HEMATOMA RETROPERITONEAL TRAS TRATAMIENTO CON ACTIVADOR TISULAR RECOMBINANTE DEL PLASMINÓGENO EN LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

F. González Lorenzo, S.Díaz Lobato, M.A. Gómez Mendieta.

Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Sr Director:

La hemorragia es la complicación más frecuente del tratamiento trombolítico y lo que limita la aceptación de esta terapéutica en la práctica clínica. Las hemorragias se clasifican en menores y mayores. Las hemorragias mayores comprenden la hemorragia intracraneal, que ocurre aproximadamente en el 1% de los pacientes tratados con fibrinolíticos, y aquellas otras que amenazan la vida o requieren transfusión, como puede ser el hematoma retroperitoneal. El retroperitoneo es un espacio que puede convertirse en el reservorio de una gran cantidad de sangre, lo que da lugar a la ausencia de sintomatología clínica hasta que aparece un cuadro de hipovolemia. Por otro lado, debido a sus relaciones anatómicas, da síntomas clínicos debidos a las complicaciones locales, como es la neuropatía femoral. Cuando se sospecha, la ecografía y la tomografía axial computarizada (TAC) permiten llegar al diagnóstico[1]. El hematoma retroperitoneal, como complicación del tratamiento fibrinolítico, se ha descrito más frecuentemente en el tratamiento del infarto agudo de miocardio (IAM), en el que el uso concomitante de la anticoagulación aumenta el riesgo hemorrágico[2,3]. En la enfermedad tromboembólica venosa (ETV) esta complicación es excepcional.

Presentamos el caso de una mujer diagnosticada de una ETV que, tras ser tratada con activador tisular del plasminógeno (rt-PA) seguido de un bolo de heparina, presentó un hematoma retroperitoneal como complicación hemorrágica inusual.

Mujer de 63 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), y herniorrafia inguinal bilateral previa. Quince días después de una herniorrafia inguinal derecha, la paciente presentó disnea y dolor, con empastamiento, del miembro inferior izquierdo. El hemograma y el resto de los datos analíticos fueron normales. La hemostasia no presentó alteraciones. La gasometría arterial mostró: pH 7,43, PaO_2 75 mmHg, y $PaCO_2$ 32 mmHg. Ante la sospecha de una ETV se practicó una gammagrafía de perfusión, que fue informada como de probabilidad media de embolismo pulmonar. En la flebografía se demostró una trombosis venosa profunda (TVP) a nivel distal. Se inició tratamiento anticoagulante con heparina sódica. Cinco días después de comenzar el tratamiento, presentó un deterioro clínico y un progreso de la TVP hacia el territorio proximal. Se procedió a la suspensión de la heparina y se realizó una fibrinolisis con rt-PA, 100 mgr a pasar en 2 horas. Una vez normalizados los parámetros de coagulación se restableció el tratamiento con heparina, con un bolo de 5.000 unidades seguido de una perfusión de heparina de 35.000 unidades en 24 horas. Cuatro días más tarde, presentó dolor a la dorxiflexión coxo-femoral izquierda, que se irradiaba a la cara anterolateral del muslo, y empastamiento en el hemiabdomen izquierdo. Dado el antecedente del tratamiento fibrinolítico se practicó una ecografía y una TAC abdominal, con lo que se estableció el diagnóstico de he-

NEUMOSUR 200; 12, 2: 135-136

Correspondencia:
Dr. FernardoGonzález Lorenzo
C/ Pablo Luna nº 6, 4º E
28046 Madrid.

matoma retroperitoneal grave en distintos estadios evolutivos, que desplazaba el riñón izquierdo y la vejiga (fig.1). La paciente precisó de una transfusión sanguínea tras objetivarse una hemoglobina de 6 g/dl. Se suspendió la anticoagulación y se colocó un filtro de cava, vía femoral derecha. Dada la estabilización posterior de la paciente, se decidió tratamiento conservador.

Fig 1 TAC abdominal en el que se observa un hematoma retroperitoneal en distintos estadios evolutivos

El tratamiento anticoagulante con heparina y anticoagulantes orales es el tratamiento más común de la TVP. El uso de los agentes trombolíticos queda restringido al 15%-20% de los casos. La fibrinolisis está indicada en el caso de trombosis sintomática y/o progreso hacia zonas proximales a pesar del tratamiento anticoagulante, como fue el caso de nuestra paciente.Los ensayos clínicos con rt-PA han demostrado un alto grado de eficacia y de seguridad. Una sola dosis de rt-PA de 100 mgr en perfusión durante dos horas ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de la ETV[4].

En el tratamiento del IAM, el uso simultáneo de la heparina con el tratamiento fibrinolítico ó el iniciar la heparinización con una dosis de carga de heparina, tras la fibrinolisis, es una práctica común. En contraposición con esta práctica, en la ETV se recomienda una dosis continua de 1000 unidades/hora, no precedida de bolo, ajustándose posteriormente la dosis para mantener el tiempo de tromboplastina parcial activada a 1,5 -2 veces el control, con el fin de prevenir la retrombosis y la propagación del trombo[5]. En nuestra paciente el uso de un bolo de heparina después de la fibrinolisis pudo conllevar un aumento del riesgo hemorrágico, que se tradujo en la aparición de un hematoma retroperitoneal.

BIBLIOGRAFÍA

1. González Lorenzo F, Díaz Lobato S, Mayoralas Alises MS. Hematoma de los rectos anteriores simulando un abdomen agudo. Rev Esp Geriatr Gerontol 1999;34:55-56.
2. Rich MW. Rt-PA: Is it worth the price? Am Heart J 1987;114:1259-1261.
3. Topol EJ, Califf RM, George BS. A randomized trial of inmediate versus delayed elective angioplasty after intravenous tissue plasminogen activator in acute myocardial infarction. N Engl J Med 1987;317:581-588.
4. Goldhaber SZ, Kessler CM, Heit J, Markis J, Sharma GV, Dawley D et al. Randomized controlled trial of recombinant tissue plasminogen activator versus urokinase in the treatment of acute pulmonary embolism. Lancet 1988;2:293-298.
5. Goldhaber SZ. Contemporary pulmonary embolism trombolysis. Chest 1995;107:45S-51S.