

## TROMBOFLEBITIS MIGRATORIA Y FOCO SEPTICO\*

ALBERTO MARTORELL

*Departamento de Angiología del Instituto Policlínico de Barcelona  
(España)*

La tromboflebitis migratoria es una de las formas de flebitis superficial. Se caracteriza por afectar en general a personas sanas, no ser secundaria a ningún proceso trombógeno, su localización por sectores, la frecuencia de sus recidivas y por ser migratoria, lo que le da nombre.

El que reciba también la denominación de idiopática indica que su etiopatogenia no está aún aclarada. Sin embargo, parece aceptarse que se trataría de un reacción hiperérgica de la pared venosa frente a focos de infección latente (amigdalares, dentarios, etc.) o de una sensibilización frente a las toxinas microbianas.

De este supuesto parte la orientación terapéutica actual, que podemos resumir como antiinflamatoria, desensibilizante y eliminadora de todos los posibles focos infecciosos.

Vamos a presentar dos casos donde se procedió de esta manera y en los cuales el éxito terapéutico absoluto, estableciendo una relación de causa a efecto, habla en favor de la teoría etiopatogénica expuesta.

*Caso n.º 1.* — A. T., varón de 40 años de edad. Médico.

El 28-I-57 solicita acudamos a su domicilio por presentar unos nódulos dolorosos, indurados, rojizos en su pierna izquierda, que le obligan a permanecer en cama.

Desde hace dos años sufre periódicamente brotes de este tipo, de localización variable en ambas piernas, y que cada vez se hacen más frecuentes, hasta el extremo de que últimamente no pasan quince días sin sufrir uno. Desde este tiempo aqueja, además, cefaleas y extrasístoles.

Anginas frecuentes. Antecedentes familiares sin interés.

Exploración: T. A. 130/80. Índice oscilométrico supramaleolar derecho, 2 1/4; izquierdo, 2 1/2. Pulsos presentes en las extremidades inferiores, quizá algo más débil el que corresponde a la tibial posterior derecha.

Varios nódulos, rojizos, indurados, dolorosos, de tromboflebitis migratoria repartidos por el territorio de la safena interna tibial y femoral de la

---

\* Comunicación a las Sesiones Científicas semanales del Departamento de Angiología del Instituto Policlínico de Barcelona.

pierna izquierda, con gran inflamación perivenosa. Edema maleolar izquierdo.

Amigdalitis críptica que a la expresión da salida a pus.

Diagnóstico: Tromboflebitis migratoria.

Tratamiento: Butazolidina inyectable. Se recomienda revisión de focos, en especial amigdalar.

Sin más noticias de este enfermo hasta el 19-XI-57, ocho meses después. Manifiesta que a los tres días había cedido el cuadro, y que enseguida procedió a la extracción de dos piezas dentarias y a la amigdalectomía, demostrándose en éstas profusión de criptas conteniendo pus. Desde entonces no ha presentado ni un solo brote más de tromboflebitis migratoria. Mostrándose tan contento que él mismo sugiere la publicación de su caso. Por otra parte han desaparecido las cefaleas y, supone, las extrasístoles, pues no ha vuelto a tener las molestias propias de ellas.

*Caso n.º 2.* — V. T., varón de 30 años de edad.

Acude a la consulta el 30-X-57. Relata que hace cuatro años le apareció en la pierna izquierda, por su cara interna, como un cordón indurado, rojizo, doloroso a la marcha y que con el tiempo desapareció espontáneamente. Motiva su consulta el que desde hace un mes presenta un cuadro similar en la pierna derecha, iniciado a nivel de la región maleolar interna y que ha ascendido hasta alcanzar el tercio superior de la pierna. La marcha es dolorosa y no puede extender la extremidad por completo ya que este movimiento le provoca sensación de tirantez. Le han administrado anticoagulantes sin resultado.

Amigdalitis de repetición. Madre, varices.

Exploración: T. A. 170/80. Índice oscilométrico supramaleolar bilateral, 1 1/4. Pulsos presentes en pedias. Hiperhidrosis y frialdad pies. El enfermo tiene aspecto más joven de lo que corresponde a su edad.

Cordón indurado, doloroso y rojizo en el trayecto de la safena interna tibial, que alcanza incluso la rodilla.

A Rayos X se observa un casquete aórtico prominente.

Albúmina y glucosa en orina, negativos. Tiempo de coagulación, 5'30".

Diagnóstico: Tromboflebitis migratoria.

Tratamiento: Butazolidina inyectable e Hirudoid local.

A los pocos días mejora. Pero unos días más tarde aparece un nódulo más a nivel de la safena interna femoral. Se indica Sulfalergial y revisión de focos.

El dictamen otorrinolaringológico (Dr. CASEDESÚS) dice: Amigdalitis críptica con abundante pus líquido y criptas con retención que indican la intervención quirúrgica.

Visto el 2-I-58 manifiesta que procedió a la amigdalectomía. A los dos días observa gran mejoría y desaparecen todas las molestias. No ha vuelto a repetir el cuadro hasta la fecha de la última consulta el 7.II.58.

### COMENTARIO

El beneficio obtenido en ambos casos fué espectacular. La terapéutica antiinflamatoria, primero, y la amigdalectomía, poco después, se complementaron para conseguir los fines terapéuticos pretendidos: solucionar el brote agudo y evitar la recidiva, respectivamente.

En efecto, en ambos ceden las molestias a los tres días máximo, después de la inyección diaria de Butazolidina. Y en ambos, también, no se han presentado recidivas, contando uno de ellos con más de diez meses de observación.

El que en otros casos la extirpación de un foco no vaya seguido de resultados similares no resta valor a la supresión de focos, pues éstos no siempre son únicos y extirpado uno puede quedar otro u otros, que es preciso investigar y eliminar. Y he aquí el valor de la terapéutica desensibilizante: si no se halla otro foco más que el extirpado, es preciso recurrir a ella para desensibilizar a un organismo sensibilizado por un foco que, si ya no existe, antes estuvo en activo el tiempo suficiente para crear dicho estado reaccional.

### RESUMEN

Se presentan dos casos de tromboflebitis migratoria con brotes repetidos frecuentemente. La Butazolidina les procuró un alivio transitorio. Los anticoagulantes fueron ineficaces.

Comprobado un foco amigdalár, su extirpación llevó a la curación sin repetición de los brotes.

### SUMMARY

Two cases of migratory thrombophlebitis who have had constant or recurrent thrombophlebitis for many months are presented. Anticoagulants and Butazolidyn therapy was never satisfactory. Tonsillectomy results in permanent cure.