

EMBOLIA PULMONAR POR VARICOFLEBITIS

LUIS OLLER-CROSIET

*De la Sección de Cirugía Vascular del Instituto
Policlínico de Barcelona*

La varicoflebitis constituye una complicación frecuente de las varices que por lo general es poco temida del médico y del cirujano. Sin embargo, las consecuencias desagradables que acarrea al enfermo van desde la sensación dolorosa a lo largo del trayecto venoso trombosado, que apenas impide la deambulación, hasta el episodio grave, a veces mortal, de la embolia pulmonar.

Veamos un caso demostrativo: Mujer de 63 años. Delgada. Antecedentes de fibroesclerosis pulmonar fímica. Varices aronculares muy dilatadas en la extremidad inferior izquierda, desde hace 25 años, sin úlceras ni lesiones tróficas cutáneas. Ningún antecedente de flebitis pasada. Tres semanas antes de ver a la enferma había notado dolor espontáneo y endurecimiento en sus varices, siendo tratada durante este tiempo con reposo relativo y Tonoflebil. Tres días antes de ser consultados, nuevo dolor e impotencia funcional de la extremidad afectada, que le obligaron a guardar cama. Aquella misma noche, mientras dormía, le despertó un intenso dolor en hemitórax izquierdo acompañado de agitación extrema, que cedieron aproximadamente a la hora de producirse. Vista a los dos días de este episodio, presentaba: Pulso, 96. Temperatura, 37'6. Tensión arterial, 110 mm. sistólica y 80 mm. diastólica. En la extremidad inferior izquierda varicoflebitis del trayecto de la safena interna con grandes dilataciones trombosadas. Impotencia funcional y edema global no muy marcado de la extremidad. Signo de Homans positivo y dolor a lo largo de los vasos femorales. La exploración física torácica no revelaba signos de infarto pulmonar.

El día 5-10-49, con anestesia raquídea se descubren los vasos ilíacos izquierdos por vía extraperitoneal. La vena iliaca externa no está trombosada. Se procede a la ligadura por debajo de la hipogástrica. Heparinización inmediata, con una dosis diaria de 250 miligramos durante cinco días, seguido de la administración de Tromexan, controlando el tiempo de coagulación y hematíes en orina. Febrícula, que cede al tercer día postoperatorio. Después de la ligadura, ligero aumento del edema. A los diez días sale de la clínica con un vendaje de cola de zinc y escaso edema global de la extremidad. Dos meses después, apenas se distingue edema. Las varices se han curado definitivamente y se aprecia una red venosa superficial de circulación complementaria en el muslo y abdomen. La enferma se encuentra perfectamente.

Es cierto que muchas varicoflebitis evolucionan sin dar lugar a embolias y curan sin otras medidas terapéuticas que las aceptadas como clásicas del reposo y calor local, pero no lo es menos que otras traen como consecuencia la trombosis del sistema venoso profundo y una o más embolias pulmonares. El caso presentando es un ejemplo, y enseña, por otra parte, cómo la inmovilización no es capaz de impedir la embolia que se presentó mientras la enferma dormía. Por ello, teórica y prácticamente, la pasividad terapéutica, no emplear las sustancias anticoagulantes o no ejecutar una ligadura venosa oportuna, significa hacer correr deliberadamente al paciente un riesgo grave. Si la embolia pulmonar se admite como posible, también es preciso admitir que puede ser mortal. El gran calibre del émbolo no parece ser el factor único capaz de producir la muerte. Se admite que también la pueden provocar coágulos relativamente pequeños que dan lugar a un bloqueo circulatorio de una zona pulmonar poco extensa, pero que desencadenan una serie de fenómenos generales de carácter reflejo, sobre todo vagales.

Teniendo en cuenta esto resulta imposible prevenir, en un caso dado cualquiera, las consecuencias a que puede dar lugar la embolia pulmonar y sólo el hecho de admitir clínicamente su posibilidad impone un tratamiento de urgencia. Así la conducta a seguir frente a esta complicación de las varices no da lugar a dudas, puesto que la ligadura de los cayados insuficientes de la safena interna o de la externa no encierran riesgo alguno para el paciente, constituyendo el tratamiento correcto y de elección ya que impide el paso a la progresión del trombo.

La varicoflebitis puede aparecer con los caracteres clínicos acusados propios de la tromboflebitis por hallarse presente una infección de origen vario: úlcera, foco séptico regional, etc., y la periflebitis que suele acompañarla dar lugar incluso a la supuración de la pared del vaso e infección del trombo. Esta situación, más que por el peligro de embolia pulmonar, es por el foco de sepsis que representa y estado toxi-infeccioso grave a que da lugar, que exige la ligadura venosa proximal. Con ella no sólo mejora rápidamente el estado general del enfermo, sino que además la terapéutica antibiótica o quimioterápica instituida para luchar contra el componente infeccioso muestra su máxima eficacia.

La varicoflebitis precisa de un diagnóstico y tratamiento precoces. Aparecida espontáneamente, muchas veces sin causa aparente que la justifique, en unas varices tronculares gruesas, el dolor no es intenso y puede no presentarse enrojecido al trayecto del vaso afecto. La consistencia de las varices se hace pastosa y éstas dejan de ser reductibles. La piel no se endurece y el estado general del paciente no sufre alteración. Mientras permanece en el sistema venoso superficial el peligro de embolia pulmonar es mínimo, pero dejada la trombosis a su libre evolución y sobre todo tratada con reposo o inmovilización, que favorecen la estasia y la propagación rápida del trombo

al sistema venoso profundo, en cuanto éste es alcanzado el pronóstico se agrava y no sólo se convierte en un conflicto circulatorio de trascendencia para la extremidad enferma y un peligro cierto de embolia pulmonar que amenaza la vida del enfermo, sino que la ligadura del cayado de la safena interna o externa como tratamiento de la varicoflebitis y profilaxia de la embolia es ya insuficiente. Si esta última se presenta habrá que proceder a la ligadura de la ilíaca externa lo más próximamente posible de la hipogástrica, seguido esto de la administración de anticoagulantes. Así, una segunda embolia, tal vez mortal, podrá evitarse.

RESUMEN

Se comunica un caso de varicoflebitis de la extremidad inferior izquierda, complicado con trombosis venosa profunda y embolia pulmonar que fué tratado y curado mediante ligadura de la vena ilíaca externa y heparinización. La embolia se presentó mientras la enferma dormía. Se pone de relieve la necesidad de que la ligadura de los cayados insuficientes de la safena interna o externa se considere de urgencia en las flebitis varicosas, evitando así una posible embolia pulmonar mortal o tener que someter al enfermo a operaciones de mayor importancia.

SUMMARY

A case of thrombophlebitis in a varicose vein of the left saphenous system, complicated with deep venous thrombosis and pulmonary embolism is reported. It was treated and cured by ligation of the external iliac vein and with heparin. The embolism appeared while the patient slept. The need to consider the ligation of the incompetent communicating veins, great or short saphenous, as a necessary urgent treatment of the varicose phlebitis is remarked. That may avoid a deep venous thrombosis and perhaps a fatal pulmonary embolism.