

LA TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL DE LOS MIEMBROS INFERIORES (*)

MAURICE GERVAIS

*Jefe de Sección. Servicio de Cirugía. Hospital General de Verdún,
Montreal (Canadá)*

Todos admiten la frecuencia y la diversidad de manifestaciones de las trombosis venosas de los miembros inferiores. Son numerosos los trabajos destinados a esta cuestión ; y aunque las diversas opiniones no están de acuerdo, los autores demuestran la misma preocupación en evitar los peligros inmediatos y en mejorar las secuelas.

Las trombosis superficiales son benignas, es cierto, si se las compara a las de los troncos profundos ; bien tratadas no ocasionan serias consecuencias.

Esta comunicación se limitará a las trombosis venosas superficiales de las extremidades inferiores observadas en 222 enfermos durante los últimos tres años y medio. Estos pacientes no sufrieron nunca anteriormente trombosis venosa profunda.

ETIOLOGÍA

Hemos procurado investigar siempre en cada caso los factores predisponentes de la trombosis.

He aquí la distribución de nuestros enfermos:

- 75 tenían varices importantes con trastornos cutáneos, úlcera o celulitis.
- 47 tenían varices de menor importancia.
- 24 estaban embarazadas.
- 23 fueron tratadas durante el puerperio.
- 12 durante el período postoperatorio.
- 5 tromboflebitis migratorias asociadas a tromboangeítis obliterantes.
- 14 trombosis espontáneas con varices.
- 8 trombosis espontáneas sin varices.
- 14 trombosis postraumáticas sin varices.

La mayoría de estos enfermos eran varicosos (195), en general desde mu-

(*) Comunicación presentada al III Congreso Latino-Americano de Angiología. La Habana, Cuba. Noviembre 1956.

chos años. Así, la estasia venosa parece ser el factor predisponente más evidente de la trombosis.

Un traumatismo sin importancia, lesiones cutáneas de rascado sobre un foco de dermatitis varicosa, una ulceración infectada pueden ocasionar la trombosis con facilidad cuando la disminución de la circulación venosa es ya evidente.

La circulación venosa, frecuentemente muy modificada durante el embarazo y el puerperio, ocasiona serios trastornos y a veces accidentes de trombosis. Hemos tratado 47 de estas enfermas.

Hemos observado 12 pacientes durante el período postoperatorio. Todos tenían varices de grado variable y eran difícilmente movilizables.

Se acepta el hecho de que la tromboflebitis migratoria es a menudo la primera manifestación clínica de la tromboangeítis obliterante, y que la trombosis de las venas superficiales puede manifestarse algunas veces muchos años antes que los signos de isquemia arterial. En los cinco pacientes con tromboangeítis obliterante no se advertían los latidos arteriales del pie y las oscilaciones estaban abolidas en la pierna. Tres de estos cinco pacientes han confesado haber sufrido anteriormente ataques idénticos. En consecuencia, los enfermos — sobre todo, hombres — que presentan una trombosis venosa superficial sin causa aparente y sin evidente obliteración arterial deberían ser advertidos de que se sometieran a exámenes frecuentes a fin de descubrir signos precoces de insuficiencia arterial.

En 14 enfermos sin varices se ha desarrollado una trombosis venosa superficial después de un golpe directo en la vena.

En 22 pacientes, de los cuales 14 tenían varices poco marcadas, fué imposible atribuir la aparición de la trombosis a un factor preciso. Estos enfermos marchaban y se hallaban en aparente buena salud, siendo clasificados como trombosis espontáneas, bien descritas por MARTORELL (1) y DE CAMP (2). En todos la circulación arterial periférica era normal. Según EDWARDS (3), LIPMAN y TOBER (4), sería de temer en estos casos una manifestación precoz de un cáncer de estómago, de pulmón y más frecuentemente de páncreas. Pensamos en esta contingencia, pero el interrogatorio y la exploración no han revelado nada cada vez, y no hemos considerado indicada la hospitalización con el fin de investigar más a fondo por exámenes radiológicos y análisis. No obstante, creímos importante advertir a los enfermos de que la causa de la trombosis era desconocida y que debían consultar inmediatamente si un nuevo ataque se producía.

Se admite también que los tuberculosos están predispuestos a la trombosis superficial, pero ninguno de nuestros enfermos sufría esta enfermedad.

Esta serie contiene un número algo mayor de mujeres que de hombres: 124 mujeres por 98 hombres.

SIGNOS CLÍNICOS

La trombosis venosa superficial es fácil de reconocer. Un sector venoso casi siempre varicoso, anteriormente indoloro, se vuelve de repente duro y doloroso. Este cordón aparece por lo común en la cara interna de la pierna, en la pantorrilla o en la cara interna de la rodilla. La piel vecina se torna más o menos rosada y caliente. Estos enfermos presentan, en general, un poco o nada de fiebre, y se quejan solamente de dolor. Estos enfermos tienen tendencia a reposar en cama con paños húmedos, lo que complica la enfermedad.

Según OLIVIER (5) se trata «de tromboflebitis obliterante muy parecida a la que se describe en los troncos profundos: la misma adherencia del coágulo, las mismas alteraciones endoteliales, el mismo edema perivenoso e igual tendencia a la reperfmeabilización».

La extensión de la trombosis en profundidad por las venas perforantes de la pierna o del muslo o por el cayado de la safena es el único peligro de las trombosis venosas superficiales. Esta propagación del proceso trombótico, según la mayoría de autores, aunque rara es siempre posible. Así, hemos tratado 7 enfermos con trombosis profunda consecutiva con certeza al sector superficial trombosado. En cuatro enfermos se observó durante la operación que una parte del trombo se hallaba flotando en la vena femoral.

He aquí, muy resumida, la historia de una enferma que estaba ciertamente en peligro inminente de embolia pulmonar.

Señora E. L., de 50 años de edad, con varices desde hace 15 años es enviada al hospital a causa de una induración dolorosa en la cara interna de la pierna izquierda. La enferma dice que esta induración apareció después de un golpe. Sufrir de fatiga y dolor en las piernas desde hace muchos años, pero nunca ha tratado sus varices. La vimos en el hospital el 7 de julio 1953, observando esta induración rosada y dolorosa a partir del tercio superior interno de la pierna izquierda, extendiéndose 15 cm. hacia la cara interna de la rodilla. Este cordón apareció, según la paciente, el primero de julio y es muy doloroso. La palpación de la cara interna del muslo es un poco menos dolorosa y no hay edema en el miembro. Desde hace una semana la enferma está en cama con fomentos calientes. Operación al día siguiente, el 8 de julio. El cayado de la safena está muy dilatado y trombosado. Se descubre la vena femoral y abrimos el cayado cerca de su desembocadura en la femoral, extrayendo un trombo, parte del cual estaba flotando libremente en la femoral. La enferma recibió heparina el día de la operación y tromexano los siguientes. Dejó el hospital el 10 de julio, sin ningún incidente.

TRATAMIENTO

El tratamiento de las trombosis superficiales es siempre más de tipo médico; aunque en algunos casos es preciso operar, y he aquí la línea de conducta que seguimos. Si el sector trombosado se extiende al muslo aconsejamos la operación, salvo en las mujeres embarazadas. Antes de proceder a la

intervención es necesario estar seguro de la permeabilidad de la circulación profunda.

Hemos operado 74 de estos 222 enfermos, 50 mujeres y 24 hombres.

En las 23 primeras operaciones de esta serie hemos practicado la resección del cayado y de sus colaterales, comprobando el estado de la femoral. Cuando el cayado está trombosado, es a menudo muy adherente a los tejidos adyacentes y es preciso disecar con prudencia. El sector resecado varía entre 6 y 8 cm. Después, por medio de múltiples y pequeñas incisiones sobre el cordón duro, palpable en la pierna y en el muslo, extraemos los trombos por expresión. Estas incisiones no son suturadas. Al final de la operación vendamos el miembro desde el pie a la ingle con una venda elástica adhesiva, que queda fija durante 15 días; los enfermos deambulan desde el mismo día de la operación. Siempre hemos observado una fácil curación de estas pequeñas incisiones, que casi no se aprecian transcurridos algunos meses.

Pensando que sería preferible la resección de la totalidad del sector trombosado y de la safena desde la ingle hasta el pie, a causa de la presencia de estado varicoso en casi todos los enfermos, hemos practicado una flebectomía total en nuestros últimos 51 enfermos. Esta medida terapéutica enérgica nos dió buenos resultados. La flebectomía en la trombosis venosa superficial viene aconsejada por muchos cirujanos, entre otros por el Profesor FONTAINE y sus colaboradores (6).

Anestesia general. Incisión de la piel siguiendo la dirección del pliegue inguinal. Realizamos una resección del cayado de la safena y de sus colaterales, y se introduce en la luz de la safena un tallo metálico flexible (instrumento de Myers). Se hace penetrar este tallo hasta la parte inferior del muslo o hasta la parte superior de la pierna. La incisión siguiente se practica en este lugar, y al retirar el tallo se arranca la safena. De esta manera se puede extraer toda la safena desde la ingle hasta el pie en dos o tres segmentos.

Contrariamente a lo que se podría creer, el paso del instrumento metálico por estas venas trombosadas se efectúa sin dificultad. Añadamos, sin embargo, que casi siempre estamos en presencia de trombosis recientes.

Cuando las grandes colaterales son sinuosas es imposible introducir el instrumento, y entonces practicamos la flebectomía por medio de varias pequeñas incisiones distantes entre sí unos 10 cm., disecando alrededor del sector que está quitado según la manera bien descrita por HERRMANN (7).

Todas las incisiones son suturadas con seda y el miembro envuelto en vendas elásticas a fin de obtener una compresión desde el pie a la ingle. Estos operados tienen que levantarse y circular dentro de las 12 primeras horas. El décimo día quitamos los puntos. Los enfermos permanecen 6 días en el hospital. No tuvimos ningún incidente postoperatorio en estos 74 operados, salvo algunos retardos de cicatrización en las incisiones. Recomenda-

mos la compresión elástica durante por lo menos 15 días, a fin de disminuir la equimosis.

A nuestro parecer, esta última operación está indicada cuando la trombosis venosa superficial se extiende por encima de la rodilla. Los enfermos quedan satisfechos, las varices preexistentes eliminadas y no tienen miedo a recaer. Pueden volver a su trabajo normal dos semanas, más o menos, después de la operación.

Tratamiento médico

La mayoría de nuestros enfermos (148) no han sido operados porque la trombosis era de menor importancia y se hallaba por debajo de la rodilla.

El tratamiento es simple. Consiste en hacer andar al enfermo con un vendaje elástico, adhesivo o no, cubriendo el vendaje la pierna entera hasta la rodilla. Siempre fué fácil convencer a los enfermos de no inmovilizarse, explicándoles que el movimiento era necesario al miembro para evitar la estasis venosa y la propagación en profundidad. Los medicamentos habitualmente aconsejados son: la Vitamina C, la rutina y los analgésicos. Nunca ordenamos antibióticos ni anticoagulantes a estos enfermos.

Durante estos tres años y medio solamente observamos en nuestros enfermos con tromboangeítis obliterante cinco casos de trombosis migratoria. Estos cinco enfermos fueron sometidos a una simpatectomía lumbar asociada cuatro veces a una adrenalectomía total izquierda.

El método esclerosante

El empleo de las inyecciones esclerosantes nos pareció indispensable en algunos pacientes y las utilizamos en 23 pacientes, sobre todo durante el embarazo. Una sola vez operamos una paciente encinta con trombosis venosa superficial.

El producto empleado es el Sotradecol. El enfermo se coloca de pie sobre la mesa de examen e inyectamos 1/2 c.c. de una solución al 3 % en la safena por encima de la induración. El miembro se envuelve en vendas elásticas. A nivel de la safena, en la región inguinal, ponemos una bola de algodón mantenida por una venda adhesiva. Esta cura compresiva no produce molestias ni impide los movimientos del enfermo; se mantiene durante dos semanas. Una semana después de la primera inyección volvemos a ver al enfermo por si necesita una segunda. Durante una reacción aguda las venas son más sensibles al medicamento esclerosante, por lo que se aconseja inyectarlo a dosis menores.

Este método, preconizado por TOURNAY (8) y VIEVILLE (9) y otros flebólogos, nos permitió detener la evolución de la trombosis, y lo aconsejamos durante el embarazo.

La Fenilbutazona (Butazolidina Geigy)

Desde julio de 1954 hemos estudiado los efectos de la fenilbutazona en las trombosis superficiales en un gran número de enfermos.

La fenilbutazona fué descubierta durante los trabajos con la amidopirina. Se reconoció siempre esta última como uno de los mejores sedantes. Es, sin embargo, tóxica y puede producir alteraciones en la fórmula sanguínea. Durante estos trabajos se encontró la fenilbutazona, que es un derivado del pirazol. Este nuevo medicamento, producto conocido en el comercio como Butazolidina Geigy, fué probado en seguida en varios casos, entre otros los trastornos artríticos y las trombosis venosas superficiales.

Desde julio de 1954 utilizamos este medicamento en 102 casos. De ellos, 95 recibieron solamente esta medicación: 80 eran varicosos o no; 14 estaban embarazadas; y uno sufría enfermedad de Buerger.

De estos enfermos, 30 fueron tratados en el hospital, bien porque presentaron la trombosis superficial durante tratamiento por otra enfermedad, bien a continuación de una operación, o bien porque el enfermo prefería su estancia en el hospital.

Dimos la Butazolidina en comprimidos de 100 mg., a la dosis de 600 mg. durante dos días, y después 300 mg. por semana.

Los enfermos no hospitalizados (65) no recibieron otra medicación, invitándoles a marchar, continuando la mayor parte su trabajo cotidiano. Con esta medicación los enfermos confesaban no tener ningún dolor después de 76 horas. Observamos también que el rubor desaparecía en tres días, pero la induración apenas se modificaba. A nuestro parecer, la toxicidad no es de temer por razón de la corta duración del tratamiento. Un solo enfermo manifestó una reacción alérgica que cedió fácilmente con el empleo de antihistamínicos y la supresión del medicamento. No se observó ninguna alteración en la fórmula sanguínea.

De acuerdo con STEIN y ROSE (10), MARTORELL (11) y SALLERAS y RUZ (12), concluimos que la Butazolidina disminuye rápidamente la reacción periflebítica por sus propiedades antiálgicas y antiinflamatorias. La facilidad de su administración y su acción rápida permiten a los enfermos andar más con mayor facilidad y sin temor. Así, la trombosis se limita. Aconsejamos este medicamento en los casos de trombosis venosas superficiales aunque los enfermos deban operarse.

Tripsina

Recientemente hemos tratado algunos casos con inyecciones intramusculares de tripsina. Hace cinco años la tripsina fué utilizada, sobre todo localmente, en el tratamiento de heridas, gangrenas y ciertas úlceras. INNERFIELD (14) y sus asociados utilizaron la vía venosa, con excelentes resultados

en las tromboflebitis y las úlceras. FISHER y WILENSKY (15) la emplearon en solución oleosa por vía intramuscular a dosis pequeñas, y obtuvieron resultados satisfactorios en los casos de trombosis.

Este producto se encuentra en Canadá desde este año, y lo hemos probado solamente en trece casos, coincidiendo los resultados con los de FISHER y WILENSKY. Desaparición rápida del dolor, del rubor y del edema perivenoso. La dosis mínima es de 2,5 miligramos, dos o tres veces por día, durante dos días, y después una vez cada día durante cuatro días. Es imposible señalar los resultados definitivos por razón de los pocos casos tratados así, pero creemos que la tripsina facilitará el tratamiento de varios casos vasculares y hemos pensado anotarla.

RESUMEN

Desde enero 1953 hasta julio 1956, hemos observado 222 casos de trombosis venosa superficial de las extremidades inferiores.

El estado varicoso y la estasia venosa se hallan en el origen de la trombosis en la mayoría de los casos.

El aspecto clínico es muy conocido. Se trata de un cordón doloroso, caliente, con una piel más o menos rosada sobre el trayecto de una parte de la safena. No puede ser de diagnóstico dudoso, pero hay que temer la extensión a los troncos profundos dando lugar a embolias y secuelas. Aunque rara, esta propagación siempre es posible. Hemos tratado siete casos con trombosis de los troncos profundos consecutivos a una trombosis superficial. En cuatro enfermos observamos, durante la operación, una parte del coágulo flotando en la vena femoral.

Recomendamos la flebectomía total siempre y cuando la trombosis superficial se extienda por encima de la rodilla. Esta flebectomía es definitiva; así se evitan tratamientos ulteriores y frecuentemente una segunda operación. Cuando la trombosis se limita a la pierna, somos hostiles a la cirugía; así 2/3 de nuestros enfermos fueron tratados sin operación, con Vitamina C, Rutina e inyecciones esclerosantes con el producto Sotradecol.

Hemos empleado la Fenilbutazona en 102 casos, y más recientemente la Tripsina intramuscular. Para estos enfermos la deambulación y la compresión elástica son importantes.

SUMMARY

From January 1953 to July 1956, 222 patients suffering of superficial venous thrombosis of the lower limbs were treated.

In the majority of these cases varicose veins and venous stasis were found to be the precipitating factors of the thrombosis.

Spreading of the thrombosis into the deep veins with danger of pulmonary embolism is the rare but always present complication. 7 cases were treated with femoral thrombosis following a superficial thrombosis and in 4 cases, a portion of the clot removed during the surgical procedure was in the femoral vein.

Total phlebectomy, a stripping operation from groin to foot, is indicated when the thrombosis is above the knee. This procedure is complete and there is no need of further treatments or even a second operation.

2/3 of our patients were treated medically with ascorbic acid, rutin and sclerosing injections of sodium tetradecyl sulfate and more recently with phenylbutazone and intramuscular trypsin. They were all treated ambulatory and with compression bandage.

BIBLIOGRAFÍA

1. MARTORELL, F. *Trombosis venosas espontáneas*. Angiología, 5, 59-66, 1953.
2. DE CAMP, P. T.; LANDRY, R. M.; OCHSNER, A.; DE BAKEV, M. E. *Spontaneous thrombophlebitis*. Surg., 31, 43-55, 1952.
3. EDWARDS, E. A. *Migratory thrombophlebitis associated with carcinoma*. New Eng. Med. Journal, 240, 1031-1033, 1949.
4. LIPMAN, M. P.; TOBER, J. N. *Peripheral manifestations of visceral carcinoma*. Gastroenterology, 16, 188-194, 1950.
5. OLIVIER, C. *La place de la chirurgie dans le traitement des phlébites variqueuses*. Presse Médicale, 60, 1507-1508, 1952.
6. FONTAINE, R. *Le traitement chirurgical des thromboses veineuses récentes*. En «Thrombose veineuse», Masson, Edit., 1950, p. 72.
7. HERRMANN, L. G. *Phlebectomy in treatment of acute thrombosis of saphenous varices or veins*. Arch. Surg., 64, 681-687, 1952.
8. TOURNAY, R. *Du traitement des phlébites superficielles des membres inférieurs*. Phlébologie, 6, 142-146, 1953.
9. VIEVILLE, R. *Les thromboses veineuses superficielles aiguës du membre inférieur*. Phlébologie, 6, 146-154, 1953.
10. STEIN, I. D.; ROSE, O. A. *Treatment of superficial thrombophlebitis with phenylbutazone*. Arch. Int. Med., 98, 899-905, 1954.
11. MARTORELL, F. *Tratamiento de la tromboflebitis por la butazolidina*. Angiología, 8, 124, 1956.
12. SALLERAS, V.; RUZ, F. *La butazolidina en el tratamiento de las flebitis superficiales y profundas*. Angiología, 8, 164-170, 1956.
13. INNERFIELD, I.; ANGRIST, A.; SCHWARTZ, A. *Parenteral administration of trypsin*. J.A.M.A., 152, 597-605, 1953.
14. FISHER, M. M.; WILENSKY, N. D. *Parenteral trypsin in peripheral vascular and thromboembolic diseases*. N. Y. State J. Med., 54, 659-663, 1954.