

## LA FENILBUTAZONA EN EL POSTOPERATORIO DEL ENFERMO VASCULAR\*

CÁNDIDO MARSAL

Zaragoza (España)

La técnica quirúrgica que seguimos en el tratamiento de las varices (11) es, por lo general, traumatizante al realizar el arrancamiento de las venas. No sólo para las ramas que desembocan en el tronco principal, sino también para los tejidos circundantes. En cualquier operación en la que se actúe directamente sobre un vaso, le ocasionaremos una pérdida de continuidad en su endotelio y ésta vendrá seguida de un proceso reparador más o menos flogístico.

Teniendo en cuenta la clasificación que de los distintos procesos quirúrgicos hace NÚÑEZ RAMOS (20) para la determinación «a priori» del índice tromboembólico de un enfermo, veremos que en la gran mayoría de nuestros pacientes es superior a la unidad, y por tanto debemos tomar precauciones para prevenir accidentes.

Las medidas que adoptamos no difieren de las preconizadas por la gran mayoría de autores (1, 2, 10, 18, 21, 29, 30, 32) y que tienden a una profilaxis cuanto más meticulosa mejor. Son principalmente tres los factores que determinan la aparición de un proceso tromboembólico:

- 1) El aumento de la coagulabilidad sanguínea, que sin duda en el enfermo vascular no está ajena a la acción traumatizante sobre los tejidos y vasos.
- 2) El enlentecimiento de la circulación, favorecido por el encamamiento.
- 3) Lesiones de las paredes vasculares (que realiza el cirujano vascular).

Se admiten otros factores (17) tales como: edad del enfermo, alimentación a que ha estado sometido, infecciones, condiciones climatológicas, etc.

Hasta el año 1959 nos limitábamos a atender el pre y postoperatorio de nuestros enfermos con las siguientes medidas en relación con su situación vascular:

---

\* Comunicación presentada en las VIII Jornadas Angiológicas Españolas, Sevilla, 1962. La fenilbutazona empleada en este grupo de enfermos es la sintetizada por los laboratorios de J. R. Geigy A. G. de Basilea con el nombre comercial de Butazolidina.

- 1.º Determinación del tiempo de coagulación antes de la operación en un simple portaobjetos, aceptando como normal cuando éste oscila entre cinco y diez minutos.
- 2.º Vendaje compresivo en cualquier intervención venosa sobre los miembros.
- 3.º Tratamiento postural con elevación de los pies de la cama del enfermo venoso.
- 4.º Movilización activa y pasiva.
- 5.º Deambulacion precoz en los casos en que la índole de la intervención lo permite.

A pesar de tomar estas medidas sistemáticamente, y que seguimos en la actualidad, en el espacio de pocos meses tuvimos que lamentar la presencia de dos embolias pulmonares. Una, mortal, al ser dada de alta el 14.º día de la intervención, una enferma operada de varices e injerto. Otra, al 4.º día en un enfermo operado de varices. Así como también, en algún otro enfermo, síntomas de manifiesta trombosis profunda.

Ello nos indujo a pensar que estas medidas eran relativamente insuficientes.

El primer paso que dimos, en vista de las publicaciones sobre el particular (1, 12, 23, 24, 25, 32, 34, etc.) y de los excelentes resultados que nos daba en cualquier proceso flebítico, fue la administración la fenilbutazona en el postoperatorio. Los resultados fueron satisfactorios en varios aspectos, y por ello, como las anteriores medidas, ésta fue aplicada sistemáticamente en: operados de varices, aplicaciones de injerto libre de Padgett con o sin extirpación de varices, en unos pocos casos de embolectomías arteriales.

Hemos reunido 98 casos. Algunos de estos enfermos fueron intervenidos dos veces por presentar alteraciones en ambas extremidades inferiores. Los consideramos casos distintos ya que nunca operamos las dos extremidades en el mismo acto quirúrgico.

Estos enfermos se distribuyen de la siguiente manera:

1. — Operaciones de *varices* (Con o sin úlceras) .. .. 85  
Safena interna .. .. . 57  
Safena interna y externa .. .. . 11  
Safena externa .. .. . 12  
Otras comunicantes .. .. . 5  
Edades: Comprendidas entre 21 y 75 años.
2. — Aplicaciones de *injerto* libre de Padgett .. .. 9  
Por *ulcus* postflebítico .. .. . 6  
Varices *úlceras* .. .. . 2  
Quemadura-*ulcus* .. .. . 1  
Edades: Comprendidas entre 35 y 57 años.
3. — *Embolectomías* en bifurcación de arteria femoral .. 4  
Edades: Comprendidas entre 38 y 74 años.

La dosis empleada ha sido la de un inyectable diario (600 miligramos) los tres primeros días. En algunos casos se han seguido de dos inyectables más, uno el 5.º y otro el 7.º día.

No se ha administrado dicho fármaco cuando el enfermo, debidamente interrogado, ha manifestado tener, además del proceso vascular, alguna alteración gastrointestinal, hepática, cardíaca con posible descompensación, o renal. Han sido muy pocos.

Teniendo en cuenta las acciones farmacológicas de la fenilbutazona, (8, 12, 13, 25, etc.) podemos hacer unas consideraciones sobre su empleo en el postoperatorio del enfermo vascular.

Su acción antipirética, debida a ser un derivado pirazolónico, no nos va a ser muy beneficiosa ya que nos puede enmascarar alguna infección de la herida o heridas operatorias. Pero no es tan intensa como para, en el caso de una infección, impedir que se manifieste ésta, si no con temperaturas altas, con una febrícula. Si en algún caso la infección ha sido de consideración, su efecto ha sido el de cualquier antipirético con las ventajas e inconvenientes de los mismos.

La acción analgésica es digna de consideración. Desde que empleamos la fenilbutazona, procuramos tener el enfermo varicoso ingresado en Clínica sólo un día después de la intervención, de manera que le indicamos que ande a las 8-12 horas después de la intervención. Si alguna vez lo han intentado antes de la inyección de fenilbutazona, ha sido con grandes mortuoriedades o han tenido que desistir. Excepto 8-10 casos de los enfermos citados, los demás han podido abandonar la clínica por su propio pie al siguiente día de la intervención. Cosa que anteriormente o no se hacía o era con grandes dificultades por parte del enfermo.

En el enfermo que se ha aplicado un injerto libre de Padgett o al que se ha practicado una embolectomía arterial, se ha comportado como un analgésico de mediana intensidad.

La acción antiinflamatoria debida a la disminución de la permeabilidad capilar, es, junto con la anterior, la más efectiva. Aunque están de acuerdo todos los autores en que de por sí no es suficiente para una profilaxis del proceso tromboembólico, la mayoría de ellos (1, 2, 3, 8, 9, 10, 20, 25, 32, 34) aceptan que es una poderosa arma digna de tener en cuenta y que contribuye a la disminución de accidentes. Desde que la empleamos en nuestros enfermos no sólo no hemos tenido en ellos ninguna embolia pulmonar, sino que tampoco hemos observado signos de procesos flebíticos, cosa que antes se apreciaba con relativa frecuencia.

Hemos de tener en cuenta, además, que principalmente en el enfermo varicoso favorece extremadamente la aplicación de las medidas profilácticas anteriormente citadas.

Su acción en los injertos y embolectomías y los beneficios que de su empleo obtenemos son más empíricos. Es por su acción antiinflamatoria local, que en cierto modo ha de ser beneficiosa para que no se formen con tanta facilidad trombos sobre la herida vascular. En las embolectomías, pasadas varias horas, se ha añadido además un tratamiento anticoagulante con heparina. Creemos que su efecto ha de ser beneficioso.

La posible acción anticoagulante, ya citada por SALLERAS y RUZ (23) en la revisión que hacen de la literatura en 1956, ha sido objeto de numerosas investigaciones. Fueron estimuladas por las publicaciones de varios casos de hemorragias digestivas, púrpuras cutáneas, hemoptisis, hematurias, mielitis hemorrágica, vesiculosis hemorrágicas, etc., que citan en sus trabajos los autores que hemos consultado (5, 6, 7, 10, 14, 25, 33, 34).

Coinciden todos ellos, después de comprobar sus efectos sobre los distintos factores y fases de la coagulación, en negar cualquier papel anticoagulante a la fenilbutazona. Sólo MONTIGEL (15, 16) aprecia, en este sentido, un efecto sinérgico entre la fenilbutazona y las cumarinas.

En nuestra experiencia clínica no hemos observado alteraciones en pro ni en contra de dicha acción. Pero nos inclinamos a creer que los efectos beneficiosos que obtenemos no son debidos a que actúa sobre la coagulabilidad sanguínea.

Los efectos antihialuronidásico y antiuricémico que cita GENNARO (8) atribuibles a la fenilbutazona tampoco han sido contrastados en nuestros enfermos.

NÚÑEZ RAMOS (20) recomienda la administración de diuréticos durante el tratamiento con fenilbutazona por el efecto antidiurético de ésta. No los hemos empleado ya que no se han observado edemas en ninguno de nuestros enfermos. No se ha hecho un control meticuloso de la diuresis, pero tampoco se han observado alteraciones dignas de mención. Hemos de tener en cuenta que las dosis empleadas han sido bajas y el tratamiento de corta duración.

Se citan urticarias, leucopenias, abscesos por la inyección, púrpuras, etc. aparte de los edemas, que no hemos observado nosotros.

#### CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos con el empleo de la fenilbutazona en el postoperatorio de los enfermos vasculares nos permite resumir su beneficioso efecto en los siguientes apartados:

1) Es un analgésico de mediana intensidad que no tiene efecto sobre el psiquismo del enfermo, de manera que mejora su estado subjetivo alterado por el dolor.

2) Es un poderoso auxiliar para la deambulación precoz en el enfermo varicoso. Permitiendo asimismo realizar con un mínimo de molestias los ejercicios que le indicamos.

3) Permite reducir la estancia en clínica de la mayoría de nuestros enfermos.

4) Por su acción antiflogística creemos que reduce directamente el peligro de trombosis que se produce en toda herida vascular y, con ello, los peligros de trombosis y embolia de los enfermos vasculares.

5) Las acciones colaterales perniciosas quizás debido a las normas y dosificación que empleamos, consideramos que son prácticamente nulas.

### RESUMEN

El autor recomienda la administración de fenilbutazona en el postoperatorio de intervenciones sobre el sistema vascular con objeto de evitar las complicaciones tromboembólicas, resaltando su acción analgésica y antiinflamatoria. Resume su experiencia sobre 98 casos.

### SUMMARY

With the author's own experience in 98 cases the importance of phenylbutazone in the prevention of thromboembolism in the postoperative of vascular operations is reported.

### BIBLIOGRAFÍA

1. AEPPLI, H.; RAGETH, S. — *Butazolidina como factor suplementario en la profilaxis de la tromboembolia*. "Schweiz. Med. Wschr.", suplemento 24; 1957.
2. BLOCH, H. R.; JENNY, J. — *El problema de la profilaxis postoperatoria de la tromboembolia con Butazolidina*. "Schweiz. Med. Wschr.", suplemento 24; 1957.
3. BRADEN, F.; COLLINS, C.; SEWELL, J. — *Phenylbutazone in the treatment of thrombophlebitis; A preliminary report*. "Jour. Louisiana S.M.S.", 109:372; 1957.
4. CASTRO MOLLER, H. — *Varicoflebitis o varicotrombosis*. V Congreso Latinoamericano de Angiología, Río de Janeiro 1960.
5. CARUSO, A.; BUSTAMANTE, F.; PORTELA, C. — *Acción de la Butazolidina sobre la coagulación sanguínea*. "Arch. Argentinos de Reumatología", 18:45; 1956.
6. CHITI, E.; LUCA, G. — *Fattori della coagulazione e prove emogeniche in soggetti sani, prima e dopo trattamento con fenilbutazone*. "Arch. Maragliano", 10:1.247; 1955.
7. FORATTINI, C.; BENEDETTI, A.; CRISTINI, M. — *Sul comportamento dell'emocoagulazione in corso di terapia fenilbutazonica*. "Giorn. di Clinica Medica", 8: 933; 1954.
8. GENNARO, P. F. — *Considerazioni cliniche e terapeutiche sull'impiego del fenilbutazone nelle flebiti in Ortopedia*. "Bol. Mem. della Soc. Tosco Um. di Chirurgia", 20:355; 1959.
9. GERVAIS, M. — *La trombosis venosa superficial de los miembros inferiores*. "Angiología", 9:10; 1957.
10. KAUFMANN, P. — *Comparación entre la profilaxis de la tromboembolia con anticoagulantes y con Butazolidina*. "Schweiz. Med. Wschr.", suplemento 24; 1957.
11. MARSAL, C. — *La fleboextracción en varices esenciales*. "Arch. Facultad Medicina Zaragoza", 5:753; 1957.
12. MARCORELL, F. — *Tratamiento de la tromboflebitis por la Butazolidina*. "Angiología", 8:177; 1956.
13. MEDEIROS, A.; RIBEIRO, A. P.; SIGUEIRA, H. — *A fenilbutazona no tratamento das tromboflebitis*. "O Hospital", 56:919; 1959.
14. MEYER, G.; CARUSO, A.; BUSTAMANTE, F. — *Butazolidina en la hipoprotrombinemia provocada*. "Arch. Argentinos de Reumatología", 2:51; 1956.
15. MONTIGEL, C. — *Die Gerinnungsverzögernde Wirkung der Cumarine und deren Beeinflussung durch Barbiturate, Butazolidin und andere Substanzen in vivo*. VI Congreso de la Sociedad Europea de Hematología, Copenhagen 1957.

16. MONTIGEL, C. — *Problemas principales del tratamiento de las tromboembolias con anticoagulantes*. "Gazeta Médica del Norte, Bilbao".
17. NAEGELI, TH.; MATIS, P. — "Clínica y terapéutica de los procesos tromboembólicos". Edit. Científico Médica, 1958.
18. NOVO, A.; PUENTE, J. L. — *Profilaxis y tratamiento del tromboembolismo operatorio*. "An. Facultad Medicina Santiago de Compostela", 2:264; 1958.
19. NÚÑEZ RAMOS, C.; TORRES, P.; RAMALLO, M.; VIDAL, J. — *Phlebotrombosis: Clinical study and treatment*. "Cand. M.A.J.", 82:16; 1960.
20. NÚÑEZ RAMOS, C.; MARCHENA, G.; TORRES, P.; VIDAL, J. — *Importancia del índice tromboembólico en el manejo del paciente quirúrgico*. "Angiología", 13: 56; 1961.
21. PALAO MOLINA, F. — *Profilaxis de la tromboflebitis en Ginecología y el signo de Lowenberg*. "Medicina Clínica", 33: n.º 5; 1959.
22. RODRÍGUEZ AZPURUA, E. — *Tratamiento de las tromboflebitis con Butazolidina*. "Angiología", 9:248; 1957.
23. SALLERAS, V.; RUZ, F. — *La Butazolidina en el tratamiento de las flebitis superficiales y profundas*. "Angiología", 8:164; 1956.
24. SIGG, K. — *Über die Behandlung der Venenthrombose mit Butazolidin*. "Praxis", 8:173; 1954.
25. SIGG, K. — *Behandlung der Thrombose mit Butazolidin. Sind anticoagulantien noch indiziert?* Thrombose und Embolie I Int., Tagung. Basel 1954.
26. SIGG, K. — *Zur Behandlung der Venenthrombose mit Butazolidin*. "Schweiz. Med. Wschr.", 11:261; 1955.
27. SIGG, K. — *Kraumphadern und tiefe chronische Beinvenenthrombose*. "Münch. Med. Wschr.", 98:260; 1956.
28. SIGG, K. — *Butazolidin und Kompression Behandlung der Thrombose*. "Praxis", 16:389; 1959.
29. STAMM, H. — *Sinopsis de nomenclatura y diagnóstico de la tromboembolia venosa*. "Schweiz. Med. Wschr.", suplemento 24; 1957.
30. STAMM, H. — *Sinopsis de la profilaxis de la tromboembolia venosa*. "Schweiz. Med. Wschr.", suplemento 24; 1957.
31. STAMM, H.; TRIEBOLD, H. — *Fenilbutazona y "stress"*. "Schweiz. Med. Wschr.", suplemento 24; 1957.
32. STAMM, H.; TRIEBOLD, H. — *La profilaxis por la Butazolidina en las complicaciones postoperatorias y post-partum*. "Schweiz. Med. Wschr.", suplemento 24; 1957.
33. STAMM, H. — *Hat Butazolidin antithrombotische Wirkungen?* "Geburtschilfeund Frauenheilkunde", 11:1.354; 1958.
34. VILLENEGGER, H.; SIGG, K.; EGLI, E.; BINSWANCER, J. — *Ensayo de la profilaxis de la tromboembolia sin anticoagulantes*. "Schweiz. Med. Wschr.", suplemento 24; 1957.