



Fibrinólisis y fragmentación mecánica en la embolia pulmonar masiva

Sr. Director: Recientemente ha sido publicado en su revista un extraordinario trabajo sobre el tratamiento de la tromboembolia masiva¹, que incide de manera significativa en las controversias actuales sobre esta enfermedad. Nos gustaría realizar una serie de reflexiones. Bajo el epígrafe de “pacientes y métodos” se incluyen el síncope y la disnea grave como criterios de inestabilidad hemodinámica. Nuestra práctica clínica y la de otros autores², sin embargo, es la de utilizar fibrinólisis exclusivamente en los casos de shock e hipoperfusión sistémica. Hasta el momento actual no se ha demostrado su beneficio en los pacientes hemodinámicamente estables³, en los que no reduce la mortalidad ni el riesgo de recurrencia (evidencia de tipo I y II), y su posible empleo en los casos de disfunción del ventrículo derecho es enormemente discutido⁴. Tampoco se conoce si su uso en pacientes hemodinámicamente estables reduce el riesgo de hipertensión pulmonar crónica³.

Los limitados datos de la bibliografía en el momento actual no avalan el empleo de fibrinólisis local en el tratamiento del TEP masivo³ (niveles II y V de evidencia). Su utilidad futura podría ser la de la utilización de dosis menores de forma local en pacientes con alto riesgo de hemorragia.

Tampoco creemos que los datos de la bibliografía avalen el empleo de la fragmentación local del trombo⁵. Virtualmente en todas las series publicadas en la bibliografía los pacientes reciben fibrinólisis junto a la fragmentación mecánica, por lo que la eficacia respectiva de cada técnica no puede ser valorada. Incluso desde un punto de vista teórico, la fragmentación de una esfera de 1 cm³ en 1.000 esferas de 1 mm³ transformaría una obstrucción de un área de 1 cm² en una obstrucción de un área de 10 cm², es decir, una oclusión proximal en una distal pero mayor, y con consecuencias hemodinámicas similares, si no peores. La eficacia de la trombólisis aplicada a coágulos menores aún no se ha demostrado. La ausencia de argumentos clínicos o teóricos en favor de la fragmentación mecánica del trombo, su coste y sus posibles complicaciones hacen que esta técnica no pueda ser incluida en el armamento terapéutico de la embolia de pulmón masiva, mientras cuidadosos ensayos clínicos no demuestren su eficacia clínica.

D. Jiménez y G. Díaz
 Servicio de Urgencias.
 Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

1. De Gregorio MA, Gimeno MJ, Alfonso R, Medrano J, Loyola S, Fava M et al. Frag-

mentación mecánica y fibrinólisis intrapulmonar en el tratamiento del tromboembolismo pulmonar masivo con repercusión hemodinámica. Arch Bronconeumol 2001; 37: 58-64.

2. Jerjes-Sánchez C, Ramírez-Rivera A, García L et al. Streptokinase and heparin versus heparin alone in massive pulmonary embolism: a randomized controlled trial. J Thromb Thrombolysis 1995; 2: 227-229.
3. Arcasoy SM, Kreit JW. Thrombolytic therapy of pulmonary embolism. Chest 1999; 115: 1695-1707.
4. Goldhaber SZ, Haire WD, Feldstein ML et al. Alteplase versus heparin in acute pulmonary embolism: randomised trial assessing right-ventricular function and pulmonary perfusion. Lancet 1993; 341: 507-511.
5. Girard P, Simonneau G. Catheter fragmentation of pulmonary emboli. Chest 1999; 115: 1759.