

PERLAS PARA URGENCIÓLOGOS

Tratamiento de la trombosis venosa profunda distal

*Treatment of distal deep vein thrombosis*George Kirkilesis¹, Stavros K. Kakkos¹, Colin Bicknell², Safa Salim³, Kyriaki Kakavia⁴**Fundamento**

El tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) distal (por debajo de la rodilla) no está claramente establecido. Puede tratarse con anticoagulación o vigilarse con un seguimiento estrecho para detectar la progresión a las venas proximales (por encima de la rodilla), que requiere anticoagulación. Los defensores de esta estrategia de seguimiento se basan en el hecho de que la progresión es poco frecuente y la mayoría de las personas pueden evitar las posibles hemorragias y otros efectos adversos de la anticoagulación.

Objetivos

Evaluar los efectos de diferentes intervenciones de tratamiento para pacientes con trombosis venosa profunda (TVP) distal (por debajo de la rodilla).

Métodos de búsqueda

El especialista en información vascular de la Cochrane realizó búsquedas en el Registro Especializado Cochrane Vascular, en las bases de datos CENTRAL, MEDLINE, Embase y CINAHL y en los registros de ensayos clínicos de la Plataforma del Registro Internacional de Ensayos Clínicos de la Organización Mundial de la Salud y de ClinicalTrials.gov hasta el 12 de febrero de 2019. También se realizó una comprobación de referencias para identificar estudios adicionales.

Criterios de selección

Ensayos clínicos aleatorizados (ECA) para el tratamiento de la TVP distal.

Extracción de datos y análisis

Dos autores de la revisión seleccionaron de forma independiente los ensayos y extrajeron los datos. Los desacuerdos se resolvieron mediante discusión. Las medidas de resultado primarias de interés fueron la recurrencia del tromboembolismo venoso (TEV), la TVP y la hemorragia mayor y el seguimiento varió de 3 meses a 2 años. Se realizaron metanálisis con modelos de efectos fijos con razón de riesgos (RR) e intervalos de confianza (IC) del 95%. Se evaluó la certeza de las pruebas mediante GRADE.

Resultados principales

Se identificaron ocho ECA que informaron sobre 1.239 participantes. Cinco ensayos asignaron al azar a los participantes a la anticoagulación durante hasta 3 meses *versus* ninguna anticoagulación. Tres ensayos compararon el tratamiento anticoagulante durante diferentes periodos de tiempo.

Anticoagulante comparado con ninguna intervención o placebo para el tratamiento de la TVP distal

La anticoagulación con un antagonista de la vitamina K (AVK) redujo el riesgo de TEV recurrente durante el seguimiento en comparación con los participantes que no recibieron anticoagulación (RR 0,34; IC 95%: 0,15 a 0,77; 5 estudios, 496 participantes; $I^2 = 3\%$; pruebas de alta certeza), y redujo el riesgo de recurrencia de TVP (RR 0,25; IC 95%: 0,10 a 0,67; 5 estudios, 496 participantes; $I^2 = 0\%$; pruebas de alta certeza). No hubo un efecto claro sobre el riesgo de embolia pulmonar (EP) (RR 0,81; IC 95%: 0,18 a 3,59; 4 estudios, 480 participantes; $I^2 = 0\%$; pruebas de baja certeza). Hubo poca o ninguna diferencia en la hemorragia mayor con la anticoagulación en comparación con el placebo (RR 0,76; IC 95%: 0,13 a 4,62; 4 estudios, 480 participantes; $I^2 = 26\%$; pruebas de baja certeza). Hubo un aumento de los eventos hemorrágicos no graves clínicamente relevantes en el grupo tratado con anticoagulantes (RR 3,34; IC 95%: 1,07 a 10,46; 2 estudios, 322 participantes; $I^2 = 0\%$; pruebas de alta certeza). Hubo una muerte, no relacionada con la EP o la hemorragia mayor, en el grupo de anticoagulación.

Anticoagulación durante 3 meses o más en comparación con la anticoagulación durante 6 semanas para el tratamiento de la TVP distal

Tres ECA de 736 participantes compararon 3 o más meses de anticoagulación con 6 semanas de anticoagulación. La anticoagulación con un AVK durante 3 meses o más redujo la incidencia de TEV recurrente al 5,8% en comparación con el 13,9% en los participantes tratados durante 6 semanas (RR 0,42; IC 95%: 0,26 a 0,68; 3 estudios, 736 participantes; $I^2 = 50\%$; evidencia de alta certeza).

Filiación de los autores: ¹Department of Vascular Surgery, University of Patras Medical School, Patras, Grecia. ²Department of Vascular Surgery, Imperial College London, Londres, RU. ³Transplant Department, Imperial College Healthcare NHS Trust, Londres, RU. ⁴Department of Surgery, Laiko Hospital, National and Kapodistrian University of Athens, Atenas, Grecia.
Autor para correspondencia: George Kirkilesis, Department of Vascular Surgery, University of Patras Medical School, Hippocrates Ave, Rio, Patras, Achaia, 26504, Grecia.
Correo electrónico: geokirkilesis@yahoo.gr

Información del artículo: Esta sección reproduce artículos previamente publicados por Cochrane Database of Systematic Reviews y se realiza en coordinación con Patricia Jabre, Sebastien Beroud, Julie Dumouchel, Virginie-Eve Lvovschi, Kirk Magee, Daniel Meyran, Nordiné Nekhilli y Youri Yordanov del grupo Cochrane Pre-hospital and Emergency Care. El artículo corresponde a la traducción al español por parte del equipo editorial de EMERGENCIAS de una parte del artículo publicado en Cochrane Database of Systematic Reviews, número 4, 2020. Art. No.: CD013422. DOI: 10.1002/14651858.CD013422.pub2. (ver <https://www.cochranelibrary.com/> para mayor información). Las revisiones Cochrane se actualizan regularmente a medida que aparece nueva evidencia y en respuesta a solicitudes, por lo que Cochrane Database of Systematic Reviews debe consultarse para obtener la versión más reciente de la revisión.
Editor responsable: Oscar Miró.

También se redujo el riesgo de recurrencia de TVP (RR 0,32; IC 95%: 0,16 a 0,64; 2 estudios, 389 participantes; $I^2 = 48\%$; evidencia de alta certeza), pero probablemente hubo poca o ninguna diferencia en la EP (RR 1,05; IC 95%: 0,19 a 5,88; 2 estudios, 389 participantes; $I^2 = 0\%$; evidencia de baja certeza). No hubo diferencias claras en los eventos de hemorragia grave (RR 3,42; IC 95%: 0,36 a 32,35; 2 estudios, 389 participantes; $I^2 = 0\%$; pruebas de baja certeza) o eventos de hemorragia no grave clínicamente relevantes (RR 1,76; IC 95%: 0,90 a 3,42; 2 estudios, 389 participantes; $I^2 = 1\%$; pruebas de baja certeza) entre 3 meses o más de tratamiento y 6 semanas de tratamiento. No hubo informes sobre la mortalidad general o la EP y las muertes relacionadas con hemorragias mayores.

Conclusión de los autores

Esta revisión encontró un beneficio para las personas con TVP distal tratadas con tratamiento anticoagulante con AVK con poca o ninguna diferencia en los eventos de hemorragia grave, aunque hubo un aumento de la hemorragia no grave clínicamente relevante en comparación con ninguna intervención o placebo. La limitada cantidad de participantes en este metanálisis y la solidez de las pruebas hacen un llamamiento para que se realicen más investigaciones sobre el tratamiento de la TVP distal. Se requieren ECA que comparen diferentes tratamientos y diferentes periodos de tratamiento con placebo o terapia de compresión.

Resumen simplificado

Título: Tratamiento de la trombosis venosa profunda por debajo de la rodilla

Fundamento. El tromboembolismo venoso (TEV) es una afección en la que se forma un coágulo de sangre en una vena, normalmente en las venas profundas de las piernas o la pelvis. Esto se conoce como trombosis venosa profunda (TVP). El coágulo puede desprenderse y desplazarse por la sangre, en particular hasta las arterias pulmonares. Esto se conoce como embolia pulmonar (EP). El término TEV incluye tanto la TVP como la EP. La TVP distal (también conocida como TVP distal aislada, TVP en la pantorrilla o TVP por debajo de la rodilla) se produce cuando el coágulo de sangre se desarrolla dentro de las venas de la pierna (por debajo de la rodilla). La extensión del coágulo en las venas proximales (por encima de la rodilla) y la migración de un coágulo a los pulmones (EP) son las complicaciones más comunes. El mejor tratamiento de la TVP distal no está claramente establecido. La TVP distal puede tratarse con anticoagulación (medicamentos que ayudan a prevenir los coágulos), con o sin el uso adicional de medias de compresión, o bien no se puede administrar ningún medicamento y se puede realizar un seguimiento con ecografías repetidas para ver si los coágulos crecen, lo que requiere anticoagulación. El principal efecto secundario de la medicación anticoagulante es el aumento del riesgo de hemorragia.

Características del estudio y resultados clave. Se identificaron ocho ensayos clínicos aleatorizados (estudios clínicos en los que las personas son asignadas al azar en uno de dos o más grupos de tratamiento) que informaron sobre 1.239 participantes. Cinco de estos ensayos asignaron aleatoriamente a los participantes a la anticoagulación durante un máximo de 3 meses en comparación con ninguna anticoagulación. Tres ensayos compararon el tratamiento anticoagulante durante diferentes periodos de tiempo. La revisión demostró que en los participantes con TVP distal, en comparación con ninguna anticoagulación o placebo (tratamiento ficticio), la anticoagulación reduce el riesgo de recurrencia de TEV. Hubo resultados similares para la recurrencia de la TVP, mientras que no hubo un efecto claro sobre el riesgo de EP. Este beneficio se observó a expensas de un aumento de las hemorragias no graves clínicamente relevantes, pero no de las graves. En una comparación directa de la duración del tratamiento, la anticoagulación durante 3 meses o más fue superior a un tratamiento más corto de hasta 6 semanas, mostrando una reducción del riesgo de recurrencia de TEV y TVP sin una diferencia clara en las hemorragias mayores y las hemorragias no mayores clínicamente relevantes.

Certeza de la evidencia. Para la comparación anticoagulación *versus* no anticoagulación o placebo, la fiabilidad de la evidencia fue alta para la recurrencia de TEV, TVP y hemorragia no grave clínicamente relevante, y baja para EP y hemorragia grave. Para la comparación anticoagulación durante 3 meses o más *versus* 6 semanas, la fiabilidad de la evidencia fue alta para la recurrencia de TEV y TVP; y baja para EP, hemorragia mayor y hemorragia no mayor clínicamente relevante. La fiabilidad de la evidencia se redujo debido a la variación (o imprecisión) de los resultados debida a una pequeña cantidad de eventos.

Conclusión. Esta revisión encontró un beneficio para las personas con TVP distal tratadas con tratamiento anticoagulante con poca o ninguna diferencia clara en los eventos de hemorragia grave, aunque hubo un aumento de la hemorragia no grave clínicamente relevante en comparación con ningún tratamiento o placebo. La limitada cantidad de participantes en este metanálisis y la fuerza de las pruebas sugieren que se necesita más investigación con respecto al tratamiento de la TVP distal. Se requieren ensayos clínicos aleatorizados que comparen diferentes tratamientos y diferentes periodos de tratamiento con placebo o terapia de compresión.