

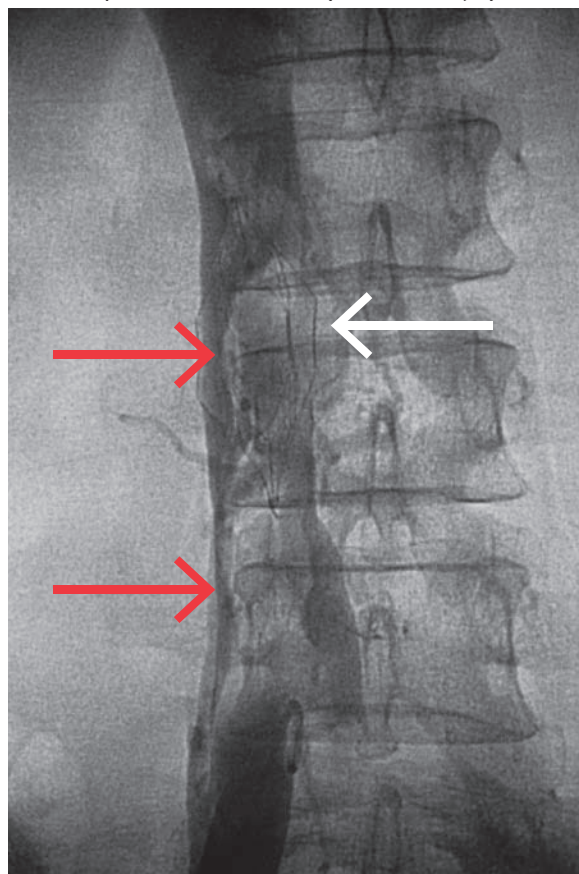
Trombo en vena cava inferior. Utilidad del filtro percutáneo

Jorge G. Allín¹, Gustavo Leiva¹, Guillermo Migliaro¹, José A. Álvarez¹

Paciente de sexo masculino de 58 años, que cursando su posquirúrgico de meningioma frontal izquierdo evoluciona con trombosis venosa profunda (TVP) del miembro inferior izquierdo. Por contraindicación para anticoagulación (AC) (riesgo de hemorragia intracerebral incrementado), se decide implantar un filtro removible en la vena cava inferior (VCI), previa flebografía del eje venoso iliofemoral derecho y cavografía, para descartar trombos endoluminales. A las dos semanas del implante y con la posibilidad de iniciar el tratamiento AC se decide la extracción del filtro. En la cavografía realizada inmediatamente antes de este procedimiento se observan múltiples imágenes lacunares radiolúcidas en la VCI y en el interior del filtro, compatibles con trombos endoluminales, por lo que se decide mantener el filtro en posición en forma permanente (**Figura 1**).

La TVP es frecuente de observar en pacientes críticos. La prevalencia de esta patología en el posquirúrgico de una neurocirugía puede llegar al 22-34% en los pacientes que no reciben profilaxis, y hasta el 6-13% en los pacientes que sí la reciben.^{1,2} Entre los mecanismos fisiopatológicos que producen la formación del trombo endoluminal, interactúan el daño en la pared de vaso, las alteraciones en el flujo sanguíneo y la hipercoagulabilidad sanguínea, elementos ya descritos por Virchow en el año 1856. El tratamiento anticoagulante es el tratamiento de elección en la TVP (**Grado 1A**).³ Sin embargo, existen condiciones clínicas que imposibilitan temporalmente el uso de la AC, para lo cual estaría indicado utilizar filtros percutáneos removibles en vena cava inferior, para disminuir así el ries-

Figura 1. Cavografía posimplante (30 días). Obsérvese el filtro en vena cava inferior (**flecha blanca**) con los múltiples trombos en su interior y en la vena cava inferior (**flechas naranjas**).



go de tromboembolismo pulmonar en esos pacientes hasta que se pueda reiniciar la anticoagulación (**Grado 1C**).³

Bibliografía

1. Taniguchi S, Fukuda I, Daitoku K, Minakawa M, Odagiri S, Suzuki Y, Fukui K, Asano K, Ohkuma H. Prevalence of venous thromboembolism in neurosurgical patients. *Heart Vessels* 2009;24(6):425-428.
2. Attia J, Ray JG, Cook DJ, Douketis J, Ginsberg JS, Geerts WH. Deep vein thrombosis and its prevention in critically ill adults. *Arch Intern Med* 2001;161(10):1268-1279.
3. Kearon C, Kahn SR, Agnelli G, Goldhaber S, Raskob GE, Comerota AJ. Antithrombotic therapy for venous thromboembolic disease: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest* 2008;133(6 Suppl):454S-545S.

