

Tratamiento de las Tromboflebitis

R. Rivera

Profesor de la Escuela Oficial de Aparato Circulatorio

(Director: Profesor J. Cruz Auñón)

Jefe de la Sección de Cirugía Cardiovascular de la I Clínica Quirúrgica Universitaria

(Director: Profesor S. García Díaz).—Sevilla

El tratamiento de las tromboflebitis debe proponerse en la actualidad dos finalidades principales: evitar la complicación constituida por el embolismo pulmonar, y evitar el cuadro de insuficiencia venosa crónica residual que se conoce como "síndrome postflebítico". Unos criterios terapéuticos si sólo se preocupan de eliminar el dolor, la fiebre y el edema, y conseguir una rápida seudonormalización de la extremidad, atienden exclusivamente finalidades que actualmente deben considerarse secundarias al tener conciencia de la evolución tardía del proceso, de la incapacidad que puede condicionar el síndrome postflebítico y la limitación de las posibilidades terapéuticas de que disponemos frente al mismo.

En nuestros días se dispone de una serie de procedimientos de terapéutica física, quirúrgica y medicamentos, que adecuadamente indicados y practicados, permiten llenar las finalidades que hemos denominado principales, además de las que deben ser consideradas de importancia secundaria, son los siguientes:

1.^a—*Tratamiento postural.*—Establecido el diagnóstico, el enfermo debe colocarse en reposo pero sin movilizarle la extremidad. Esta deberá elevarse para lo cual, personalmente favorecemos la elevación de los pies de la cama, siempre que la situación general del enfermo lo permita, pues así no se limita la movilidad del enfermo ni de la extremidad y se evitan las angula-

ciones de los troncos venosos y las zonas de apoyo que determinan los otros procedimientos. Sólo cuando haya desaparecido el edema colocaremos un vendaje compresivo (en general media elástica), por debajo de la rodilla e iniciamos la deambulación, alternando con ejercicios de pedaleo con el enfermo en cama. Consideramos inadecuado el procedimiento de aplicar un vendaje compresivo de entrada y estimular la deambulación precozmente.

2.^a—*Anticoagulantes*.—Su administración se iniciará tan precozmente como sea posible en general utilizando heparina o heparinoides. De las tres formas de conducir el tratamiento heparínico (inyección subcutánea, goteo intravenoso e inyecciones intravenosas), nosotros preferimos la vía intravenosa en forma discontinua, inyectando cada 4 horas dosis medias de 50 mgrs., sin que esto suponga una crítica a los otros métodos. Cuando la sintomatología comience a desaparecer, iniciaremos la administración de un preparado antiprotrombínico, utilizando habitualmente warfarina sódica. No suspendemos la inyección de heparina hasta haber logrado el adecuado descenso del tiempo de protombina. Mantenemos el tratamiento anticoagulante tres semanas en general.

3.^a—*Anti-inflamatorios*. — Utilizamos bien la fenil-butazona en inyecciones en cortas series de cinco días, bien el preparado Tanderil por

vía oral, en que la administración puede ser más prolongada. Las molestias dolorosas y los signos inflamatorios ceden rápidamente a esta terapéutica que no debe hacerse coincidir con la administración de antiprotrombínicos, si bien no vemos inconveniente en asociarla con la de heparina, en los primeros días.

4.^a—*Antibióticos*.—Sólo los consideramos indicados en las tromboflebitis infectivas. Si es posible conocer el germen casual se utilizará el antibiótico de elección y en caso contrario uno de amplio espectro.

5.^a—*Bloqueos anestésicos de la cadena simpática*.—Sólo están indicados en los casos de tromboflebitis que cursan con espasmo y siempre a condición de que no estén indicados los anticoagulantes, con los que no deben asociarse por el peligro de hemorragia. En caso de que se efectúe una exploración quirúrgica de los vasos, puede sustituirse por la inyección intraarterial de vasodilatadores que no será factible en forma percutánea por tratarse de casos en que no son perceptibles los pulsos periféricos, planteando en ocasiones el diagnóstico diferencial con oclusiones arteriales.

6.^a—*Ligaduras venosas*.—Su finalidad es evitar la progresión de los trombos y la movilización de fragmentos de los mismos. Se realizan bajo anestesia local, constituyendo procedimientos quirúrgicos

simples. Los puntos de elección son: los cayados de las safenas internas y externa y la femoral superficial inmediatamente distal a la desembocadura de la femoral profunda. Por encima de este nivel debe procederse a la interrupción de la vena cava inferior bajo anestesia general, por plicatura de la misma, de tal modo que se evite el paso de trombos pero no se interrumpa totalmente el retorno venoso.

7.^a—*Trombectomia*.—La restauración anatómica del vaso afecto es el objetivo lógico de la terapéutica de las trombosis venosas. Esto es factible actualmente en ciertos casos que reúnan condiciones de diagnóstico precoz, tratamiento previo con anticoagulantes, localización en vasos de gran tamaño, etc., pudiendo realizarse la intervención bajo anestesia local y a través de la femoral. En cualquier caso se asociará siempre la terapéutica anticoagulante postoperatoria y en muchos casos en función de los hallazgos operatorios, la ligadura de la femoral superficial tras haber desobstruido el segmento ilio-femoral.

Veamos cuáles son las indicaciones de los diferentes procedimientos reseñados:

1.^o—*Flebitis superficiales*. — Hemos de distinguir tres eventualidades con vista a la terapéutica: Que se produzcan en venas no varico-

sas, que se trate de varicoflebitis y que se localicen en el miembro inferior:

a) En las flebitis localizadas en venas no varicosas, en general flebitis químicas, infectivas o esenciales, la tendencia a progresar y a producir embolias es muy escasa, por lo que la terapéutica se reducirá a la administración de antiinflamatorios y de antibióticos en el caso de las infectivas. Únicamente consideramos indicada la cirugía en las que afectan a la vena safena externa en que deberá ligarse el cayado, pudiendo administrarse previamente anticoagulantes, por tratarse de una forma que en nuestra experiencia se sigue con extraordinaria frecuencia de la extensión del proceso trombótico a los troncos profundos.

Hay tres razones que explican esta tendencia observada por nosotros: En primer lugar se trata de formas en las que el proceso trombótico está muy cerca del cayado, a diferencia de lo que ocurre en el territorio de la safena interna, donde suele haber afluentes importantes entre el trombo y el cayado. En segundo lugar, mientras en el cayado de safena interna desembocan siempre colaterales importantes, cuyo aflujo puede detener la progresión de la trombosis en el de la safena externa su presencia es inconstante. Finalmente creemos que no se puede olvidar la diferencia de cuantía del débito sanguíneo

existente en la poplitea y en la femoral común.

b) En las varicoflebitis, por las razones expuestas, consideramos de urgencia el tratamiento quirúrgico de las que afectan al territorio de la safena externa, el cual puede ir precedido de la administración de anticoagulantes. En el resto de los casos la indicación la hacemos depender de la situación del enfermo. En los casos donde esté o deban someterse a inmovilización, intervención quirúrgica o parto, es decir a situaciones que favorecen el desarrollo de los procesos trombóticos, deberá realizarse la ligadura del cayado de la safena interna o administrarse anticoagulantes si es que como ocurre en el caso que con más frecuencia se presenta en nuestra experiencia, que es el de las embarazadas, no están contraindicados.

Por el contrario, cuando los enfermos no han de ser inmovilizados, aconsejamos la administración de anti-inflamatorios, continuando la deambulación, e indicamos el tratamiento quirúrgico de sus varices, es decir la safenectomía.

c) Las flebitis superficiales del miembro superior las tratamos exclusivamente con anti-inflamatorios.

2.º — Tromboflebitis profunda: En las tromboflebitis profundas la indicación terapéutica va a depender en general de su localización, de ahí la importancia que tiene el

diagnóstico de localización, tanto clínico, como flebográfico.

a) En las tromboflebitis que afectan a las venas profundas de la pantorrilla indicaremos, a parte del tratamiento que hemos descrito bajo el encabezamiento de postural, la administración de anticoagulantes. En muchos casos de enfermos inmovilizados o de traumatizados con las extremidades inferiores más o menos afectadas, el diagnóstico de tromboflebitis de las venas profundas de la pantorrilla habrá de ser de sospecha, por estar enmascarados los signos clínicos y no poder efectuarse el adecuado estudio flebográfico. Incluso en estos casos, de no haber una contraindicación, nosotros consideramos que debe establecerse la administración de anticoagulantes y la indicación de movilización de la extremidad, que en general no van a interferir con el tratamiento a que estos pacientes estén sometidos.

b) En las tromboflebitis de localización femoro-poplitea, cuando se diagnostican precozmente, está indicada la trombectomía seguida y precedida por la administración de anticoagulantes y por todas las normas del tratamiento postural. Cuando el diagnóstico se hace tardíamente (más de 4 a 6 días) la indicación terapéutica se concretará a la administración de anticoagulantes y al tratamiento postural.

c) En las tromboflebitis de lo-

calización ilio-femoral consideramos que la trombectomía tiene su más típica indicación, por tratarse de procesos en los que la movilización del trombo determina por su tamaño, embolias pulmonares casi siempre mortales, por la frecuencia con que en su progresión determina la aparición de fenómenos trombóticos en la extremidad opuesta, y finalmente por la incapacidad que en su evolución tardía determina la oclusión venosa a nivel ilíaco. Precedida y seguida por el tratamiento anticoagulante, estableceremos la indicación de trombectomía incluso en casos de diagnóstico tardío sobre la base de que en ello sólo resulta posible la desobstrucción de ilíaca y femoral común, acompañándola de la ligadura de la femoral superficial y obteniendo un buen retorno venoso de la extremidad a través de los vasos profundos. No es necesario insistir en que también habrán de mantenerse las normas de elevación y movilización de la extremidad.

d) En las trombosis de la vena cava el tratamiento quirúrgico está indicado siempre que se diagnostique la presencia en fase aguda, incluso tardíamente.

e) En las tromboflebitis profundas de las extremidades superiores el tratamiento se reducirá a la administración de anticoagulantes y a la realización de las maniobras necesarias para seguir los principios ya expuestos de movili-

zación y elevación de la extremidad si bien traducidos al miembro superior.

f) En las tromboflebitis con isquemia debida unas veces a la existencia de un espasmo reflejo y otras a una trombosis masiva del sistema venoso que alcanza hasta sus más finos elementos, el tratamiento será quirúrgico siempre, por tratarse de casos de muy mal pronóstico con cualquier terapéutica. Se intentará la trombectomía, por supuesto precedida y seguida de la administración de anticoagulantes y en muchos casos se asociará a una exploración quirúrgica de la arteria homónima que pueda permitir el tratamiento del espasmo por maniobras directas o por inyección intrarterial de vasodilatadores.

g) Finalmente, en los casos de embolias de repetición a pesar del tratamiento médico adecuado y sobre todo cuando se trate de embolias sépticas, indicamos el tratamiento quirúrgico a base de la ligadura de la vena cava inferior por debajo de las renales, que en la actualidad se debe efectuar por plicatura de la pared venosa de tal manera que se impida el paso de émbolos, pero no se interrumpa totalmente el retorno venoso. Consideramos importante indicar que los trastornos de insuficiencia venosa que se observan después de la ligadura de la vena cava son debidos

más a la tromboflebitis existente por debajo, que a la ligadura en sí, pues con frecuencia una vez efectuada la ligadura se olvida que el tratamiento de la tromboflebitis ha de continuar en la misma forma, que si ésta no se hubiera realizado, es decir a base de elevación y movilización de la extremidad y de administración de anticoagulantes en cuanto sea posible. En este sentido nuestra política es permitir que se eleve el trombotest de Owren alrededor de un 15 a 20 % para realizar la intervención, y volver a aumentar la dosis de anticoagulantes para reducir el trombotest al 10 o 15 %.