



Trombosis de la vena cava y embarazo

Vena cava thrombosis and pregnancy

Iraisa León Cid^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-1516-1013>

Anadys Beatriz Segura Fernández¹ <https://orcid.org/0000-0001-8640-1961>

¹Hospital Militar Central “Dr. Luis Diaz Soto”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: iraisa@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La trombosis de la vena cava inferior tiene poca frecuencia durante el embarazo, aunque es de elevada morbilidad y mortalidad.

Objetivo: Describir las manifestaciones clínicas y el diagnóstico de una gestante con trombosis de la vena cava inferior.

Caso clínico: Se presenta una paciente de 18 años, con sobrepeso y antecedentes de anticoncepción hormonal, con 8 semanas de gestación, que tuvo aumento de volumen y dolor en miembro inferior derecho. Es diagnosticada de trombosis de la vena cava inferior por ecografía dúpler y tratada con heparina. La trombosis se extendió al miembro inferior izquierdo, con alto riesgo para la madre y el feto. Se continuó terapéutica con heparina de bajo peso molecular y elastocompresión. Los estudios hematológicos resultaron positivos a la mutación V3XL factor XIII en estado homocigótico. La paciente evolucionó sin complicaciones; egresó con tratamiento de heparina de bajo peso molecular.

Conclusión: La trombosis de la vena cava inferior debe sospecharse, aunque se considera un reto para el equipo médico. La elección del tratamiento más adecuado depende de cada paciente en particular.

Palabras clave: trombosis de la vena cava; vena cava inferior; embarazo.



ABSTRACT

Introduction: Inferior vena cava thrombosis is infrequent during pregnancy, although it has high morbidity and mortality.

Objective: To describe the clinical manifestations and diagnosis of a pregnant with inferior vena cava thrombosis.

Clinical case: Is presented an 18-year-old overweight patient with a history of hormonal contraception, with 8 weeks of gestation, who presented increased volume and pain in the lower right limb. She was diagnosed with thrombosis of the inferior vena cava by Doppler ultrasound and treated with heparin. The thrombosis spread to the lower left limb, with high risk for the mother and the fetus. Low molecular weight heparin therapy and elastic compression were continued. Hematological studies were positive for the V3XL factor XIII mutation in a homozygous state. The patient evolved without complications and was discharged with low molecular weight heparin treatment.

Conclusion: Thrombosis of the inferior vena cava should be suspected, although it is considered a challenge for the medical team. The choice of the most appropriate treatment depends on each individual patient.

Keywords: vena cava thrombosis; inferior vena cava; pregnancy.

Recibido: 10/02/2022

Aprobado: 18/06/2022

INTRODUCCIÓN

La trombosis venosa es frecuente, aunque su diagnóstico no es preciso y su curso puede ser mortal por la fragmentación del trombo y producción posterior de tromboembolismo pulmonar. La prevalencia se halla entre un 4 % a 15 %, mientras que su incidencia en gestantes está entre 0,76 a 1,72 por cada 1 000 embarazos.⁽¹⁾

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>



El embarazo concurre con un estado de hipercoagulabilidad y la compresión uterina a nivel de la vena cava, induce a un estasis en el 50 % de estos casos y el riesgo de trombosis se acrecienta de 4 a 10 veces.⁽²⁾

El tromboembolismo venoso complica entre 1 y 1,5 de cada 1 000 embarazos.⁽³⁾ Para su diagnóstico de certeza, se cuenta con la ecografía dúpler abdominal y pélvica (sensibilidad = 97 %; especificidad = 94 %) y la venografía contrastada (*Gold standard*).⁽⁴⁾ Si la ecografía es negativa, está indicada la resonancia magnética o la venografía. Generalmente, el trombo iliocono es extenso y se visualiza mediante ultrasonografía.

En caso de embolia pulmonar, se necesitan imágenes pulmonares y el examen de elección es el centellograma pulmonar de ventilación-perfusión.⁽⁵⁾ La angiografía pulmonar con tomografía computarizada es de primera línea, pero se usa menos en embarazadas.⁽⁶⁾

El dímero-D no se recomienda, debido al aumento a medida que la gestación progresa, por lo que al término y en el puerperio, los valores están alterados en casi todos los embarazos sin complicaciones o en enfermedades como la preeclampsia.⁽⁷⁾

El tratamiento es variable, pueden usarse anticoagulantes, trombolíticos, terapias invasivas con filtros, intervencionismo endovascular o trombectomía mecánica, con el objetivo de prevenir el tromboembolismo pulmonar, la complicación más temida.⁽⁵⁾

En el embarazo, se prefiere la heparina de bajo peso molecular a la no fraccionada, dado el superior perfil de seguridad. Generalmente se continúa el tratamiento hasta 6 semanas posparto. Los anticoagulantes cumarínicos están contraindicados durante el embarazo, pero pueden utilizarse durante el puerperio, sin afectar la lactancia.⁽⁸⁾

Solo cuando existe embolia pulmonar masiva, se aconseja la trombólisis en la gestación. Los reportes han demostrado que el riesgo de hemorragia es semejante a no gestantes.⁽³⁾

Dado lo infrecuente de estos casos y el elevado riesgo para la vida que conlleva esta entidad, se reporta sobre esta paciente.

El objetivo de esta presentación de caso es describir las manifestaciones clínicas y el diagnóstico de una gestante con trombosis de la vena cava inferior.



CASO CLÍNICO

Paciente de 18 años, con gestación de 8,1 semanas, consultada por aumento de volumen y dolor en el miembro inferior derecho, de 4 días de evolución, que inició en la cara interna del muslo y se extendió al resto del miembro. Refirió antecedentes de un viaje en vehículo, durante algunas horas. Tuvo además una indigestión, la cual mejoró tras la realización de masajes en los miembros inferiores.

Antecedentes personales de salud, usuaria de anticonceptivos orales durante 2 años. Sin historia de trombosis o pérdidas fetales. Menarquia a los 12 años, fórmula menstrual 3/30 y primeras relaciones sexuales a los 15 años.

Al examen físico se encontró un índice de masa corporal de 25,24 (sobrepeso), frecuencia cardíaca de 100 latidos por minuto. El miembro inferior derecho estaba tumefacto, con edema en toda la extremidad; los pulsos conservados.

En cuanto a los complementarios, anemia moderada (hemoglobina 106 g/L); ecografía dúpler: a nivel de la cava, por encima de la confluencia de las ilíacas, extendiéndose hacia la derecha, se observó trombo que ocupaba casi la totalidad de la luz. La trombosis se extendió al cayado de la safena y femoral superficial.

La terapéutica inicial fue heparinización por infusión continua, antibiótico con ceftriaxona, 1 gramo intravenoso cada 12 horas y reposo venoso.

Evolucionó favorablemente hasta el séptimo día, cuando se inició tratamiento con heparina de bajo peso molecular, fraxiheparina 0,6 mL subcutáneo. Al día siguiente, presentó signos de trombosis en el otro miembro inferior. En el dúpler evolutivo, se informó que la vena cava estaba trombosada hasta las renales, había mejor flujo hacia el lado derecho y formación de trombo en el lado izquierdo.

En la discusión colectiva, se decidió reiniciar con heparina sódica endovenosa, estudios hematológicos y valorar la interrupción de embarazo, que se desaconsejó por los riesgos. Se transfundieron glóbulos debido a la anemia grave, se continuó con la heparinización y cuidados, debido al encamamiento prolongado.

Los estudios hematológicos fueron positivos a mutación V3XL factor XIII, en estado homocigótico.

Posteriormente, presentó bacteriuria asintomática; fue tratada con cefuroxima 750 mg intravenoso cada 8 horas, durante 7 días. Se decidió alta hospitalaria con 14 semanas, buena vitalidad y tratamiento



anticoagulante con la heparina de bajo peso molecular nadroparina, 0,3 mL subcutáneo al día, durante 6 meses, con seguimiento por consulta multidisciplinaria.

COMENTARIOS

La trombosis de la vena cava inferior constituye del 4 % al 15 % de todas las trombosis venosas profundas. Se describen múltiples causas, como traumatismos, compresión externa por abscesos, tumores y hematomas, trombofilias, iatrogenia, fibrosis retroperitoneal, agenesia de la cava inferior y afecciones relacionadas con el embarazo y el parto.⁽⁹⁾

Las técnicas de imagen posibilitan su detección y de esta manera iniciar tratamiento anticoagulante⁽¹⁾ sin llegar a laparotomía.

Además de los cambios durante el embarazo, la evolución de un parto distócico, la cesárea y las infecciones puerperales predisponen a trombosis durante el puerperio.⁽²⁾

Luego de confirmado el diagnóstico, se determina la etiología y los factores riesgo. En este caso fueron: el embarazo, uso de anticonceptivos orales y la inmovilidad. No existieron anomalías de la vena, malignidad ni presencia de autoanticuerpos.⁽¹⁰⁾

En pacientes con trombosis de la vena cava, además del tratamiento anticoagulante y descartar afecciones concomitantes, se debe practicar el estudio de trombofilia, para identificarlas, tratarlas adecuadamente y establecer un consejo médico sobre nuevos embarazos.⁽¹¹⁾

El diagnóstico en la gestación es un reto para cualquier equipo médico, debido a los hallazgos clínicos y de laboratorio característicos de la trombosis, enmascarados por los cambios fisiológicos del embarazo, lo cual hace su evaluación más compleja.⁽¹²⁾ Los síntomas y signos sugestivos son difíciles de diferenciar de los propios del embarazo. El dolor abdominal bajo, también es inespecífico y requiere un elevado grado de sospecha.⁽¹³⁾

La trombosis venosa profunda en gestantes, ocurre por lo general en la pierna izquierda, y con más frecuencia es proximal.⁽⁶⁾ En esta paciente fue inicialmente en la derecha, aunque posteriormente afectó la izquierda.



La tromboprolifaxis es un tema controvertido, pero es la piedra angular para reducir la morbilidad y mortalidad materna por esta enfermedad.⁽²⁾

La anticoagulación en el embarazo incluye heparina no fraccionada o de bajo peso molecular, que no atraviesa la placenta ni la leche materna. Los antagonistas de la vitamina K, como warfarina, están contraindicados debido a su asociación con embriopatías, anomalías del sistema nervioso, pérdida del embarazo y anticoagulación fetal.⁽⁴⁾

El uso de anticoagulantes en pacientes obstétricas, requiere de un plan de interrupción del embarazo lo más controlado posible, pero en la práctica no siempre es posible, por lo difícil de predecir el inicio del parto.⁽⁷⁾

Uno de los factores de riesgo más notables es haber padecido una trombosis venosa relacionada con el embarazo (riesgo de recurrencia: 6 – 9 % en un embarazo posterior), a menudo coexisten múltiples factores de riesgo.⁽¹⁰⁾

Entre los factores de riesgo en el embarazo, se incluye la hiperémesis, por la deshidratación que provoca, el sobrepeso u obesidad, la inmovilidad y la trombofilia (factor V Leiden homocigota). Los factores posparto son la cesárea, la hemorragia posparto, la preeclampsia con restricción del crecimiento fetal y la infección posparto.⁽¹³⁾

La trombosis de la vena cava inferior es una enfermedad poco frecuente, sin embargo debe sospecharse en pacientes con antecedentes que permitan establecer relación con esta, para lograr un diagnóstico oportuno. Se recomienda el enfoque individualizado, que garantice la seguridad, optimizar los beneficios clínicos y de tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Escobar Vidarte MF, Loaiza Osorio SP, Nieto Calvache AJ. Trombosis de vena cava inferior en embarazo a término. Reporte de caso y revisión de la literatura. Rev Col Obstet Ginecol. 2018; 69(3):197-207. DOI: 10.18597/rcog.3011



2. Nápoles Méndez D. Nuevos dilemas para la tromboprofilaxis en el embarazo y puerperio. MEDISAN. 2014 [acceso: 03/09/2020]; 18(5):614. Disponible en: <https://www.Medigraphic.com/cgi-bin/new/contenido.cgiIDPUBLICACION=5107>
3. Ferreiro Hernández LB, Jiménez Hernández MM, Nápoles Méndez D, García Gómez O, Couto Núñez D. Trombosis venosa profunda bilateral en una puérpera. MEDISAN 2015 [acceso: 03/09/2020]; 19(5):22. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000500011
4. Nápoles Méndez D, Couto Núñez D. Experiencia de 11 años en enfermedad tromboembólica venosa en el periodo grávido puerperal. Rev Cub Obstet Ginecol 2011 [acceso: 03/09/2020]; 37(3): 4-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300002
5. Pottier P, Hardouin JB, Lejeune S, Jolliet P, Gillet B, Planchon B. Immobilization and the risk of venous thromboembolism. A meta-analysis on epidemiological studies. Thrombosis research. 2009 [acceso: 03/09/2020]; 124(4): 468–76. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/194817816>
6. Fernández L. Inferior Vena Caval Thrombosis. Medscape, Drugs and Diseases, General Surgery; 2022. [acceso: 03/09/2020]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1933035-overview>
7. Marik PE, Plante L. Venous thromboembolic disease and pregnancy. N Engl J Med 2008 [acceso: 03/09/2020]; 359(19): 2025–33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18987370>
8. Barco S, Nijkeuter M, Middeldorp S. Pregnancy and venous thromboembolism. Semin Thromb Hemost. 2013 [acceso: 03/09/2020]; 39(5): 549-58. Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0033-1343893>
9. Patel H, Sun H, Hussain AN, Vakde T. Advances in the Diagnosis of Venous Thromboembolism: A Literature Review. Diagnostics. 2020; 10(6): 365. DOI: 10.3390/diagnostics10060365
10. Kreidy R, Salameh P, Waked M. Lower extremity venous thrombosis in patients younger than 50 years of age. Vasc Health Risk Manag. 2012 [acceso: 03/09/2020]; 8: 161–7. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/221979501>
11. Pajor A. Thromboembolism and antithrombotic management in pregnancy. Orv Hetil. 2011 [acceso: 03/09/2020]; 152(21): 815-21. Disponible en: <https://akjournals.com/view/journals/650/152/21/article-p815.xml>



12. Nicolaidis A, Fareed J, Kakkar AK, Comerota AJ, Goldhaber SZ, Hull R, et al. Cardiovascular Disease Educational and Research Trust; European Venous Forum; North American Thrombosis Forum; International Union of Angiology and Union Internationale du Phlebologie. Thrombophilia. Clin Appl Thromb Hemost. 2013; 19(2): 177-87. DOI: 10.1177/107602961247484De
13. Turner TE, Saeed MJ, Novak E, Brown DL. Association of Inferior Vena Cava Filter Placement for Venous Thromboembolic Disease and a Contraindication to Anticoagulation With 30-Day Mortality. JAMA Network Open. 2018 [acceso: 03/09/2020]; 1(3):180452. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6324296/>

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.