

EMBOLIA PULMONAR AGUDA Y CONTRAINDICACION PARA EL USO DE ANTICOAGULANTES

FILTRO CAVA : ¿ a quién, cuando y durante
cuanto tiempo ?

Primer caso clínico.

- FP: 69 años, SF.
- Fecha de ingreso: 16/05 por Emergencia.
- AP: Obesa. HTA. DM tipo 2 insulino requiriente. ACV hace 2 años sin secuelas. Artrosis de rodilla.
- MC: Hematemesis.
- EA: Vómitos de sangre roja con coágulos en 2 oportunidades. No repercusión hemodinámica, ni síndrome funcional anémico. No dolor abdominal. No evidencia de otros sangrados mucosos o viscerales.

Historia Clínica

- AEA: Ingesta de AINES diaria por osteoartritis.
- EF : Vigil , eupneica. PyM: Palidez cutáneo mucosa. Sin lesiones hemorragíparas.

CV: RR 100 cpm, ruidos normales sin soplos. No IY ni RHY. PA 140/80.

PP: MAV conservado bilateralmente sin estertores.

ABD: globuloso, depresible, indoloro.

Resto del examen sin alteraciones.

Historia Clínica

- PARACLÍNICA: Hb 6,8 normo- normo. Plaquetas normales, sin leucocitosis. TP 82%.
- RxTx: Cardiomegalia. Campos pulmonares normales.
- FGC al ingreso: sangrado activo con abundantes coágulos. No se evidencia lesión causante del sangrado.
- Se transfunden 2 volúmenes GR.

EVOLUCIÓN

- Instala disnea brusca con insuficiencia respiratoria sin repercusión hemodinámica. Sin otra sintomatología. En apirexia. Sin falla cardíaca.
- ECG: RS 80 cpm. Bloqueo rama derecha. Patrón SI, Q3, T3.

Evolución

- Angio TC: leve aumento de tamaño de tronco y ramas principales de arteria pulmonar. Defecto de relleno compatibles con trombos de naturaleza aguda en ramas segmentarias de la arteria pulmonar derecha





Evolución

- ECOTT: FEVI normal. Dilatación de cavidades derechas sin disfunción ventricular derecha. No se puede estimar PSAP.
- Eco doppler venoso MMII: sin evidencia de TVP
- Angio TC en tiempo venoso sin evidencia de trombosis cava ni venas ilíacas.

EVOLUCIÓN

Repite hematemesis con repercusión hematemétrica.

FGC: dos úlceras gástricas en curvatura mayor con evidencia de sangrado activo. Se realiza inyectoterapia.

Nueva transfusión de GR.

EVOLUCIÓN

- EN SUMA:
- 69 años
- FRCV
- Consumidora de AINES
- HDA por ulcus gástrico.
- TEP agudo en la evolución.

Segundo caso. Historia clínica

- FP: 73 años, SF.
- FIHC: 01 /06 por Emergencia.
- AP: HTA, dislipémica, cardiopatía hipertensiva, FAC antiaagregada.
- MC: disnea. Fatigabilidad.
- EA: síndrome funcional anémico 15 días previos al ingreso. Melenas intermitentes desde hace 1 mes, último episodio hace 48 hs. No otros sangrados mucosos ni viscerales.
- AEA: Alteración del TDB de 6 meses de evolución. Repercusión general.

Historia clínica

EF: GCS 15, adelgazada. PyM: Hipocoloreadas, sin lesiones.

CV: RI 75 cpm, ruidos normales, sin soplos. No IY ni RHY.

PP: MAV conservado bilateralmente sin estertores.

ABD: excavado. Distensible, indoloro. Sin tumoraciones ni visceromegalias.

Resto de examen sin particularidades.

Historia clínica

- ❑ PARACLÍNICA: Hb 8,3 hipocrómica-microcítica. Plaquetas normales, sin leucocitosis. TP 71%
Hipoalbuminemia 2,9.
- ❑ FGC: mucosa antral congestiva, sin otras lesiones ni sangrado activo.
- ❑ Ecografía abdominal: en topografía de colon ascendente impresiona engrosamiento parietal.

Evolución

- Ingresa a piso de cirugía para estudio por probable Neoplasma de colon.
- 06/06 instala disnea progresiva, tos y dolor pleurítico base htx izquierdo. Sin fiebre ni leucocitosis. No edema asimétrico en MMII.

Evolución

- EF al ingreso a sala: GCS 15, polipneica. CV: RI 78 cpm, no IY ni RHY. PP: estertores secos difusos, crepitantes en ambas bases a predominio izquierdo.
- ECG: Ausencia de onda P, frecuencia ventricular de 100 cpm, desviación eje a derecha. Trastornos inespecíficos de repolarización.

RxTx



Evolución.

- Angio TC de Tx: defecto de perfusión a nivel de ramas segmentarias de ambas arterias pulmonares compatible con TEP bilateral.
- Ecocardiograma TT: VI dilatado. FEVI 30%. Disfunción sistólica VD. Sin IT por lo que no se registra PSAP.
- Eco doppler venoso de MMI sin evidencia de TVP.

Angio TC



Evolución

- EN SUMA:
- 73 años
- Cardiopatía HTA, FAC antiagregada.
- Hemorragia digestiva. Probable neoplasma de colon.
- TEP agudo bilateral.

Dificultades

□ Embolia pulmonar

- Embolia pulmonar confirmada por angiotac
- Hemorragia en curso.
- Contraindicación temporal para anticoagulación
- Sin foco demostrable en el Doppler venoso Riesgo de recurrencia ?

Cuestionamientos

- Embolia pulmonar confirmada?
- Angiografía por TCMD :
 - Sensibilidad 83%
 - Especificidad 96%
 - Valor predictivo positivo 92 a 96% en pacientes con probabilidad clínica intermedia o alta. (PIOPED II)

Cuestionamientos

□ Indicación de anticoagulación?

□ CHEST 2012

In patients with acute PE, we recommend initial treatment with parenteral anticoagulation (LMWH, fondaparinux, IV UFH, or SCUFH) over no such initial treatment (Grade 1B)

© 2012 American College of Chest Physicians

Cuestionamientos

- Existen contraindicaciones para anticoagulación?

Diátesis hemorrágicas congénitas o adquiridas.

Procesos hemorrágicos en curso

ulcus gastroduodenal sangrante

neoplasia ulcerada

hemorragia intracraneal.

Cuestionamientos

- Foco emboligeno evidente?
- 90% de los TEP se origina a partir de TVP.
- Eco Doppler venoso MMII
 - Sensibilidad mayor al 90%
 - Especificidad 95%

Cuestionamientos

- Indicación de Filtro Cava?
- CHEST 2012

In patients with acute PE and contraindication to anticoagulation, we recommend the use of an IVC filter (Grade 1B)

© 2012 American College of Chest Physicians

- No hay estudios clínicos randomizados.
- Estudio PEPRIC: Filtro cava + anticoagulación.

- *Inferior Vena Caval Procedures*
- 3.1. We recommend placement of an inferior vena
- caval filter when there is a contraindication or complication
- of anticoagulant therapy in an individual
- with or at high risk for proximal vein thrombosis or
- PE (grade 1C1). We also recommend placement of
- an inferior vena caval filter for recurrent thromboembolism
- that occurs despite adequate anticoagulation,
- for chronic recurrent embolism with pulmonary
- hypertension, and with the concurrent performance
- of surgical pulmonary embolectomy or pulmonary
- thromboendarterectomy (grade 1C).