

Diagnóstico de la enfermedad tromboembólica en el embarazo

Dra. Andrea Díaz

Julio 2003

Importancia del tema

La enfermedad tromboembólica venosa es una causa importante de morbimortalidad materno-fetal en el embarazo y puerperio y se puede prevenir si se toman las precauciones necesarias.

El riesgo de trombosis íleo-femoral aumenta 6 veces en el embarazo siendo mayor en el tercer trimestre y 20 veces en el puerperio

Factores de riesgo

Los factores de riesgo para desarrollar una enfermedad tromboembólica son los mismos que los de cualquier paciente no embarazada a los que se le suman algunos otros: la edad avanzada, la obesidad, el tabaquismo, las dislipemias, el reposo prolongado frecuente en algunos embarazos, la presencia de varices, la cesárea y la presencia de trombofilia congénita o adquirida. El despistaje de la presencia de factores de riesgo asociados nos permiten tomar las precauciones necesarias en cada caso.

Cambios fisiológicos

Fisiológicamente durante el embarazo se producen cambios que predisponen a la trombosis como son: el aumento de los factores de la coagulación XII, X, IX, VIII y VII, el aumento del fibrinógeno, el aumento del PAI2 y la disminución del t-PA lo que lleva a una hipofibrinólisis y una disminución del inhibidor fisiológico de la coagulación: la proteína S.

La suma de todos estos factores lleva a un estado de hipercoagulabilidad fisiológico durante el embarazo y si a esto le sumamos otros factores de riesgo entonces el riesgo de desarrollar una enfermedad tromboembólica durante el embarazo se ve aumentado.

Objetivos

Nuestro objetivo es el realizar un diagnóstico precoz de la enfermedad tromboembólica venosa ya sea: la trombosis venosa profunda o el tromboembolismo pulmonar dado que la temprana intervención terapéutica puede prevenir serias complicaciones materno-fetales incluida la muerte.

Diagnóstico de la TVP

Topografía:

Predomina la trombosis del sistema venoso profundo distal o la ileo-femoral y en el miembro inferior izquierdo, esto es debido a que anatómicamente a izquierda la arteria femoral pasa por encima de la vena y a medida que transcurre el embarazo el útero

presenta una lateralización a izquierda por lo que existe una mayor presión sobre dicho lado.

Exámenes a solicitar:

1-Dímeros - D: Tiene valor cuando la determinación se realiza por técnica de ELISA por lo que siempre debe solicitarse la determinación mediante esta técnica. Normalmente los mismos aumentan durante el embarazo llegando a duplicarse al final del mismo por lo que solamente tiene valor diagnóstico el aumento brusco de los valores o un aumento progresivo por encima del considerado como normal para la edad gestacional. En pacientes que a priori sabemos que tienen un riesgo aumentado de padecer una enfermedad tromboembólica durante el embarazo (ej: pacientes con trombofilias congénitas o adquiridas) el seguimiento de las mismas se realiza entre otras cosas con los dímeros-D por ELISA y cuando estos presentan un aumento brusco o se encuentran por encima de lo esperado para la edad gestacional no tenemos dudas que hay una activación de la coagulación y debemos actuar en consecuencia.

2-Eco-Doppler venoso de miembros inferiores: Es un método no invasivo y es muy útil en la TVP proximal pero es poco sensible para las TVP del sector distal. Durante el tercer trimestre del embarazo es preferible realizarlo en decúbito lateral para aumentar la sensibilidad del estudio.

La presencia de un resultado negativo no descarta la presencia de una TVP y si la clínica es muy sugestiva de la misma se debe repetir a los 7 días para confirmar la misma.

3-Pletismografía de impedancia: La pletismografía de impedancia es un método sensible y específico para las TVP del sector proximal, es poco sensible para la TVP del sector distal. Además la compresión por el útero grávido puede ocasionar falsos positivos.

4-Fibrinógeno marcado con I 125: Esta técnica está contraindicada en el embarazo así como en la lactancia.

5-Venografía: La venografía es un método invasivo que puede exponer tanto a la madre como al feto a complicaciones por la exposición a las radiaciones. En la medida que sea posible es una técnica que es mejor evitarla.

6-Resonancia Magnética: Es un método no invasivo y que no utiliza radiaciones ionizantes pero de todas maneras es recomendado no usarlo durante el primer trimestre del embarazo. Su sensibilidad es mayor para las TVP proximales.

Diagnóstico del TEP

1-Gasometría Arterial: Las alteraciones encontradas son las mismas que en una paciente con un TEP que no cursa una gravidez: hipoxemia con hipocapnia. La misma no es específica de TEP ya que estas mismas alteraciones pueden verse en otras patologías, lo que sí es importante tener en cuenta es que durante el tercer trimestre del embarazo fisiológicamente la PaO₂ disminuye hasta 15mmHg del valor normal por lo que hay que tener presente esta disminución al hablar de hipoxemia durante el tercer trimestre del embarazo.

2-Electrocardiograma: Las alteraciones halladas son similares a las encontrados en el TEP fuera de la gravidez y son inespecíficas. Se pueden encontrar alteraciones del segmento ST y de la onda T, o la clásica tríada S1Q3T3

3-Centellograma de ventilación-perfusión: Es un método sensible en el diagnóstico de TEP y además es de bajo riesgo para el feto ya que no expone al feto a más de 0,01cGy que desde el punto de vista teratogénico es insignificante su dosis por lo que es el método de elección para el diagnóstico de TEP en la embarazada.

4-Angiografía: Es la técnica diagnóstica más sensible y específica. El riesgo de exposición a la irradiación es bajo (0,005rad) pero tiene una morbilidad del 1-5% y una mortalidad por la técnica del 0,5% por lo que este estudio se realiza en casos muy seleccionados.

Importancia del diagnóstico de la enfermedad tromboembólica en el embarazo

¿Porque es fundamental llegar a un diagnóstico certero de enfermedad tromboembólica en el embarazo?

- **Porque condicionará un tratamiento anticoagulante durante el embarazo y puerperio el cual no está exento de riesgos tanto para el feto como para la madre.**
- **Porque potencialmente hará necesario el tratamiento profiláctico durante posteriores embarazos**
- **Porque condicionará el uso futuro de anticonceptivos orales así como el tratamiento de sustitución hormonal**

Bibliografía consultada

- 1- Togliá MR, and Nolan TE., Venous thromboembolism during pregnancy: A current review of diagnosis and management, 1996, Obstetrical and Gynecological Survey, Vol 52, N°1;60-69
- 2- Douketis JD, Ginsberg JS., Diagnostic problems with venous thromboembolic disease in pregnancy, Haemostasis 1995 Jan-Apr; 25(1-2):58-71
- 3- McColl MD, Ramsay JE et al., Risk factors for pregnancy associated venous thromboembolism, Thromb Haemost 1997 Oct; 78(4): 1183-8
- 4- Nagayama M, Watanabe Y et al ., Fast MR imaging in obstetrics. Radiographics 2002 May-Jun;22(3):563-80
- 5- Burns MM, Emerging concepts in the diagnosis and management of venous thromboembolism during pregnancy. J Thromb Thrombolysis 2000 Aug;10(1):59-68
- 6- Chan WS, Ginsberg JS, Diagnosis of deep vein thrombosis and pulmonary embolism in pregnancy, Thromb Res 2002 Aug 15;107(3-4):85-91
- 7- Togliá MR, Weg JG., Current Concepts: Venous Thromboembolism during pregnancy, N Engl J Med, Vol 335(2).July 11, 1996.108-114
- 8- Mateo J, Santamaría A, et al ., Trombosis e hipercoagulabilidad, 2001 Sans Sabrafen , Hematología Clínica 4º edición, 37;675-686
- 9- Rutherford S, et al Thromboembolic disease associated with pregnancy: an 11-year review. Am J Obstet Gynecol 1991; 164:Suppl:286.abstract.