

Uso y pronóstico en trauma de filtros removibles en vena cava inferior. *Karmy-Jones R, Jurkovich GJ, Velmahos GC et al. J. Trauma 2007;62:17-25*

En Trauma, la Trombosis Venosa Profunda (TVP) es muy frecuente. Ocurre en 58% de pacientes que no reciben Tromboprofilaxis, y desciende a 27% cuando sí la reciben. El mecanismo etiopatogénico de TVP es el tradicional, pero en este escenario puede agregarse una eventual lesión vascular. Pasadas las primeras 24 horas de ocurrido el accidente, la Embolia Pulmonar (EP) constituye la tercera causa de muerte en Trauma. Hay sujetos que no son adecuados para recibir Profilaxis Tromboembólica (PTE), otros cuya patología y momento de enfermedad no admite anticoagulación plena o simplemente fracasa el tratamiento. En estos grupos de pacientes se considera la instalación de un Filtro en Vena Cava Inferior (FVCI). Tradicionalmente, se usaba FVCI fijos. Ellos no están exentos de complicaciones inmediatas (perforación, migración), y tardías (oclusión de VCI, TVP recurrentes, etc.). Es por ello que se ha diseñado e incorporado una nueva variedad, igualmente eficiente: el FVCI-R de tipo transitorio y removible, acto que se realiza una vez superado el riesgo y motivo de la inserción.

Patrocinado por la American Association for the Surgery of Trauma, los AA, coordinaron un Estudio Multicéntrico retrospectivo de FVCI-R, insertos en

21 Centros de Estados Unidos, durante el año 2004, y con un seguimiento de 12 meses. Los parámetros a evaluar, consistieron en complicaciones: migración del Filtro, Embolia Pulmonar, oclusión clínicamente sintomática de la VCI y dificultades técnicas para recuperar el Filtro.

La casuística comprende 446 pacientes, a los que se les insertó un FVCI-R. De ellos 69% eran de sexo masculino y 92% habían sufrido un trauma contuso. En el 76% la inserción del FVCI-R fue considerada profiláctica. El 79% de los procedimientos fue ejecutado por Radiólogo Intervencionista. En 152 casos se usó el *Gunter-Tulip*, en 224 el *Recovery* y en 37 pacientes el *Optease*. El dispositivo se instaló entre los 6 y 8 días del ingreso hospitalario, y se retiró 50 a 61 días después. En el 51% de los casos el seguimiento se extendió entre 4,3 y 5,7 meses. Sólo fue extraído el 22% de los FVCI-R instalados. En los intentos de rescate, en 10% hubo fracaso atribuible a problemas técnicos (similar en todos los tipos), y a residuos trombóticos en el Filtro. En casos restantes, pacientes inubicables y/o que el Centro donde se instaló no siguió atendiendo al paciente. Hubo 3 casos de migración del filtro, 2 EP y 6 oclusiones sintomáticas de la VCI. La variedad *Optease*, fue responsable de las dos últimas complicaciones enumeradas.

Se concluye que el porcentaje de extracción del FVCI-R fue muy exiguo. También se requiere una mejor estructura y revisión organizativa, para que los pacientes no se pierdan de control.

Dr. Ricardo Sonneborn G.
Hospital del Trabajador
Santiago, Chile.