



Crónicas de autores

La sección incluye estudios relacionados a pedido de SIIC por los mismos autores cuyos correspondientes artículos se citan. Estos trabajos fueron recientemente editados en las revistas biomédicas clasificadas por SIIC Data Bases. Autores prestigiosos que habitualmente escriben en idiomas no hablados en Iberoamérica relatan sus estudios en inglés y SIIC los traduce al castellano.

Los documentos publicados en revistas de lengua inglesa alcanzan una limitada distribución entre los profesionales de América Latina, España y Portugal. Así es como la sección Crónicas de autores selecciona textos de importancia tendiendo un puente de comunicación entre autores y lectores de variados orígenes.

En *siicsalud*, la sección Crónicas de autores publica más información relacionada con los artículos: referencias bibliográficas completas, citas bibliográficas recientes de trabajos en que intervinieron los autores, domicilios de correspondencia, teléfonos, correos electrónicos, direcciones web de la revista en que editaron los artículos de las crónicas, sus citas en Medline y SIIC Data Bases, palabras clave y otros datos.

Tromboembolismo pulmonar. Serie de 50 casos

Gabriel Diego Rifrani Puyade

Sanatorio Parque, Rosario, Argentina



Rifrani Puyade describe para SIIC su artículo editado en *Anuario Fundación Dr. J. R. Villavicencio* (26):52-55, 2018.

La colección en papel de *Anuario Fundación Dr. J. R. Villavicencio* ingresó en la Biblioteca Biomédica SIIC en 2008. Indizada en Latindex y SIIC Data Bases.

www.siicsalud.com/tit/pp_distinguidas.htm
www.siicsalud.com/lmr/ppselecthtm.php

Rosario, Argentina (*especial para SIIC*)

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es el nombre que recibe el enclavamiento de un trombo en las arterias pulmonares, originado en alguna parte del territorio venoso; en el 90% al 95% de los casos se produce en las venas de los miembros inferiores.

La trombosis venosa profunda (TVP) y el TEP constituyen la tercera causa de morbimortalidad cardiovascular luego de la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular. El TEP es una entidad que generalmente se presenta de manera inespecífica, y hasta el 70% de los casos no son diagnosticados.

El TEP y la TVP son dos presentaciones clínicas del tromboembolismo venoso y comparten los mismos factores predisponentes. En la mayoría de los casos, el TEP es una consecuencia de la TVP.

Los factores predisponentes incluyen la edad, el antecedente de tromboembolismo, el cáncer activo, la enfermedad neurológica con paresia de las extremidades, el reposo prolongado en cama, la terapia de reemplazo hormonal y el uso de anticonceptivos orales.

La presentación clínica del TEP incluye disnea, dolor torácico, tos, hemoptisis y síncope, y signos como taquipnea, taquicardia, signos de TVP y fiebre.

A pesar de la escasa sensibilidad y especificidad de los síntomas, su combinación permite discriminar a los pacientes con sospecha de TEP en categorías de probabilidad clínica. La más usada es el puntaje de Wells e incluye factores predisponentes, síntomas, signos y juicio clínico, y les asigna un puntaje para ubicarlo dentro de la probabilidad baja, intermedia o alta.

Las consecuencias del TEP agudo son principalmente hemodinámicas y se hacen aparentes cuando más del 30% al 50% del lecho pulmonar arterial está ocluido por tromboémbolos.

La tomografía computarizada contrastada (TAC) multicorte (*multislice*) es el método utilizado para evaluar los vasos pulmonares, con una sensibilidad del 83% y una especificidad del 96%.

En el trabajo analizado se incluyeron 50 pacientes con diagnóstico confirmado de TEP evaluados en forma prospectiva entre los años 2012 y 2017 en el Sanatorio Parque de Rosario, y se tuvieron en cuenta: datos filiatorios, sexo, edad, días de internación, comorbilidades, patrón de TEP en el electrocardiograma (ECG) S1Q3T3, dímero D, puntaje de Wells, dilatación de cavidades derechas por ecocardiografía, requerimiento de asistencia respiratoria mecánica, si recibieron tratamiento trombolítico y mortalidad. En todos los pacientes se confirmó el diagnóstico por angiotomografía computarizada de tórax (angio-TAC) con contraste intravenoso.

El promedio de edad fue de 52.5 años (entre 19 y 93 años). El 50% eran varones. El promedio de días de internación fue 6.54 (entre 1 y 36 días). Se diagnosticó la coexistencia de TVP-TEP en un 36%.

Entre las comorbilidades: 14% de los pacientes era inmunodeprimido, 2% tenía insuficiencia renal crónica, 20% presentaba tumor sólido de base, 6% te-

nía diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), 6% presentaba insuficiencia cardíaca, 24% tuvo TVP previamente, 12% tenía diabetes. El 66.66% de las mujeres en edad fértil recibía anti-conceptivos orales.

Se registró el patrón electrocardiográfico de McGinn-White (S1Q3T3) en el 34% de los pacientes. El dímero D se mostró positivo en el 100% de los casos, con valores desde 0.73 hasta 11.6 ng/ml. Respecto del puntaje de Wells, el 24% mostró probabilidad baja de TEP, el 72% tuvo probabilidad moderada y el 12% manifestó alta probabilidad de TEP. Diez pacientes cumplieron con el criterio de inmovilización 3 días seguidos o tuvieron cirugía 4 semanas previas. Se registraron 20 pacientes con dilatación de cavidades derechas por ecocardiografía. Solo el 6% requirió trombolíticos. Cinco pacientes necesitaron asistencia mecánica respiratoria. Entre los marcadores bioquímicos de mal pronóstico debido a sufrimiento miocárdico, se encontraron positivos la troponina T en un

50% y el pro-péptido natriurético cerebral (pro-BNP) en el 44% de los casos. Se registró una mortalidad del 10%.

El análisis de la serie de casos descrita permitió afirmar que el TEP es una urgencia cardiovascular relativamente común. Si bien todos los pacientes tuvieron diagnóstico de certeza por angio-TAC con contraste intravenoso, se intenta destacar que el puntaje de Wells, el dímero D, el patrón de McGinn-White en el ECG y el ecocardiograma Doppler color tienen una positividad variable, por lo que su valor predictivo es discutible.

Se demostró con los datos relevados que un puntaje de Wells con baja probabilidad para TEP y que la falta del patrón electrocardiográfico o de dilatación de cavidades derechas en el ecocardiograma no son sinónimos de ausencia de enfermedad.

Nos parece sumamente importante enfatizar la prevalencia de la enfermedad para tener la sospecha clínica a la hora del diagnóstico.

Conexiones temáticas

