

En esta oportunidad, el Dr. Martin Najenson, Subjefe del Servicio de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista del Hospital Centenario y Staff de SCiTE (Servicio de Cardiología Intervencionista y Tratamientos Endovasculares) del Hospital Privado de Rosario, nos brinda una entrevista acerca de la trombosis venosa profunda (TVP).



**@cardiorosario** Qué debemos saber los cardiólogos de trombosis venosa de miembros inferiores?



**@mnajenson** La TVP es una patología de la que los Cardiólogos y Cardioangiólogos Intervencionistas nos hemos autoexcluido por años por tratarse de una patología manejada primordialmente por hematólogos, cuyas guías de actuación suelen ser por demás conservadoras. Con los avances en la comprensión de esta patología se ha detectado que su evolución, lejos de ser indolente como se pensaba, deriva a menudo en síndrome postrombótico, entidad frecuentemente invalidante.

Paralelamente se han perfeccionado las técnicas de desobstrucción vascular en este territorio, que lentamente van logrando demostrar mejorías pronósticas en pacientes con trombosis centrales y altamente sintomáticas.

Por otra parte y como parte integral del intervencionismo en este territorio, la indicación de filtros removibles va teniendo consenso en indicaciones que van más allá de las universalmente aceptadas (contraindicación de anticoagulación o complicación por la misma sobre todo). En efecto, cada vez más se considera la reserva cardiopulmonar del paciente a la hora de su indicación, como forma de estimar las potenciales consecuencias de una eventual embolia.

En definitiva considero que el cardiólogo debe embeberse de la fisiopatología de la enfermedad tromboembólica venosa y ser capaz de detectar pacientes de alto riesgo de complicaciones, potenciales beneficiarios de estas terapéuticas. El intervencionista, por su parte puede interiorizarse sobre el nuevo arsenal terapéutico disponible.



**@cardiorosario** Y si recibimos un paciente con trombosis crónica?



**@mnajenson** Los pacientes con síndrome postrombótico son aquellos que presentan síntomas de insuficiencia venosa crónica como secuela de una TVP acontecida entre los tres y seis meses previos, puede llegar a ser incapacitante y suele presentarse en pacientes con historia de trombosis del sector iliofemoral. Estas últimas se asocian a menudo a síndromes de compresión venosa como el May Thurner o a secuelas obstructivas por organización de trombosis previas. En uno u otro caso la angioplastia venosa juega un rol central en la mejoría del cuadro.



**@cardiorosario** Es válido enviar estos pacientes al cardiólogo intervencionista?



**@mnajenson** Todo paciente con insuficiencia venosa crónica que compromete la extremidad desde su raíz debe ser evaluado por algún especialista vascular, sea cardiólogo o radiólogo intervencionista, cirujano vascular o flebólogo con la idea de descartar obstrucciones de venas centrales o procesos de insuficiencia venosa pelviana (síndrome de congestión pelviana) con puntos de fuga extrapelvianos que justifiquen el cuadro. Deben resolverse primero estas entidades y recién entonces abocarse al tratamiento local. Caso contrario la recidiva es sólo cuestión de tiempo.



**@cardiorosario** Los filtros de Vena Cava se retiran siempre? Es mandatorio esto?



**@mnajenson** Los filtros de vena cava inferior son en la actualidad removibles en prácticamente la totalidad de los modelos. Si bien se los puede dejar como permanentes en casos seleccionados de pacientes con condiciones irreversibles y corta expectativa de vida; se recomienda intentar retirarlos siempre. Su persistencia se encuentra asociada a mayor incidencia de retrombosis y otras complicaciones como perforaciones vasculares y/o viscerales.



**@cardiorosario** Hasta cuándo se anticoagulan los pacientes con TVP?



**@mnajenson** La duración de la anticoagulación en TVP depende del factor desencadenante de la misma. Si se trata de una causa transitoria podrá extenderse por un mínimo de tres meses, serán seis en casos idiopáticos e indefinida en casos de factores desencadenantes irreversibles. Nuevamente quisiera destacar nuestro rol en casos de pacientes sin causa transitoria detectable. El foco habitual en estos casos es descartar trombofilia a cargo de hematología y suele dejarse de lado la búsqueda de síndromes obstructivos ilíacos como causa predisponente. No nos olvidemos la enseñanza del Dr. Rulph Virchow con su sintética y contundente tríada de la trombosis compuesta por trombofilia, endotelio y... FLUJO, precisamente el metier de los intervencionistas.