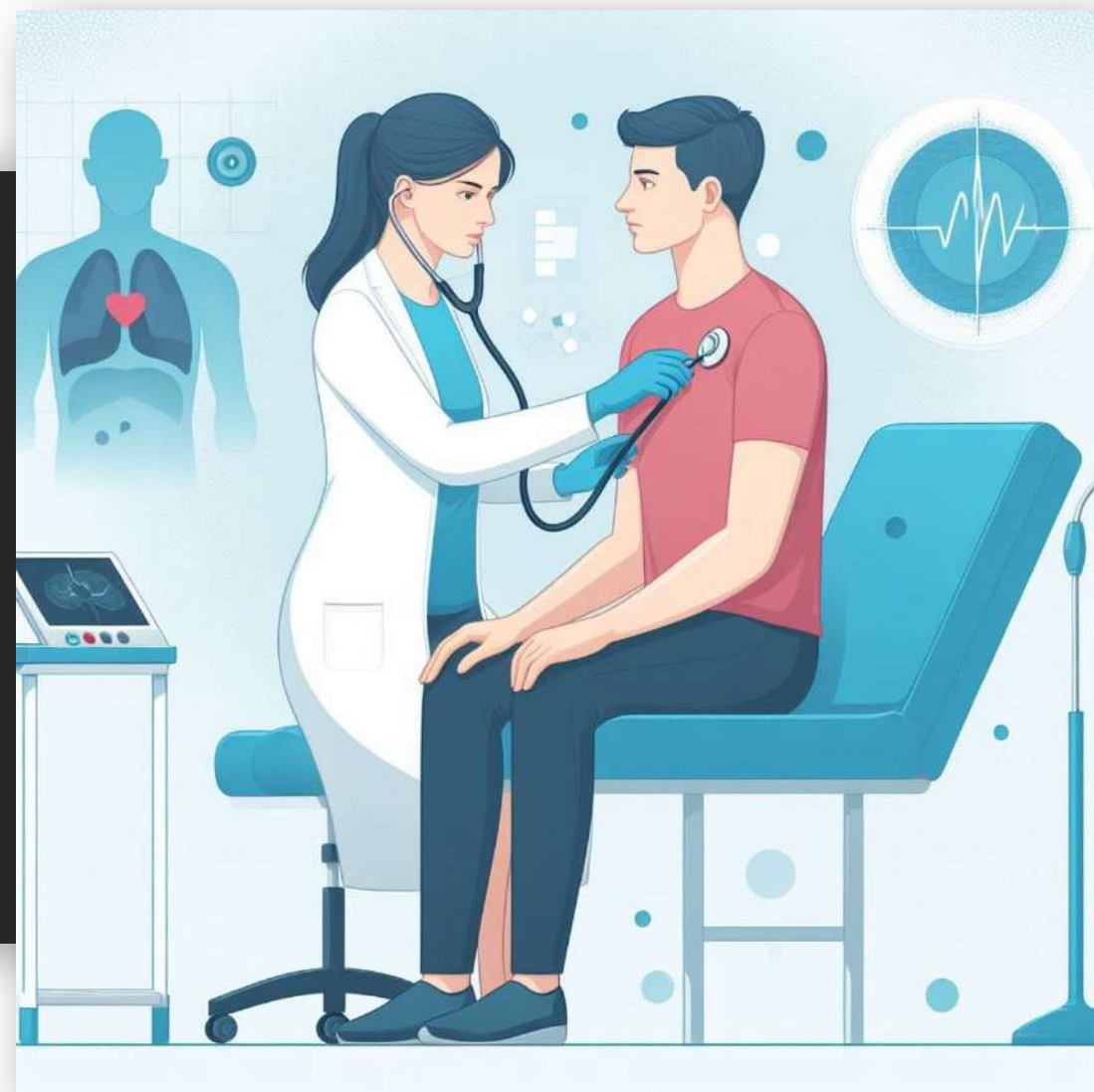


Síndrome Post- Trombótico (más allá del TVP)

Autor: Guadalupe I. Guzmán Caro
C.S. Benavides de Órbigo
Tutor Urgencias CAULE: Julio Tito Camino



**Especial agradecimiento:
Servicio de Cirugía Vascul
R2 – Mike Hamidah
R1 - Eulogio Fernández**

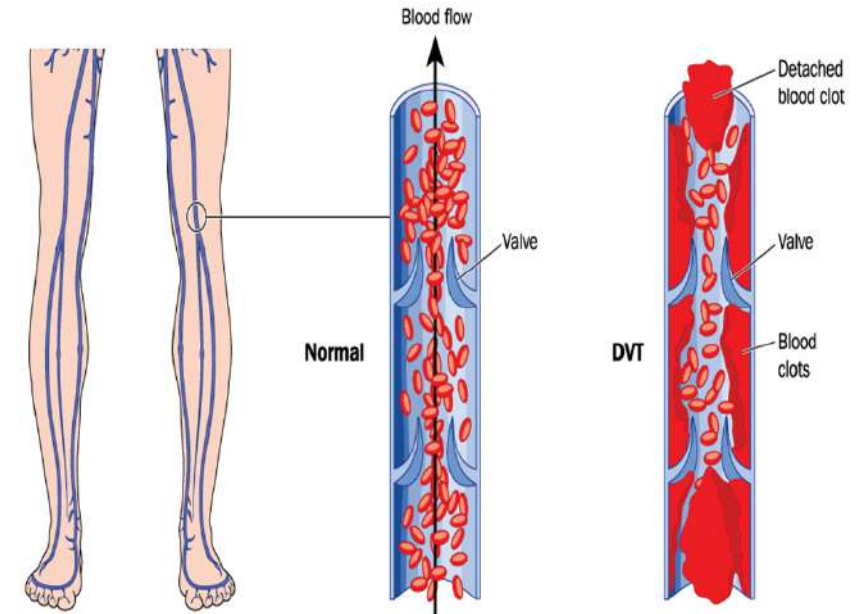


Trombosis Venosa Profunda (TVP) -

Incidencia

El primer episodio de trombosis venosa profunda (TVP) sintomática en la población adulta está entre 50-100 por cada 100,000 hab.

- Al menos uno de cada 12 adultos de mediana edad desarrollará TVP y/o embolia pulmonar a lo largo de su vida (aumenta la incidencia al doble por cada 10 años de edad)
- Tercera causa de muerte CV, paradójicamente la más prevenible
- 10 – 50% TVP desembocan en un tromboembolismo pulmonar (TEP)





TVP - Tipos

Requiere de una buena historia clínica para distinguir entre TVP provocada o no provocada, debido a que difiere tanto el tratamiento como el seguimiento

- a. La TVP NO provocada → cuando no hay un factor de riesgo desencadenante
- b. La TVP provocada → cuando hay un factor de riesgo desencadenante

FACTORES DE RIESGO (FR) TRANSITORIOS (Son reversibles)	MAYORES (Favorecen anticoagulación limitada) Cirugía mayor >30 minutos, hospitalización > o = 3 días por enfermedad aguda, cesárea, fractura, tratamiento estrogénico, embarazo o puerperio
	MENORES (Favorecen anticoagulación continuada) Cirugía <30 minutos, hospitalización <3 días, disminución de movilidad en domicilio > o = a 3 días por enfermedad aguda, traumatismo de extremidad inferior sin fractura, vuelo de larga distancia
PERSISTENTES (Favorecen anticoagulación continuada)	Neoplasia activa, obesidad, Enfermedad inflamatoria intestinal, trastornos autoinmunes activos, terapia hormonal continuada, síndrome nefrótico, vuelos de larga distancia recurrentes, trombofilia

- TVP
- SPT
- SPT - FP
- SPT - Dx
- SPT - FR
- SPT - Tto



TVP - Tipos

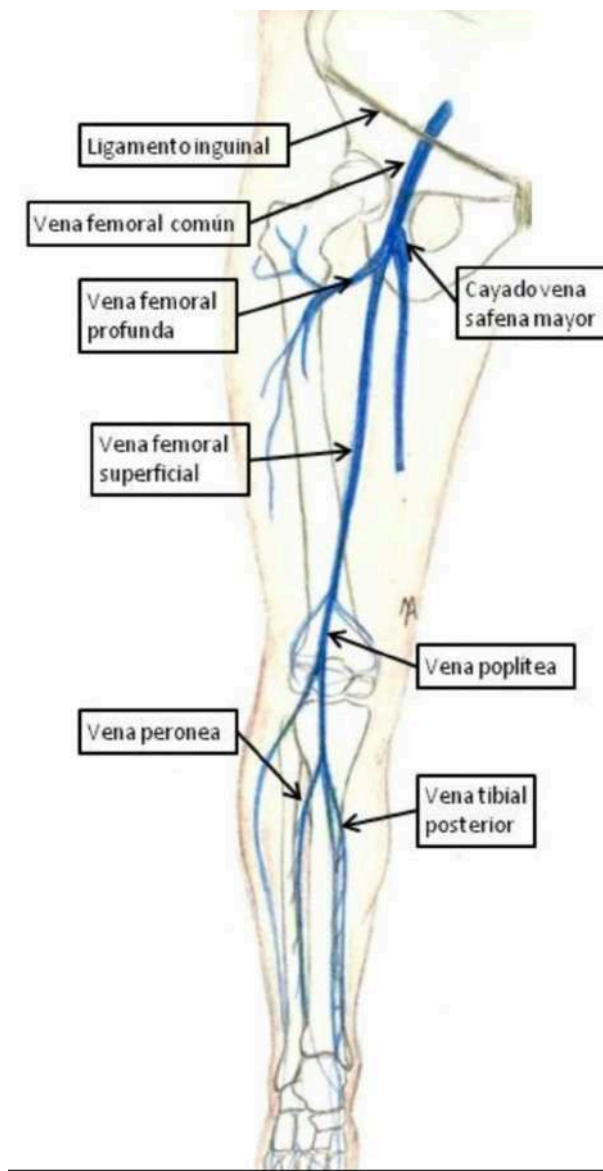
TVP proximal: localizada a nivel de venas poplíteas, femorales o iliacas

Entre el 70-80% TVP se localizan sobre todo en la unión VSM-VFC,
bifurcación VFC y trifurcación VP

TVP distal: localizada por debajo de la rodilla (vena peronea, tibial posterior, tibial anterior o venas musculares)

Suponen el 20-30% y raramente embolizan a pulmón sin antes progresar a TVP proximal (sólo un 1%)

VSM: vena safena mayor
VFC: vena femoral común
VP: vena poplítea



TVP

SPT

SPT - FP

SPT - Dx

SPT - FR

SPT - Tto

CURSO

Actualización
de Urgencias

2ª ed



TVP - Diagnóstico

1. Sospecha clínica
2. Ecografía
3. Pruebas complementarias:
 - ✓ Criterios de Wells
 - ✓ Dímero D

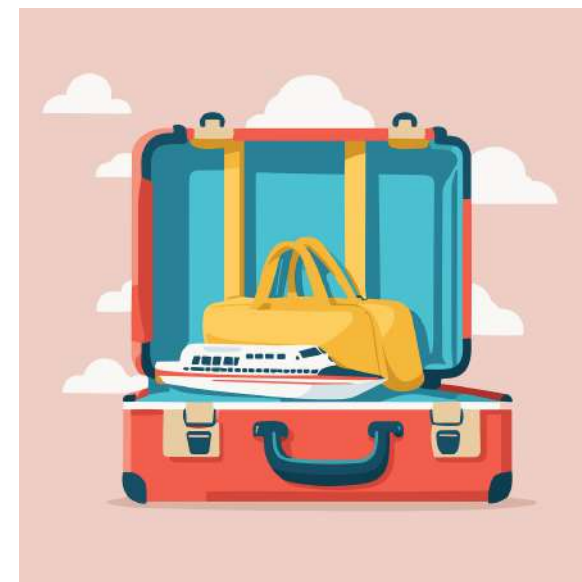




TVP -Diagnóstico

1. Sospecha clínica

- ✓ Hinchazón de pierna
- ✓ Dolor o sensibilidad aumentada al tacto
- ✓ Venas superficiales más visibles
- ✓ Cianosis periférica
- ✓ Signo de Homans +



TVP

SPT

SPT - FP

SPT - Dx

SPT - FR

SPT - Tto

CURSO

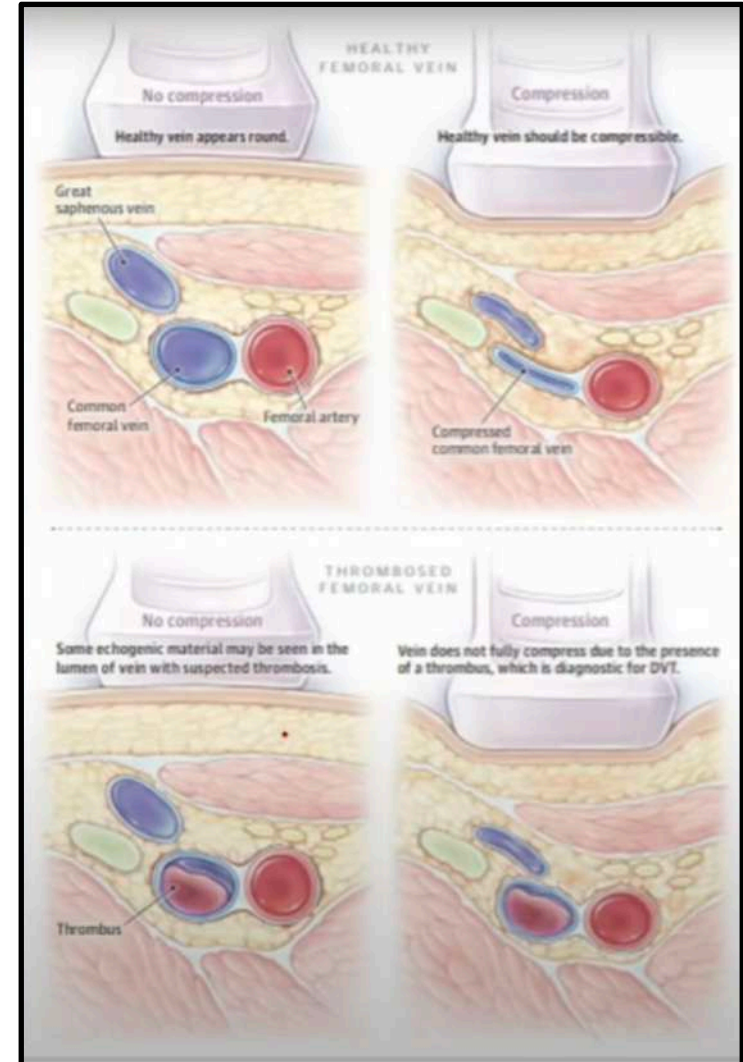
Actualización
de Urgencias

2ª ed

TVP -Diagnóstico

2. Ecografía

- ✓ Coste – efectiva
- ✓ Sensibilidad y especificidad cercana al 100%
- ✓ Inocua para el paciente



TVP

SPT

SPT - FP

SPT - Dx

SPT - FR

SPT - Tto

CURSO

Actualización
de Urgencias

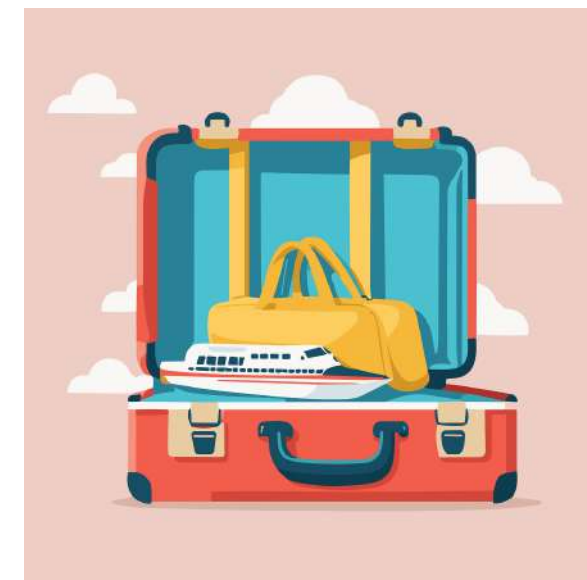
2ª ed



TVP -Diagnóstico

3. Pruebas complementarias:

- ✓ Criterios de Wells
- ✓ Dímero D



TVP

SPT

SPT - FP

SPT - Dx

SPT - FR

SPT - Tto

CURSO

Actualización
de Urgencias

2ª ed

TVP -Diagnóstico

✓ Criterios de Wells

PARÁMETRO CLÍNICO	PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN TOTAL	PROBABILIDAD CLÍNICA
Cáncer activo (en tratamiento, diagnosticada en los últimos 6 meses o terminal)	1 punto	Menor de 2	Bajo riesgo de TVP
Parálisis, paresia, o inmovilización reciente (yeso)	1 punto		
Encamamiento mayor de 3 días ó cirugía mayor 4 semanas previas	1 punto	Mayor o igual a 2	Alto riesgo de TVP
Edema de toda la extremidad	1 punto		
Edema de pantorrilla de más de 3 cm respecto a contralateral	1 punto		
Edema con fóvea	1 punto		
TVP previa documentada	1 punto		
Diagnóstico alternativo más probable que TVP	-2 puntos		

TVP

SPT

SPT - FP

SPT - Dx

SPT - FR

SPT - Tto

CURSO

Actualización
de Urgencias

2ª ed

TVP -Diagnóstico

✓ Dímero D

Reactante de fase aguda

Muy sensible pero poco específico

TVP

SPT

SPT - FP

SPT - Dx

SPT - FR

SPT - Tto

CURSO

Actualización
de Urgencias

2ª ed

TVP -Tratamiento

TVP proximal (90%)

TVP proximal provocada

TVP proximal No provocada

TVP distal

TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE*

CURSO

Actualización
de Urgencias

2ª ed

TVP -Tratamiento

TVP proximal (90%)

TVP proximal provocada

TVP proximal No provocada

TVP distal

TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

Fase 1: 10 días

Fase 2: 3 meses

Fase 3: ?

TVP

SPT

SPT - FP

SPT - Dx

SPT - FR

SPT - Tto

CURSO

Actualización
de Urgencias

2ª ed

TVP -Tratamiento

TVP proximal (90%)

TVP proximal provocada

TVP proximal No provocada

TVP distal

TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

SC: HBPM, Fondaparinux

VO: AVK, Dabigatran, Rivaroxaban,
Apixaban, Edoxaban

AVK: antivitamina K

HBPM: heparina de bajo peso molecular

TVP

SPT

SPT - FP

SPT - Dx

SPT - FR

SPT - Tto

CURSO

Actualización
de Urgencias

2ª ed

TVP -Tratamiento

TVP

SPT

SPT - FP

SPT - Dx

SPT - FR

SPT - Tto

TVP provocada

En caso FR transitorio >: tto x 3 m

En caso FR persistente: tto > 3m

En caso FR transitorio <: valorar tto >3n

TVP proximal No provocada

Tto > 3 meses

Recommendation 14		
For patients with a provoked proximal deep vein thrombosis with a major transient risk factor, three months of anticoagulation treatment is recommended over a shorter duration.		
Class	Level	References
I	A	Boutitie <i>et al.</i> (2011), ¹²³ Kearon <i>et al.</i> (2004) ¹²⁴

Recommendation 19		
For patients with unprovoked proximal deep vein thrombosis, treatment with a direct oral anticoagulant is recommended over treatment with low molecular weight heparin followed by a vitamin K antagonist for the principal treatment phase.		
Class	Level	Reference
I	A	Kakkos <i>et al.</i> (2014) ¹²⁹

Síndrome Post Trombótico

- Es una insuficiencia venosa crónica secundaria
- 20 – 50% sufren TVP (< 2 años)
- Afecta a la calidad de vida de los pacientes

TVP

SPT

SPT - FP

SPT - Dx

SPT - FR

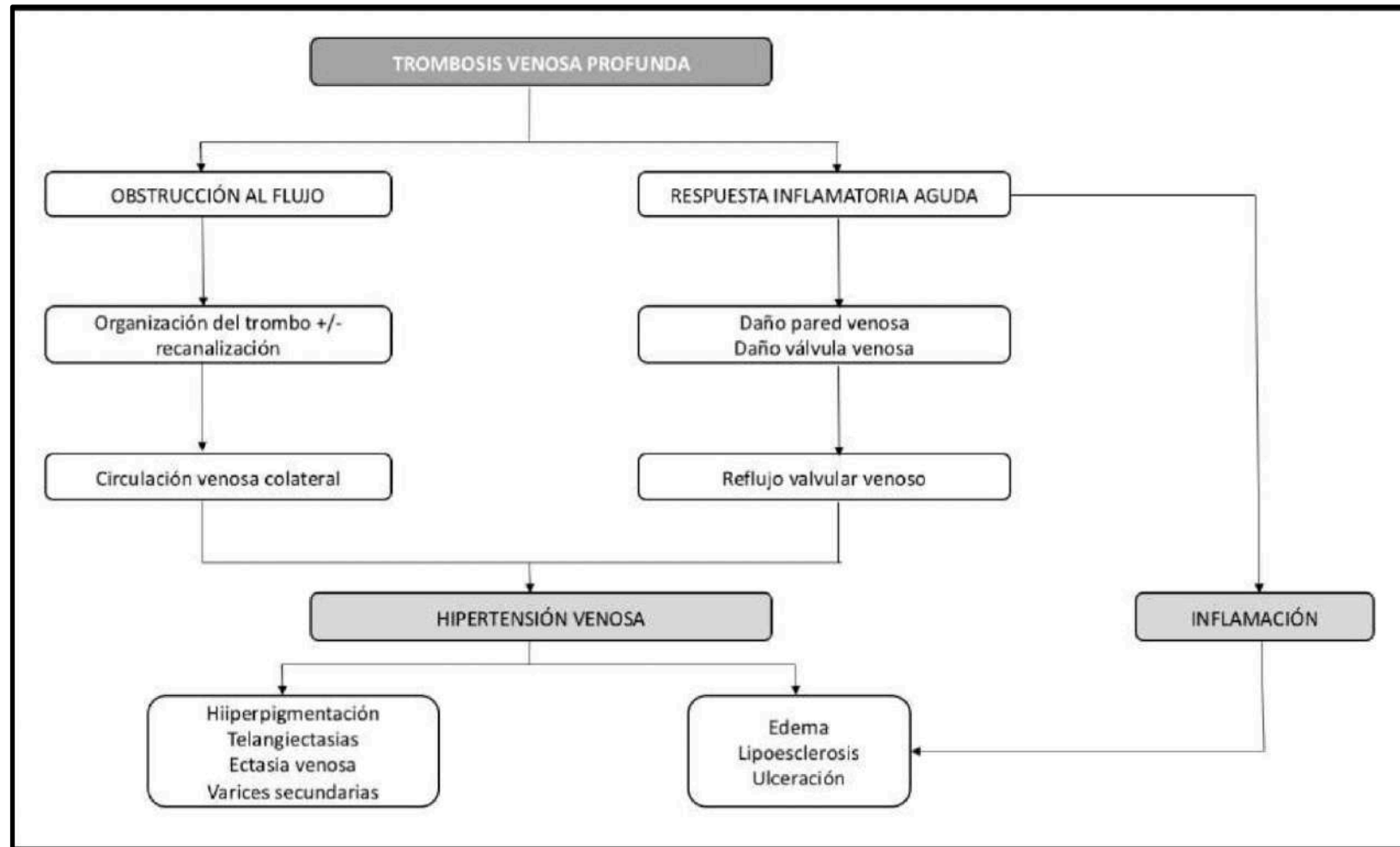
SPT - Tto

CURSO

Actualización
de Urgencias

2ª ed

Síndrome Post Trombótico - Fisiopatología



TVP
SPT
SPT - FP
SPT - Dx
SPT - FR
SPT - Tto

CURSO
Actualización
de Urgencias
2ª ed

Síndrome Post Trombótico -Diagnóstico

- Signos y síntomas similares a la insuficiencia venosa crónica
- Esperar al menos 6 meses

Síntomas	Signos
Dolor	Edema
Sensación de hinchazón	Telangiectasias
Calambres	Dilatación venosa/varices
Pesadez	Enrojecimiento
Fatiga	Cianosis
Quemazón	Hiperpigmentación
Prurito	Eczema
Parestesias	Dolor a la compresión de la pantorrilla
Tensión	Lipodermatoesclerosis
Claudicación venosa	Atrofia blanca
	Úlcera

Síndrome Post Trombótico -Diagnóstico

Varias escalas: Villalta-Prandoni

No SPT ≤ 4

SPT moderado 10 – 14

SPT leve 5 – 9

SPT severo ≥ 15 o úlcera

<i>SPT</i>	Nada	Leve	Moderado	Severo
Dolores	0	1	2	3
Calambres	0	1	2	3
Pesadez	0	1	2	3
Parestesias	0	1	2	3
Prurito	0	1	2	3
Edema pretibial	0	1	2	3
Hiperpigmentación	0	1	2	3
Varices / varículas	0	1	2	3
Enrojecimiento	0	1	2	3
Infección piel	0	1	2	3
Dolor compresión pantorrilla	0	1	2	3
Úlcera				X

TVP

SPT

SPT - FP

SPT - Dx

SPT - FR

SPT - Tto

CURSO

Actualización
de Urgencias

2ª ed

Síndrome Post Trombótico – Factores de Riesgo

Al momento del diagnóstico

- ✓ TVP proximales (iliaca y/o femoral común) > riesgo (x2-3) frente a las distales
- ✓ TVP previa
- ✓ IVC primaria preexistente
- ✓ IMC >30
- ✓ Edad
- ✓ Tabaquismo en gestantes
- ✓ Inadecuado tratamiento durante los primeros 3 meses

CURSO

Actualización
de Urgencias

2ª ed

Síndrome Post Trombótico – Factores de Riesgo

Relacionados al tratamiento de la TVP aguda

- ✓ ACO: rangos subterapéuticos durante los primeros 3 meses con AVK han demostrado un incremento del doble de SPT
- ✓ HBPM en monoterapia puede suponer menores tasas de SPT frente a HBPM durante 5-7 días y posterior paso a AVK (también sugieren menor riesgo de ulceración y mayor tasa de recanalización)
- ✓ Los nuevos anticoagulantes orales carecen de evidencia científica suficiente en la actualidad
- ✓ Controversia con la trombolisis en la reducción del SPT por las altas tasas de sangrado

TVP
SPT
SPT - FP
SPT - Dx
SPT - FR
SPT - Tto

CURSO
Actualización
de Urgencias
2ª ed

Síndrome Post Trombótico – Factores de Riesgo

En el seguimiento de una TVP

- ✓ Recurrencia ipsilateral de una TVP: ↑ 4 – 6 veces el riesgo
- ✓ Persistencia de síntomas y signos tras un mes del diagnóstico de TVP
- ✓ Trombo residual visto en eco-doppler 3-6 meses tras el evento
- ✓ Persistencia de dímero D elevado

TVP

SPT

SPT - FP

SPT - Dx

SPT - FR

SPT - Tto

CURSO

Actualización
de Urgencias

2ª ed

Síndrome Post Trombótico – Tratamiento

Prevención Primaria

- ✓ Trombopprofilaxis: mecánica y/o farmacológica, en pacientes de riesgo según las guías
- ✓ Correcta ACO para tratar la TVP inicial y evitar recurrencias. En pacientes con AVK mantener el INR (>2 durante $>50\%$ tiempo)
- ✓ Trombólisis: valorarse en pacientes muy seleccionados (jóvenes, con bajo riesgo de sangrado, gran sintomatología y en el contexto de TVP proximal de menos de 14 días de evolución), solo en centros experimentados

TVP
SPT
SPT - FP
SPT - Dx
SPT - FR
SPT - Tto

CURSO
Actualización
de Urgencias
2ª ed

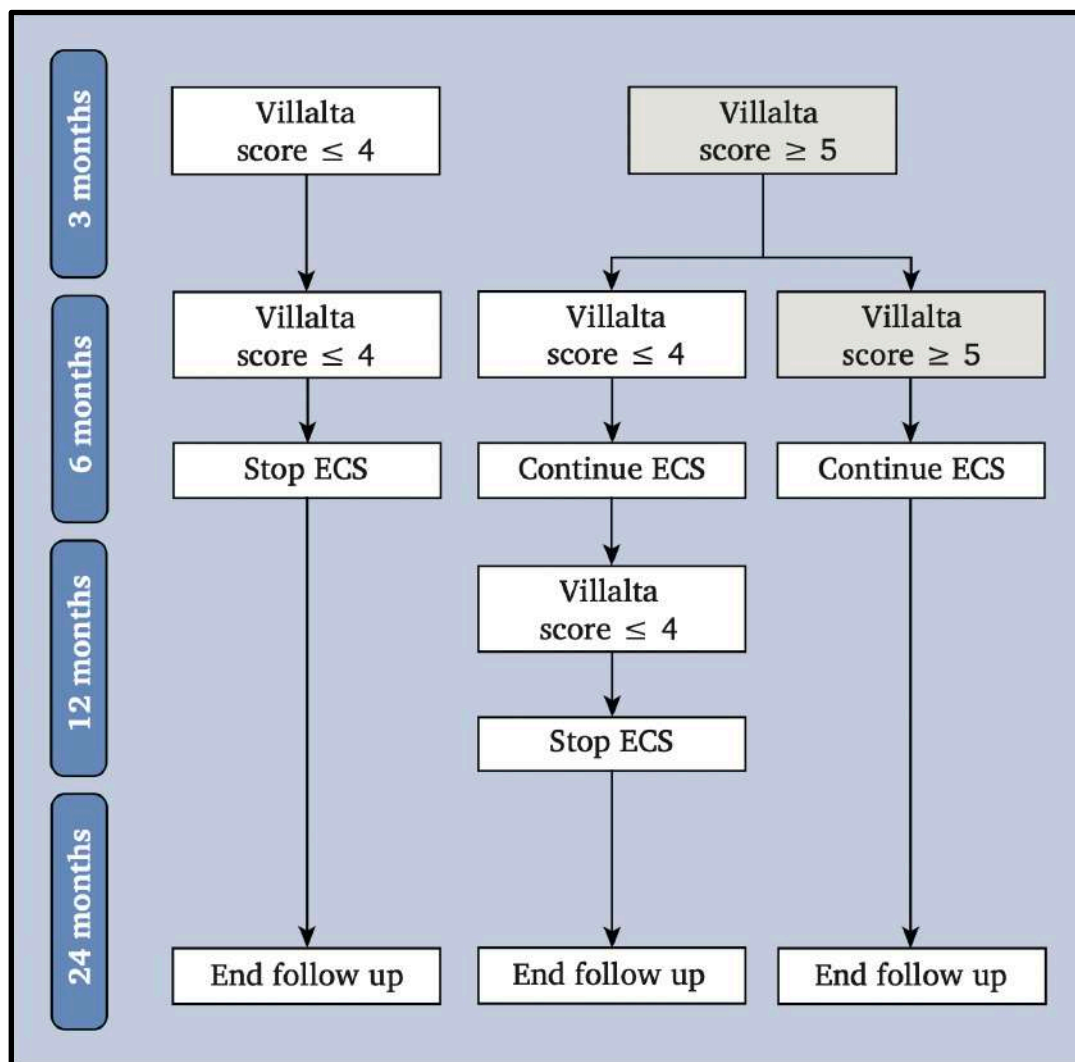
Síndrome Post Trombótico – Tratamiento

- ❑ Terapia de compresión: Uso diario (desde primera hora del día hasta antes de acostarse), compresión fuerte - cortas (efecto fisiológico similar a las largas). Opcional: usar dispositivos de compresión intermitente

Recommendation 31		
For patients with proximal deep vein thrombosis, early compression at 30 – 40 mmHg with either multilayer bandaging or compression hosiery, applied within 24 hours, is recommended to reduce pain, oedema, and residual venous obstruction.		
Class	Level	References
I	A	Partsch & Blattler (2000), ¹⁸¹ Roumen-Klappe <i>et al.</i> (2009), ¹⁸² Arpaia <i>et al.</i> (2007), ¹⁸³ Amin <i>et al.</i> (2018) ¹⁸⁴

- ❑ Programas de ejercicio y estilo de vida: deambulación, ejercicios orientados a fortalecer la musculatura de la pantorrilla, elevación de la extremidad durante el reposo, control del peso, hidratación de piel y evitar el calor. En SPT severos se puede plantear derivar a RHB

Síndrome Post Trombótico – Tratamiento



Recommendation 33

For patients with proximal deep vein thrombosis and with limited symptoms and signs, as described in the Villalta score, it is recommended to limit the use of below knee stockings to six or 12 months.

Class	Level	References
I	A	Ten Cate-Hoek <i>et al.</i> (2018) ¹⁷⁵ Aschwanden <i>et al.</i> (2008), ²⁰⁸ Mol <i>et al.</i> (2016) ²⁰⁹

TVP
SPT
SPT - FP
SPT - Dx
SPT - FR
SPT - Tto

CURSO
Actualización
de Urgencias
2ª ed

Síndrome Post Trombótico – Tratamiento

- Flebotónicos: tto VO sin evidencia (Pentoxifilina?). En caso de úlceras, se debe realizar un tratamiento multidisciplinar
- Diuréticos: no hay evidencia
- Técnicas quirúrgicas abiertas o endovasculares: en SPT moderados-severos (Villalta ≥ 10) y refractarios a tratamiento conservador. Esto incluye by-pass safeno-poplíteo, safeno-tibial, fémoro-femoral cruzado o ílio-femoral, etc, solo en casos muy seleccionados

Bibliografía:

- Guías Clínicas de la Sociedad Castellano-Leonesa de Angiología y Cirugía Vascular - SOCLACIVAS [Internet]. 4.a ed. Valladolid: Mata Digital; 2016 [citado 6 de abril de 2025]. 177 p. Disponible en: https://medicosva.es/wp-content/uploads/GuiasSOCLACIVAS_2024.pdf
- Kakkos SK, Gohel M, Baekgaard N, et al. Editor's Choice - European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2021 Clinical Practice Guidelines on the Management of Venous Thrombosis. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2021;61(1):9-82. doi:10.1016/j.ejvs.2020.09.023

TVP

SPT

SPT - FP

SPT - Dx

SPT - FR

SPT - Tto

CURSOActualización
de Urgencias**2ª ed**

TVP
SPT
SPT - FP
SPT - Dx
SPT - FR
SPT - Tto

CURSO
Actualización
de Urgencias
2ª ed

MUCHAS
GRACIAS

S

PREGUNTAS

PREGUNTA 1: ¿Qué tratamiento es imprescindible para evitar el SPT?

- a) Trombopprofilaxis: mecánica
- b) Trombopprofilaxis: mecánica y/o farmacológica
- c) Depende
- d) Todas las anteriores

PREGUNTA 2: ¿Qué tipo de anticoagulante hay que evitar con un FG < 30?

- a) HBPM
- b) Edoxaban
- c) Dabigatran
- d) Rivaroxaban

PREGUNTA 3: ¿Cuántos meses hay que usar las medias de compresión si un paciente mantiene un Villalta <4 en 2 revisiones continuas?

- a) 3 meses
- b) 6 meses
- c) 12 meses
- d) Indefinidas

PREGUNTA 4: ¿Qué tratamiento no se usa para el tratamiento del SPT?

- a) Diuréticos
- b) Anticoagulantes
- c) Flebotónicos
- d) Pentoxifilina