

ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA

Indicaciones y resultados del tratamiento anticoagulante en las enfermedades tromboembólicas

Por el Dr. JORGE RODOLFO PARANO

El empleo de los anticoagulantes en las enfermedades tromboembólicas constituye un importante avance en la terapéutica al mismo tiempo provoca una amplia y prolongada controversia sobre la oportunidad de sus indicaciones y la eficacia de sus resultados. La discrepancia entre los sostenedores del uso de estas drogas y sus detractores permitió establecer las indicaciones y valorar los resultados obtenidos con mayor espíritu crítico.

El éxito del empleo de los anticoagulantes depende fundamentalmente de la selección de los enfermos, de la competencia y responsabilidad del médico que lo controla y de la utilización de métodos de laboratorios adecuados y realizados con absoluta idoneidad y garantía. No cumplir con estas directivas constituye la principal contraindicación de este tratamiento.

Las indicaciones de la terapéutica anticoagulante son: 1. Trombosis venosas y embolias del pulmón. 2. Arteriopatías periféricas. 3. Coronariopatías. 4. Accidentes vasculares cerebrales.

1.—TROMBOSIS VENOSAS Y EMBOLIAS DE PULMON

El tratamiento de estas dos enfermedades lo podemos considerar en conjunto, ya que la embolia pulmonar es frecuentemente consecuencia de la trombosis venosa de las extremidades inferiores y de la pelvis. No discriminaremos entre flebotrombosis y tromboflebitis pues muchas veces es difícil el diagnóstico diferencial y probablemente resulte inoficioso.¹

Las trombosis de las venas profundas de los miembros son indudablemente el

punto de partida más frecuente de las embolias pulmonares; por el contrario, las trombosis de las venas superficiales la originan más raramente.²⁻³

Esta terapéutica está indicada en las trombosis venosas agudas de la pelvis y de los miembros. Todas aquellas circunstancias que aumentan el riesgo de trombosis, como son los períodos de inmovilización prolongados (por fracturas de miembros inferiores; cardiopatías; postoperatorios de cirugía general, ginecológica, urológica, obstétrica, etc.), deben merecer especial vigilancia, y ante la sospecha de una posible trombosis venosa se debe detectar la hipercoagulabilidad sanguínea con los métodos de laboratorio habituales y, de ser posible, con la tromboelastografía, que brinda imágenes típicas de coagulabilidad aumentada.

En este grupo de enfermedades el método de elección es la terapéutica anticoagulante a corto plazo —de 4 a 6 semanas—, y sus resultados son significativos: desaparición rápida del dolor y la temperatura, acortamiento del período de reposo en cama y de la duración del tratamiento. Si los anticoagulantes se administran precozmente, la aparición del síndrome posttrombótico de miembros inferiores se reduce en más de la mitad de los casos, en relación con aquellos tratados tardíamente o que no recibieron la medicación anticoagulante.

En nuestra experiencia personal tuvimos una incidencia del 1,6 % de embolias pulmonares en pacientes con trombosis venosas de miembros inferiores tratados con anticoagulantes. No se registraron casos fatales. En enfermos que ya presentaban embolias pulmonares, los anticoagulantes fracasaron en dos ocasiones.⁴

Presentado al VI Congreso Argentino de Cardiología. Mar del Plata, octubre de 1965.

TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN LAS TROMBOSIS VENOSAS DE MIEMBROS INFERIORES

	Nº de pacientes	Embolias pulmonares	Muertes
Zilliacus	576	6 (1,04 %)	6 (1,04 %)
Bauer	209	4 (1,9 %)	2 (0,95 %)
Propia	246	4 (1,62 %)	—

TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN LAS EMBOLIAS PULMONARES

	Nº de pacientes	Muertes
Coon	152	8 (5,26 %)
Propia	22	2 (9,09 %)

Los anticoagulantes a largo plazo son de considerable valor para prevenir la progresión de la trombosis de la vena central de la retina cuando ésta no es completa o no se extendió en demasía.

No existe aún experiencia suficiente con el empleo de los agentes fibrinolíticos en las trombosis venosas agudas; podría lograrse la disolución del trombo siempre que se los utilice antes de las 72 horas de acaecido el accidente.⁵

2. — ARTERIOPATIAS PERIFERICAS

Se utilizan los anticoagulantes en las embolias arteriales sistémicas y en las arteriopatías oclusivas crónicas.

a) Embolia arterial sistémica:

Una de las indicaciones más precisas la constituye la prevención de la embolia arterial sistémica en el infarto de miocardio y en la cardiopatía reumática (estrechez mitral, especialmente asociada a fibrilación auricular). La oclusión aguda puede ocurrir tanto en una arteria sana —caso de las valvulopatías reumáticas— como en una arteriopatía cró-

nica progresiva. Inmediatamente a la oclusión, el flujo de sangre se torna lento a nivel del lecho capilar afectado; y mientras se establece la circulación colateral, existe un gran riesgo de trombosis a nivel capilar. En este momento se podrían utilizar los agentes fibrinolíticos para disolver el émbolo. Hay quienes administran heparina en la primera o segunda hora del accidente embólico; si luego de seis a ocho horas no hay mejoría, dan paso a la embolectomía o trombectomía.⁶

En la estrechez mitral con ritmo sinusal la mortalidad por embolia es menor del 5 %; los anticoagulantes no mejoran ese porcentaje. La sola presencia de fibrilación auricular aumenta el riesgo de embolias hasta el 80 %. Los pacientes que rechazan la cirugía correctora o aquellos otros en que está contraindicada deben ser sometidos al tratamiento anticoagulante a largo plazo.

En el cuadro siguiente se detalla el resultado de la terapéutica anticoagulante en la prevención de complicaciones tromboembólicas de la estrechez mitral con fibrilación auricular.

	Nº de pacientes	Meses pacientes	Nº de embolismos
Wright	29	1.346	12
Owren	13	295	1
Beaumont	14	323	5
Propia	38	1.890	8

b) Arteriopatías oclusivas crónicas:

En la arteriosclerosis obliterante de los miembros inferiores se indican los anticoagulantes a largo plazo con la finalidad de proteger al paciente de la progresión de la trombosis o el agregado de una embolia que llevarían a la oclusión de arterias del territorio cerebral, coronario, etc.⁷ En nuestra casuística, 77 pacientes con arteriosclerosis obliterante

de miembros inferiores recibieron anticoagulantes por lapsos que variaron de seis meses a cinco años; 9 enfermos tuvieron complicaciones tromboembólicas (embolias cerebrales, infartos de miocardio, infarto renal), de éstos fallecieron cinco. El éxito significativo de la terapéutica preventiva se acompañó, en el 67 % de nuestros pacientes, de una mejoría variable de la claudicación inter-

mitente, así como de un manifiesto aumento en la temperatura cutánea de sus extremidades. En los enfermos con tromboangeítis obliterante, pareciera lograrse buenos resultados en la prevención de la progresión de las lesiones; pero, indudablemente, la mejoría en la capacidad funcional de los miembros no es igual a la que se observa en la arterioesclerosis.

3. — CORONARIOPATIAS

En el infarto de miocardio los anticoagulantes cumplen una función profiláctica, ante la posibilidad de complicaciones tromboembólicas. Su utilización ha dado lugar a polémicas:^{8,9} 1º Hay quienes los rehusan, arguyendo que ocasionan más riesgos que beneficios. 2º Entre los sostenedores de estos fármacos, algunos los emplean sistemáticamente en todas las variedades de infarto. 3º Otros limitan sus indicaciones a algunos tipos. Personalmente creemos que el tratamiento da excelentes resultados en aquellos infartos que, por su ubicación o por las condiciones clínicas que los acompañan, son embolígenos. Administramos anticoagulantes a los siguientes tipos de infartos: subendocárdicos, transmurales, extensos o con tendencia a progresar o recidivar. También incluimos a aquellos que se acompañan de insuficiencia car-

díaca grave o de trastornos del ritmo (fibrilación auricular). Los de otra localización y aquellos con ritmo sinusal o sin insuficiencia cardíaca, también son pasibles de esta terapéutica cuando coexisten con trombosis venosas o arteriales de otra localización.

Según el caso clínico el tratamiento anticoagulante se puede realizar a corto o a largo plazo. En una gran proporción de casos en la fase de recuperación de un infarto se producen recurrencias. Estadísticamente, del 15 al 25 % de pacientes con oclusión coronaria aguda muere dentro del primer año de producida la lesión miocárdica; White informa un 75 % de mortalidad global dentro de los diez años siguientes. Ante estos hechos la terapéutica anticoagulante a largo plazo constituye un esfuerzo para prevenir nuevos infartos y complicaciones tromboembólicas. Pareciera ser que los anticoagulantes dan más beneficios en los casos más recientes, siendo menos efectivos en los pacientes de edad avanzada, en los que la coronariopatía oclusiva ha evolucionado durante muchos años. Las limitaciones de los anticoagulantes están, pues, relacionadas más con la duración y gravedad de la enfermedad que con la edad del paciente.¹⁰

En el cuadro siguiente se aprecian los resultados del tratamiento anticoagulante a largo plazo en el infarto de miocardio.

	Nº de pacientes	Nº de muertes	Complic. tromboembólicas
Manchester	150	18 (12 %)	9 (6 %)
Lempert	1.000	320 (32 %)	
Propia	283	38 (13,4 %)	31 (10,9 %)

RESULTADOS COMPARATIVOS

	Nº de pacientes	Nº de muertes	Complic. tromboembólicas
Tratados	589	94 (15,9 %)	106 (17,9 %)
Wright			
No trat.	442	170 (38,4 %)	150 (33,9 %)

La terapéutica anticoagulante estaría indicada en el tratamiento de ciertas formas de angina de pecho, siempre que la antigüedad de los síntomas no fuese mayor de dos años y que no hubiera antecedentes de infarto previo.¹¹ En estas circunstancias los resultados son muy significativos: disminución franca de la frecuencia e intensidad o desaparición de las crisis anginosas. Diversas casuísticas, incluida la nuestra, refieren una reduc-

ción de reinfectos y mortalidad en una proporción de cuatro a siete veces en relación con los grupos de pacientes que no recibieron anticoagulantes. Esta terapéutica en enfermos con más de tres años de evolución anginosa y con antecedentes de infartos de miocardio, no brinda resultados tan satisfactorios, aunque dichos pacientes se benefician en cierto grado con la terapéutica a largo plazo.

4. — ACCIDENTES VASCULARES CEREBRALES

El uso de anticoagulantes en vasculopatías cerebrales significa una grave responsabilidad para el médico que lo indica. Su utilización no debe ser indiscriminada, sino precedida de una selección cuidadosa de los candidatos. El mayor peligro es la posibilidad de agravar el cuadro con una hemorragia cerebral; por esto, si es posible, debe efectuarse un estudio del líquido cefalorraquídeo para descartar la presencia de hemoglobina o xantocromía.

Las indicaciones son:¹² 1. La embolia cerebral en pacientes con cardiopatía reumática (estrechez mitral con fibrilación auricular) y cardiopatía arteriosclerosa (infarto de miocardio). 2. La insuficiencia cerebral intermitente del sistema vertebrobasilar y del sistema carotídeo. 3. La trombosis cerebral lentamente progresiva en pacientes con cardiopatía ar-

teriosclerosa y/o antecedentes de embolismo. 4. Arteriosclerosis cerebral progresiva.

El tratamiento debe ser a largo plazo; los pacientes con más de sesenta años pueden recibir los beneficios de esta medicación. Cinco de nuestros pacientes, con edades oscilantes entre sesenta y ochenta años, llevan ya más de cinco años bajo la acción de los anticoagulantes sin haber presentado fenómenos embólicos o hemorragia cerebral. Esta terapéutica se mostró muy eficaz para reducir las recurrencias del embolismo. En nuestra experiencia personal no hemos tenido ninguna muerte por hemorragia cerebral; otras estadísticas mencionan una mortalidad del 10 al 18 % por esa causa.

En el cuadro que sigue presentamos nuestros resultados y los de otros autores en el tratamiento anticoagulante a largo plazo en los accidentes vasculares cerebrales.¹³

	Nº de pacientes	Muertes
Carter	61	16 (26,2 %)
Marshall	26	6 (23 %)
Propia	121	34 (28,1 %)

BIBLIOGRAFIA

- Bohórquez Salcedo, A.: El empleo de los anticoagulantes en las vasculopatías periféricas. *REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA*, 1965, 32:27-34.
- Del Río, C. A.: Embolia y embolismo pulmonar. *El Día Médico*, 1963, 82:1845.
- Spittel, J. A.: Thrombophlebitis and pulmonary embolism. *Circulation*, 1963, XXVII, 976.
- Poller, L.: The theory and practice of anticoagulant treatment. John Wright & Sons, Bristol, 1962.
- Davis, N., Carroll, B., Schwartz, S.: Treatment of thrombophlebitis with a fibrinolytic agent. Symposium on fibrinolysis, *The American Journal of Cardiology*, August 1960.
- Askey, J. M.: Systemic Arterial Embolism. Grune & Stratton, N. Y. 1957.
- Juergens, J. L.: Chronic occlusive arterial disease of the extremities. *Circulation* 1963, XXVII: 964.
- Wright, I.: The case for anticoagulant therapy. *Circulation* 1964, XXX:447.
- Hilden, T.: The case against anticoagulant therapy. *Circulation* 1964, XXX:458.
- Manchester, B.: Problemas en la utilización de la terapéutica anticoagulante a largo plazo en la cardiopatía coronaria. *Progresos en las enfermedades cardiovasculares*. Vol. IV, Nº 4:411, Julio, Agosto 1964.
- Haan, D., Tilsner, V.: The influence of anticoagulants on angina pectoris. *Angiology*, 1965, 16:49.
- Mc Devitt, E.: Indications and contraindications of anticoagulant therapy in thromboembolic cerebrovascular disease. *Angiology* 1964, 15:17.
- Poller, L.: The theory and practice of anticoagulant treatment. John Wright and Sons, Bristol 1962.