por trayecto descendente, aunque este último es menos frecuente.²

El Doppler constituye la prueba no invasiva más empleada, con una sensibilidad de 96 % y una especificidad de 93 %; asimismo, permite observar las venas del sistema profundo, la respuesta de estas a la compresión, así como la presencia del trombo.⁵

En el período posparto, la operación cesárea constituye el factor de riesgo fundamental, pues esta cirugía incrementa las pérdidas sanguíneas y el daño endotelial.⁶ Pettker y Lockwood⁷ afirman que es 9 veces mayor la probabilidad de enfermedad tromboembólica venosa cuando se realiza la cesárea.

Almora *et al*⁹ expresaron en su estudio que los cambios de presión atmosférica con tendencia a la disminución, así como la presencia de abundantes lluvias, tienen algún grado de influencia en la aparición de la trombosis venosa profunda de las extremidades.

Por su parte, García *et al*¹⁰ refieren que la trombosis de la vena cava inferior supone entre 4 y 15 % del total de trombosis venosas profundas. Entre las causas que pueden desencadenar este proceso se pueden citar: compresión externa de la vena cava por tumores y abscesos, traumatismos y hematomas retroperitoneales, trombofilias, iatrogenia ocasionada por procedimientos invasivos, fibrosis retroperitoneal, agenesia de cava inferior y afecciones asociadas al embarazo y al parto. En el caso clínico que se presenta y ante la bilateralidad de la trombosis venosa profunda de esta paciente se sospechó la presencia de una trombosis de vena cava inferior, lo cual no fue comprobado; asimismo, por la evolución clínica de la púerpera y los estudios realizados también se descartó la presencia de tromboembolismo pulmonar.

Se concluye que es posible el diagnóstico oportuno de la trombosis venosa profunda bilateral de miembros inferiores, teniendo en cuenta un buen juicio clínico y el empleo del test de probabilidad en las púerperas, lo cual permite iniciar a tiempo un tratamiento adecuado, para prevenir así la mortalidad materna por esta causa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nápoles Méndez D. Nuevos dilemas para la tromboprofilaxis en el embarazo y puerperio. MEDISAN. 2014 [citado 1 Abr 2015]; 18(5):614.
2. Nápoles Méndez D, Couto Núñez D. Enfermedad tromboembólica en el embarazo y puerperio (Parte 1). Enfoque de riesgo y diagnóstico. MEDISAN. 2011 [citado 1 Abr 2015]; 15(10).
3. Nápoles Méndez D, Couto Núñez D. Enfermedad tromboembólica en el embarazo y puerperio (Parte 2). Prevención y tratamiento. MEDISAN. 2011 [citado 1 Abr 2015]; 15(11).
4. Nápoles Méndez D, Couto Núñez. Experiencia de 11 años en enfermedad tromboembólica venosa en el periodo grávido puerperal. Rev Cubana Obstetr Ginecol. 2011 [citado 1 Abr 2015]; 37(3).
5. Rodger M. Evidence base for the management of venous thromboembolism in pregnancy. Haematology. 2010 [citado 1 Abr 2015]; 2010(1).
6. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Thromboembolism in pregnancy. Pract Bull. 2011; 118(3): 718-29.

7. Pettker Ch, Lockwood Ch. Thromboembolic disorders. En: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. Gabbe. Obstetrics: normal and problem pregnancies. 5th ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone; 2007.
8. Che Yaakob C, Dzarr A, Ismail A, Zuky Nik Lah N, Ho J. Tratamiento anticoagulante para la trombosis venosa profunda (TVP) en el embarazo. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010 [citado 1 Abr 2015]; 6.
9. Almora Rodríguez A, Rodríguez Villalonga LE, Ameneiro Pérez S, Pérez Leonard D, Pérez Valdés E, Rodríguez Peña D. Influencia de los cambios atmosféricos en la ocurrencia de trombosis venosa profunda de las extremidades. Rev Cubana Angiol Cir Vasc. 2014 [citado 1 Abr 2015]; supl.
10. García Egea J, Lara Guerrero I, Fustero Aznar JM, Vélez Lomanc A. Trombosis del sector íleo-caval: trombosis puerperal y trombosis en agenesia de la cava inferior. Rev Cubana Cir. 2011; 50(1): 121-9.

Recibido: 13 de abril de 2015.

Aprobado: 28 de abril de 2015.

Leydis Bárbara Ferreira. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", carretera El Salvador, km 1, Guantánamo, Cuba. Correo electrónico: danilon@medired.scu.sld.cu