

# PROBLEMAS TROMBOEMBÓLICOS CAUSADOS POR LAS HORMONAS

MELVIN A. SHIFFMAN, MD, JD

## Introducción

Los anticonceptivos orales (estrógenos) se asocian con riesgo significativo de tromboembolia. El Physicians' Desk Reference advierte a los médicos y a los pacientes sobre este riesgo.<sup>1</sup> "Riesgo de producir coágulos: Los coágulos y el bloqueo de los vasos sanguíneos son los efectos colaterales más graves de los anticonceptivos orales y pueden ser mortales. En especial, un coágulo en las piernas puede causar tromboflebitis y un coágulo que se desplaza a los pulmones puede causar un bloqueo súbito del vaso que transporta la sangre a los pulmones... Si usted toma anticonceptivos orales y se debe someter a una intervención quirúrgica programada o permanecer en cama por una enfermedad prolongada... puede haber riesgo de formación de coágulos sanguíneos. Debe preguntar a su médico si suspende los anticonceptivos orales 3-4 semanas antes de la cirugía, hasta 2 semanas después de ésta o durante el reposo."

A pesar de esta advertencia, muchos cirujanos plásticos siguen ignorando que antes y después de cualquier cirugía estética programada es necesario suspender los anticonceptivos orales y las hormonas administradas en la posmenopausia. Si después de una cirugía estética se produce

tromboflebitis o embolia pulmonar en una paciente a quien no se le advirtió que debía suspender las hormonas, el cirujano se expone a ser demandado por mala praxis. Si alguna lesión se produce por no haber solicitado a la paciente que suspenda las hormonas y lo más probable (probabilidad mayor del 50%) es que la complicación se haya debido a esto, el médico puede ser demandado por negligencia. Esto puede ocurrir incluso si el cirujano advirtió a la paciente sobre la posibilidad de tromboflebitis, embolia pulmonar y muerte y tomó precauciones para prevenir la tromboflebitis.<sup>2</sup> Los cirujanos plásticos olvidan que la cirugía de más de una hora y las pacientes mayores de 40 años ya son riesgos moderados de tromboembolia.<sup>2</sup>

## Discusión

La tromboembolia venosa afecta a 500.000-600.000 personas anualmente en la población general.<sup>3,4</sup> El riesgo es mayor si hay antecedentes de tromboembolia anterior,<sup>5</sup> procedimientos quirúrgicos recientes,<sup>6,7</sup> inmovilización, fractura de una extremidad inferior y cáncer<sup>6,8,9</sup> y en las coagulopatías hereditarias.<sup>10,11</sup> Se sabe que los anticonceptivos orales aumentan el riesgo de tromboembolia<sup>3,4</sup> debido al estrógeno y también que esto depende de la dosis.<sup>6,7</sup> En el pasado se ha comunicado que los estrógenos a dosis

bajas no causan tromboembolia,<sup>12</sup> pero más recientemente se ha mostrado que el tratamiento con estrógenos a dosis bajas se asocia con mayor riesgo de tromboembolia venosa.<sup>7-10</sup>

Se ha observado que el tratamiento hormonal en la posmenopausia duplica o cuadruplica el riesgo de trombosis venosa profunda idiopática y de embolia pulmonar.<sup>11,13-16</sup> El estudio HERS (sobre los efectos cardíacos de la terapia hormonal sustitutiva), un estudio aleatorizado, prospectivo, a ciegas, mostró que el tratamiento con estrógeno y progestágeno en la posmenopausia aumentaba el riesgo de tromboembolia venosa en las mujeres con arteriopatía coronaria sin tromboembolia venosa previa.<sup>17-19</sup>

¿Cuánto esfuerzo exige solicitar a una paciente que suspenda los estrógenos al menos 3 semanas antes de la cirugía y 2 semanas después de ésta? Si la paciente se niega a suspender las hormonas o no puede hacerlo por la intensidad de los síntomas posmenopáusicos, el cirujano debe decidir si se arriesga o no a un posible juicio por realizar la intervención quirúrgica programada. Si decide operar a pesar de que la paciente no suspende las hormonas, se podría plantear en el juicio por qué se la operó si no había una necesidad médica. Por supuesto, se pueden llegar a insinuar aspectos mercenarios relacionados con la operación. Todo

lo conversado con la paciente para que suspenda las hormonas y su negativa se debe documentar bien en la historia clínica que es, sin duda, el mejor modo en que el médico se puede defender.

Los inhibidores de la 3-hidroxi-3-metilglutaril coenzima A (HGM-CoA)-reductasa (tratamiento con estatinas) pueden ser importantes para prevenir la tromboembolia. Las estatinas son beneficiosas porque modifican la función endotelial, las respuestas inflamatorias, la estabilidad de la placa y la formación de trombos.<sup>20</sup> Se ha propuesto que las estatinas fomentan la estabilidad al disminuir los macrófagos y el contenido de éster del colesterol y aumentar el volumen de colágeno y las células del músculo liso. Las estatinas mitigan las secuelas trombóticas causadas por la rotura de la placa, al inhibir la agregación plaquetaria y mantener un equilibrio favorable entre los mecanismos protrombóticos y fibrinolíticos.

#### Dirigir correspondencia a:



MELVIN A. SHIFFMAN, MD, JD

1101 Bryan Avenue, Suite G, Tustin,  
California 92780, EE.UU.

Tel.: (714) 544-1720 - Fax: (714) 544-6118

E-mail: [shiffmanmdjd@mediaone.net](mailto:shiffmanmdjd@mediaone.net)

#### Referencias bibliográficas

1. *Physician's Desk Reference*. 52ª edición, 1998:3070.
2. Shiffman MA. Guidelines for the prevention of venous thromboembolism. *Am J Cosm Surg* 2000;17(2):103-104.
3. Vessey M, Mant D, Smith A, Yeats D. Oral contraceptives and venous thromboembolism: findings in a large prospective study. *Br Med J* 1986;292(19):526.
4. World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Venous thromboembolic disease and combined oral contraceptives: results of an international multicentre case-controlled study. *Lancet* 1995;133:1575-1582
5. Gerstman BB, Piper JM, Tomita DK, Ferguson WJ, Stadel BV, Lundin FE. Oral contraceptive estrogen dose and the risk of deep venous thromboembolic disease. *Am J Epidemiol* 1991;133:32-37
6. Carr B, Ory H. Estrogen and progestin components of oral contraceptives relationship to vascular disease. *Contraception* 1997;55:267-272
7. Boston Collaborative Drug Surveillance Program. Surgically confirmed gallbladder disease, venous thromboembolism, and breast tumours in relation to postmenopausal estrogen therapy. A report from the Boston Collaborative Drug Surveillance Program, Boston University Medical Center. *N Engl J Med* 1974;290:15-19
8. Petitti DB, Wingerd J, Pellegrin F, Ramcharan S. Risk of cardiovascular disease in women. Smoking, oral contraceptives, noncontraceptives estrogens, and other factors. *JAMA* 1979;242:1150-1154
9. Devor M, Barrett-Connor E, Renvall M, Feigal DJ, Ramsdell J. Estrogen replacement therapy and the risk of venous thrombosis. *Am J Med* 1992;92:275-282
10. Nachtigall LE, Nachtigall RH, Nachtigall RD, Beckman EM. Estrogen replacement therapy II: a prospective study in the relationship to carcinoma and cardiovascular and metabolic problems. *Obstet Gynecol* 1979;54:74-79
11. Daly E, Vessey MP, Hawkins MM, Carson JL, Gough P, Marsh S. Risk of venous thromboembolism in users of hormone replacement therapy. *Lancet* 1996;348:977-980
12. Barrett-Connor DM, Renvall M, Ramsdell J. Estrogen replacement and the risk of venous thrombosis. *Am J Med* 1992;92(3):275-282
13. Jick H, Derby LE, Myers MW, Vasilakis C, Newton KM. Risk of hospital admission for idiopathic venous thromboembolism among users of postmenopausal estrogens. *Lancet* 1996;348:981-983
14. Grodstein F, Stampfer MJ, Goldhaber SZ, et al. Prospective study of exogenous hormones and risk of pulmonary embolism in women. *Lancet* 1996;348:983-987
15. Pérez Gutthann S, García Rodríguez L, Castellsague J, Duque Oliart A. Hormone replacement therapy and the risk of venous thromboembolism: population based case-control study. *Br J Med* 1997;314:796-800
16. Varas-Lorenzo C, García Rodríguez L, Cattaruzzi C, et al. Hormone replacement therapy and the risk of hospitalization for venous thromboembolism: a population-based study in Southern Europe. *Am J Epidemiol* 1998;147:387-390
17. Grady D, Hulley SB, Furberg C. Venous thromboembolic events associated with hormone replacement therapy. *JAMA* 1997;278:477
18. Hulley S, Grady D, Bush T, et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. *JAMA* 1998;280:605-613
19. Grady D, Wenger NK, Herrington D, et al. Postmenopausal hormone therapy increase risk for venous thromboembolic disease: the heart and estrogen/progestin replacement study. *Ann Int Med* 2000;132(9):689-696
20. Rosenson RS, Tangney CC. Antithrombotic properties of statins: implications for cardiovascular event reduction. *JAMA* 1996;279(20):1643-1650