

ANGIOLOGÍA

VOL. XII

SEPTIEMBRE - OCTUBRE 1960

N.º 5

SÍNDROME POSTFLEBITICO

MANUEL CASANUEVA DEL C., ALEX ZACHARIAS A., MANUEL PEÑA M.,
JOSÉ ARNELLO R. y EVARISTO CANCINO A.

*Departamento de Enfermedades Vasculares, Cátedra del Prof. A. Velasco S.,
Hospital J. J. Aguirre, Universidad de Chile.*

El interés por el paciente portador de secuelas de una tromboflebitis ha ido aumentando extraordinariamente en los últimos años y dan testimonio a esta afirmación las numerosas publicaciones que se encuentran en la literatura de la última década.

Los trastornos secundarios a la trombosis venosa profunda se manifiestan clínicamente por plétora debida a defectos de vaciamiento y a menudo por fenómenos de vasoconstricción. El proceso no es estacionario sino que, por el contrario, existe una tendencia evolutiva. El defecto circulatorio compensado en esta fase oclusiva se mantiene como tal por un plazo variable e indefinido. A través del tiempo, en la mayoría de los casos se produce la recanalización del trombo con lo que se crea una nueva alteración de la dinámica circulatoria de retorno. La vena sufre un proceso degenerativo con destrucción del tejido elástico y muscular que es reemplazado por tejido fibroso; las válvulas son destruidas total o parcialmente. La vena enferma queda convertida en un tubo rígido, avalvulado o con válvulas insuficientes, creándose nuevamente la ectasia venosa responsable de la formación de varices, dermatitis, pigmentación, celulitis indurativa y por último ulceraciones.

En esta presentación comunicamos la experiencia de 520 pacientes con síndrome postflebitico estudiados en el Departamento de Enfermedades Vasculares de la Cátedra del Prof. A. VELASCO S., en los últimos 8 años, en el Hospital J. J. Aguirre de la Universidad de Chile.

CLASIFICACIÓN DEL SÍNDROME POSTFLEBITICO

Nos ha parecido fundamental disponer de una clasificación que permita separar los pacientes portadores de secuelas posttrombóticas según la etapa evolutiva en que éstos se encuentren.

Revisando la literatura sólo encontramos la clasificación de HOMANS (4), que estimamos de reducida utilidad práctica.

Uno de nosotros —MANUEL CASANUEVA— formuló una clasificación (3) que orienta el estudio clínico, el empleo de métodos auxiliares como la manometría y la flebografía, sistematizando al mismo tiempo el criterio de tratamiento.

La división fundamental se hace según que el paciente se encuentre en la fase de obliteración o en la fase de reflujo. Los grupos 1 y 2 corresponden a los enfermos en fase de obliteración. Los grupos 3 y 4 a aquellos que están en período de reflujo.

CUADRO 1
Clasificación CASANUEVA

	Clasificación en grupos	Signos dominantes	Medios de estudio	Orientación de tratamiento
-A- Fase de obliteración	GRUPO I	Edema solamente ortostático. Cianosis	Solamente clínicos	Medidas generales, cama declive, venda elástica, media
	GRUPO II	Edema persistente. Dolor	Bloqueo simpático	Anestesia simpático lumbar. Simpectomía.
-B- Fase de reflujo	GRUPO III	Induración distal. Insuficiencia valvular. Varices	Flebografía. Manometría	Ligaduras venosas
	GRUPO IV	Trastornos tróficos acentuados. Úlcera	Flebografía. Manometría	Ligaduras venosas. Operación de Linton
A o B Cualquiera de las dos	GRUPO V	Flebitis recurrente	Investigar sepsis. Estudio coagulación	Desfocación, Antibióticos, Tratamiento anticoagulante, resección o ligaduras venosas, según la fase A o B, en que se encuentre

Se agrega un grupo 5 en que el paciente puede estar en cualquiera de las dos fases, pero que tiene como característica presentar tromboflebitis a repetición.

En el grupo 1 se ubican los enfermos que presentan sólo edema ortostático que desaparece con el reposo nocturno. El estudio es solamente clínico. Como tratamiento se recomiendan medidas de orden general, aplicables a todos los pacientes con síndrome postflebitico, y llamadas «nuevo

método de vida» por LUKE, de Montreal (6). La venda o media elástica y la cama declive forman parte de estas medidas.

El grupo 2 incluye a los pacientes con edema permanente, que no cede con el reposo y en quienes el dolor es muy frecuente. Su estudio es clínico y la terapéutica semejante a la del grupo 1. Es útil la anestesia del simpático lumbar y en casos muy seleccionados la simpatectomía.

El grupo 3 reúne a los enfermos con varices e induración distal de la pierna como consecuencia de la recanalización. La flebomanometría y la flebografía permiten seleccionar los pacientes, aportando informes decisivos sobre la necesidad de ligaduras o resecciones venosas en esta etapa de la afección.

El grupo 4 separa a los portadores de trastornos tróficos acentuados que han llegado a la ulceración. La flebomanometría y la flebografía permiten seleccionar los casos que necesitan tratamiento quirúrgico: resecciones venosas superficiales; ligaduras de venas profundas o interrupción de comunicantes según la técnica de LINTON.

El grupo 5 queda constituido por los pacientes con tromboflebitis recurrente. Debe investigarse la existencia de focos sépticos, la coagulación sanguínea y la heparinoresistencia de G. DE TAKATZ. En este grupo es útil el tratamiento anticoagulante, el empleo de antibióticos, desfocación y ocasionalmente resecciones y ligaduras venosas.

Los 520 pacientes estudiados por nosotros se agrupan de acuerdo con esta clasificación en la siguiente proporción:

CUADRO 2

Clasificación de 520 pacientes con Síndrome postflebítico

Grupo	N.º	%
1	115	22
2	134	26
3	79	15
4	157	30
5	35	7
Total	520	100

EDAD Y SEXO DE LOS 520 PACIENTES CON SÍNDROME POSTFLEBÍTICO. — Se expone en los cuadros siguientes:

CUADRO 3

Edad en los 520 pacientes con Síndrome postflebítico

Edad (años)	N.º	%
11 a 20	7	1
21 a 30	49	10
31 a 40	123	23
41 a 50	163	32
51 a 60	111	21
más de 60	67	13
Total	520	100

CUADRO 4
Sexo en 520 pacientes con Síndrome postflebítico

	N.º	%
Hombres	160	32
Mujeres	360	68
Total	520	100

De lo anterior se desprende que la afección es más frecuente en el período de mayor actividad del ser humano: el 55 % se presenta entre los 30 y 50 años.

Con respecto al sexo el Síndrome postflebítico es dos veces más frecuente en la mujer.

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME POSTFLEBÍTICO

El cuadro 5 proporciona la información al respecto.

CUADRO 5
Tiempo de evolución de 520 pacientes con Síndrome postflebítico

Años	N.º	%
0 a 1	165	32
1 a 5	116	22
5 a 10	97	19
10 a 20	97	19
más de 20	45	8

ANTECEDENTES DE FLEBITIS

Se encontró en 457 pacientes, lo que corresponde a un 88 %. En 63 casos, o sea en un 12 %, no existía evidencia de trombosis venosa inicial y creemos que estos enfermos presentaban una insuficiencia venosa valvular profunda congénita.

ANTECEDENTES DE VARICES

En 149 enfermos o sea un 30 % del total existían varices con anterioridad a la tromboflebitis. No las había en 371, ó sea en un 70 %.

SINTOMATOLOGÍA

Los síntomas capitales de la afección en estudio fueron los que se señalan a continuación, considerando a los enfermos en conjunto.

CUADRO 6
Sintomatología de 520 pacientes con Síndrome postflebitico

Síntomas	N.º	%
Edema ortostático	520	100
Dolor	357	68
Varices secundarias	132	25
Trastornos tróficos	305	58
Ulceración	168	32

FLEBOGRAFÍA

Fueron sometidos a este examen 84 pacientes. Se obtuvieron 110 flebografías. En un comienzo se siguió la técnica de la flebografía estática o anatómica; posteriormente empleamos el procedimiento de la flebografía dinámica o funcional. Según la inyección del medio de contraste a favor o en contra de la corriente sanguínea hablamos de la flebografía ascendente o descendente. Se emplearon sales orgánicas yodadas al 35 %, ocasionalmente al 50 %.

El cuadro 7 resume nuestra casuística y resultados.

CUADRO 7
Tipo de Flebografías y Resultados

Tipo de flebografía	Resultados					
	N.º	%	Positivos		Negativos	
			N.º	%	N.º	%
Ascendente	24	22	7	29	17	71
Descendente	51	46	29	57	22	43
Funcional	35	32	25	71	10	29
Total	110	100	61	—	49	—

Se habla de resultados positivos cuando se obtiene un informe satisfactorio con la exploración. En caso contrario, ya sea por falta de técnica o por dificultad de interpretación, consideramos negativo el resultado. En el 55 % de las flebografías se obtuvo datos de interés; en el 45 % restante el resultado fue negativo.

Actualmente hemos abandonado la flebografía como método de rutina en la exploración de estos pacientes. Consideramos que su indicación queda limitada a casos de excepción. La hemos reemplazado con ventaja por la flebomanometría funcional (8).

PRESIÓN VENOSA FUNCIONAL

La determinación de la presión venosa por punción percutánea de una vena del dorso del pie, en reposo y durante la marcha, nos permite

conocer el estado de suficiencia valvular venosa profunda. Cuando existen varices secundarias, el empleo del vendaje elástico durante la prueba nos informa sobre la participación de este sistema en la hipertensión venosa distal del miembro.

Los detalles del procedimiento ya han sido dados a conocer por nosotros anteriormente (7). Se determinó la presión venosa funcional en 79 pacientes, con los resultados que se anotan:

Insuficiencia valvular venosa profunda en	163
Sistema venoso profundo suficiente en	14
Resultados dudosos	2

Estimamos como normal una disminución superior al 60 % durante el ejercicio con respecto al valor inicial del reposo.

El método es fácil, inocuo y sencillo de realizar en cualquier medio por la simplicidad del instrumental. Estamos ampliamente satisfechos con sus resultados.

TRATAMIENTO DEL SÍNDROME POSTFLEBÍTICO

a) *Medidas de orden general.* — Representan el conjunto de indicaciones señaladas por LUKE, de Montreal, como «nuevo método de vida» (6). El paciente portador del Síndrome postflebítico debe comprender que la curación completa no existe, pero que adaptando sus actividades a las condiciones circulatorias del miembro enfermo puede obtener una mejoría apreciable. Debe usar un soporte elástico ya sea en forma de venda o de media. Dormirá en cama declive. Descansará durante el día, por 30 a 60 minutos dos veces, con sus piernas levantadas sobre el plano horizontal entre 30 y 45°. No debe permanecer de pie e inmóvil. Es aconsejable que se siente cada vez que pueda. Estas indicaciones generales benefician a todos los pacientes con Síndrome postflebítico, cualquiera sea el grupo a que pertenezcan.

b) *Anestesia del simpático lumbar.* — Está indicada cuando el dolor y los signos de vasoconstricción priman en la sintomatología. No debe usarse en pacientes con tratamiento anticoagulante.

La empleamos en 120 de nuestros enfermos:

Resultado satisfactorio	102 (85 %)
Resultado negativo	18 (15 %)

Consideramos resultados satisfactorios la disminución franca o desaparición del dolor con mejoría apreciable del edema. Esta terapéutica se siguió especialmente en pacientes de los grupos 1 y 2.

c) *Medicamentos simpaticolíticos.* — De utilidad relativa cuando existe vasoconstricción. Se usaron Hydergina, Priscol, Roniacol, etc., en las dosis habituales. Los resultados, muy variables, no nos permiten obtener conclusiones.

d) *Simpatectomía lumbar.* — Se operaron 8 enfermos con buenos resultados en 5 y malo en 3. Si bien la simpatectomía puede ser útil en el paciente que se encuentra en la primera fase obliterativa con vasoconstricción intensa, creemos que al pasar a la fase de recanalización esta terapéutica puede ser un factor de agravación.

e) *Operaciones sobre los sistemas venosos.* — Se emplearon los procedimientos que se especifican en el Cuadro n.º 8.

CUADRO 8

Tipo de Operación	N.º de casos
Resección de varices secundarias	35
Interrupción de la vena poplítea	18
Interrupción de la vena femoral superficial	15
Ligadura subaponeurótica de comunicantes (LINTON).	10

Las operaciones sobre varices secundarias representan un grupo en que se extirpó con fleboextractor los sistemas safenos. De los 35 casos operados 27 mejoraron y 3 permanecen iguales.

La interrupción de la vena poplítea con la técnica de BAUER (1) se efectuó en 18 casos, seguidos de 1 a 6 años con resultados satisfactorios en 16, regular en 1 y malo en 1. En este último paciente la operación agravó la sintomatología.

La ligadura y sección de la vena femoral superficial, siguiendo las indicaciones de LINTON, se efectuó en 15 casos con buen resultado en 13 y regular en 2.

La ligadura subaponeurótica de las comunicantes de la pierna (operación de LINTON) se hizo en 10 casos, con mejoría considerable en todos ellos.

Estas operaciones sobre el sistema venoso alterado pueden realizarse por etapas, abordando en oportunidades diferentes el sistema venoso profundo o el superficial. Ocasionalmente es posible la operación completa en una sesión.

Si se compara el número de pacientes operados con la cifra de 520 que representa la totalidad de enfermos tratados, se deduce que la indicación quirúrgica sólo se hizo en un grupo cuidadosamente seleccionado y con muy buenos resultados.

Si bien el tratamiento médico beneficia a todos los pacientes con Síndrome postflebítico, no siempre es suficiente. En determinados casos la indicación operatoria mejora un paciente con invalidez relativa o extrema.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Los autores revisan la fisiopatología del Síndrome postflebítico, presentando una clasificación clínica que ha orientado el estudio, el diagnós-

tico y el tratamiento en 520 pacientes. El tratamiento de fondo ha sido conservador. La cirugía se encontró indicada sólo en 78 de 520 pacientes atendidos. Los resultados operatorios han sido buenos.

SUMMARY

At the «Departamento de Enfermedades Vasculares, Hospital J. J. Aguirre de la Universidad de Chile» a total of 520 cases of postphlebotic syndrome were observed. A personal classification is given. Conservative measures and surgical therapy are discussed.

BIBLIOGRAFÍA

1. BAUER, G.: *Patho-physiology and Treatment of the Lower Leg Stasis Syndrome*. "Angiology", 1:1; 1950.
2. CASANUEVA, M.; ZACHARIAS, A.; PEÑA, M. M.; RODRÍGUEZ, E. y ARRIAGADA, U.: *Flebografía en el síndrome postflebitico*. "Rev. Chilena Angiología", 2:152; 1957.
3. CASANUEVA, M.; ZACHARIAS, A.; PEÑA, M.; ARNELLO, J. y CANCINO, E.: *Clasificación anátomo clínica del síndrome postflebitico*. "Rev. Chil. Angiología", 2:110; 1957.
4. HOMANS, J.: *The late results of femoral thrombophebitis and their treatment*. "New England J. M.", 235:249; 1946.
5. LINTON, R.: *Modern Concepts in the Treatment of the Postphlebotic Syndrome with Ulcerations of the Lower Extremity*. "Angiology", 3:431; 1952.
6. LUKE, J.: *Venous Disorders of the Lower Extremity*. "Ciba Clinical Symposia", 5:99; 1953.
7. ZACHARIAS, A.; CASANUEVA, M. y PEÑA, M.: *Presión venosa funcional y flebografía en el síndrome postflebitico*. "Arch. Soc. Cir. Chile", 10:546; 1958.
8. ZACHARIAS, A.: *La presión venosa funcional en el estudio del sistema venoso periférico*. "Arch. Soc. Cir. Chile", 7:1078; 1955.