

FIBRINOLISIS GUIADA POR CATÉTER CON UROKINASA COMO ALTERNATIVA A LA CIRUGÍA EN PACIENTES CON ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA PERIFÉRICA

E. Ruiz de Gaona, E. Panizo, R. Lecumberri, P. Rodríguez Otero, R. García Muñoz y J.A. Páramo

Servicio de Hematología y Hemoterapia. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

Introducción: La isquemia aguda en extremidades inferiores es una patología frecuente en pacientes con factores de riesgo vascular que requiere tratamiento quirúrgico urgente en múltiples ocasiones. La perfusión de urokinasa *in situ*, guiada por catéter arterial proximal al trombo, puede ser una opción terapéutica más conservadora que evite la cirugía.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de pacientes consecutivos tratados en nuestro centro con fibrinólisis guiada por catéter intra-arterial por episodio agudo de isquemia arterial periférica, demostrado mediante estudio angiográfico.

Resultados: Entre febrero de 2000 y abril de 2005 14 pacientes (12 hombres y 2 mujeres) con edad media de $67,9 \pm 14,3$ años fueron sometidos a fibrinólisis guiada por catéter intrararterial por isquemia aguda de extremidades inferiores. 7 pacientes presentaban trombosis de *by-pass* femoro-poplíteo, 2 de arteria poplíteo, 2 de *by-pass* femoro-tibial, 1 de arteria femoro-poplíteo, 1 de arteria femoral superficial, 1 de *by-pass* doble iliaco y femoro-poplíteo. Ninguno de los pacientes presentaba una causa embolígena (fibrilación auricular o arritmia cardíaca) como desencadenante del episodio isquémico. La dosis de Urokinasa administrada osciló entre 1×10^6 UI y $2,5 \times 10^6$ UI, con una mediana de $1,55 \times 10^6$ UI, repartidas en una (4 pacientes) o 2 dosis (10 pacientes). Globalmente, se objetivó una lisis completa del trombo en 8 pacientes (57,1%) y parcial en 6 (42,9%). No se observaron complicaciones hemorrágicas importantes, excepto un caso de hemorragia en el punto de entrada del catéter que requirió suspensión de la infusión de Urokinasa. En 10 pacientes (71,4%) la evolución fue favorable no precisando intervención quirúrgica posterior a la fibrinólisis, aunque 2 pacientes requirieron angioplastia. En todos ellos se continuó el tratamiento con perfusión de heparina no fraccionada y posterior solapamiento a anticoagulación oral. Los otros 4 pacientes evolucionaron desfavorablemente requiriendo intervención quirúrgica.

Conclusión: La fibrinólisis intrararterial guiada por catéter proximal al trombo como tratamiento de primera línea de una isquemia arterial periférica no embólica es un método seguro y eficaz, que puede reducir la necesidad de cirugía en estos pacientes.