

## El tratamiento quirúrgico de la varicoflebitis aguda de los miembros (\*)

E. CACCIATORE, G. BEVILACQUA, G. C. LUMIA, G. P. CAMMAROTA y R. PANICALI

Divisione di Chirurgia (Primario: Prof. E. Beatrice)  
Ospedale «B. Ramazzini»  
Carpi (Italia)

### Introducción

Muchos consideran la complicación flebítica de las varices como un hecho banal y sin secuelas. Ello explica el general desinterés por esta patología y la superficialidad con que se afronta y trata el problema.

Desde hace tiempo, flebólogos y cirujanos vasculares llaman la atención sobre la varicoflebitis aguda y en especial sobre sus posibles consecuencias, difundiendo en lo posible los problemas relativos y las soluciones terapéuticas más adecuadas. No es una nueva posición por un renovado interés hacia las enfermedades trombóticas venosas, pero sí una convicción basada en la experiencia y la observación cotidiana.

Por desgracia, desde hace años cualquier sugerencia —como dice **Marmasse**— ha constituido un «clamar en el desierto». Es por ello que todavía se aplican métodos que con frecuencia inútiles pueden, además, convertirse en perjudiciales, tal los viejos emplastos húmedos calientes, el reposo forzado en cama, pomadas, antibióticos.

Hoy día hay que considerar la varicoflebitis aguda como una verdadera y propia urgencia a tratar lo más rápidamente posible y, sobre todo, quirúrgicamente; lo que no es nuevo, ya que en 1939 **Tournay** ya propuso los métodos quirúrgicos, pero que todavía requieren ciertamente una más amplia difusión.

### Fines de la terapéutica de urgencia

Los principios fisiopatológicos y en particular anatomoclínicos en que se funda este concepto terapéutico no faltan en la literatura. Por ello, examinaremos y comentaremos, fundándonos también en nuestra experiencia, los objetivos prefijados del tratamiento quirúrgico precoz.

1. **Impedir la extensión de la trombosis a la circulación profunda.** El proceso trombótico se difunde ya a través de la unión safeno-femoral y safeno-poplítea, ya en menor escala a través de las perforantes (fig. 1). Esta incidencia

---

(\*) Traducido del original en italiano por la Redacción.

es, según las estadísticas, del 6,7 % (**Hafner**), al 29 % (**Gjöres**) y al 60 % (**Glover**). Nosotros hemos comprobado un 12 % de trombosis en la unión safeno-femoral en el momento quirúrgico.

2. **Evitar la embolia pulmonar.** La embolia pulmonar puede proceder de la circulación profunda y es una complicación de la difusión trombótica, o directamente de la circulación superficial, cosa más rara. Pero, con independencia del origen su frecuencia es de cerca del 10 % (**Galloway**) en los casos no tratados,

En verdad, se trata de una incidencia demasiado alta si pensamos que la varicoflebitis aguda, bien tratada, es una afección benigna.

Todos los autores están de acuerdo sobre el hecho de que la probabilidad de la embolia es directamente proporcional al tiempo de la aparición de la varicoflebitis y por tanto de la permanencia en cama del paciente. **Marmasse**, habla por ello de «mortal permanencia en cama».

3. **Prevenir las recidivas de nuevos episodios agudos.** Parece típico que las varicoflebitis recidiven una o más veces: 15 % según **Hafner**, 22 % según **Tessarolo**. Nosotros confirmamos el carácter recidivante, al menos en el 20 % de los casos. Las causas de la recidiva son obvias al persistir la estasis venosa, causa que produce la varicoflebitis misma.

4. **Hacer rápida la curación y breve la convalecencia.** Es un hecho que la varicoflebitis tratada de forma inadecuada se arrastra mucho tiempo, a veces hasta tres meses, con notable malestar para el paciente y perjuicio social. La terapéutica adecuada, por contra, reduce sensiblemente estos inconvenientes llevando a una curación clínica en unos diez días como máximo, reduciendo la convalecencia, que en algunos casos puede incluso ser evitada. En efecto, es posible practicar una intervención ambulatoria bajo control cuidadoso y frecuente, prosiguiendo la terapéutica a domicilio. A este respecto, el internamiento «standard» llevado a cabo

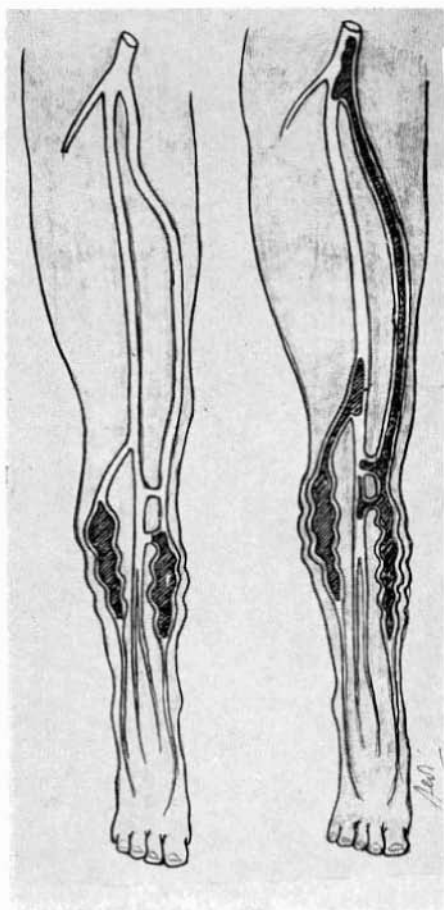


Fig. 1. — Mecanismo de propagación de una flebitis de la superficie a la profundidad.

por nosotros se ha reducido a 3 días, salvo eventuales complicaciones o excepciones.

### Método terapéutico

Según la interpretación moderna la terapéutica de la varicoflebitis aguda se basa en una triada de cuidados de orden fisioterápico, médico y quirúrgico. Sobre esta última parte es sobre la que nosotros nos detendremos en especial, aunque poniendo primero en evidencia que ello no permite prescindir de las otras dos. En otras palabras, ningún cuidado quirúrgico puede tener éxito si no se complementa por una compresión elástica, deambulación, gimnasia y terapéutica médica (antiflogísticos, leves fibrinolíticos, bloqueadores alfa).

Dos ventajas tiene el tratamiento quirúrgico: su mayor eficacia en la prevención de posteriores complicaciones y la rapidez de la curación.

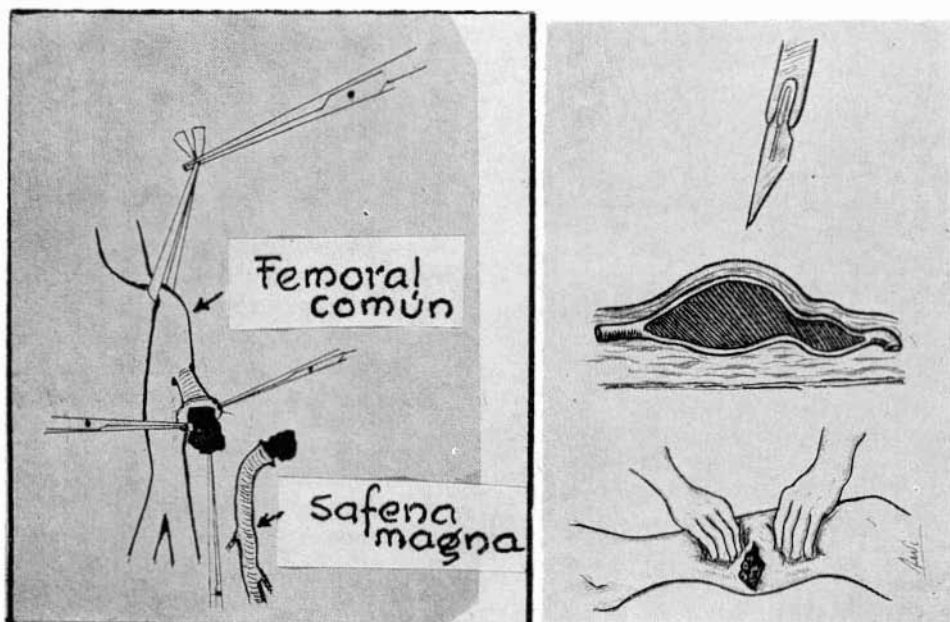


Fig. 2.—Esquema de la trombectomía simple en caso de trombosis de la unión safeno-femoral (según Tessarolo).

Fig. 3.—Técnica de incisión y expresión de los trombos contenidos en las dilataciones saculares varicosas.

Quedan por discutir los datos técnicos, aunque son bastante simples.

La safenectomía radical de urgencia es defendida por sus partidarios por su indiscutible ventaja de tratar simultáneamente la enfermedad base y su complicación. No se diferenciaría esencialmente de la normal intervención de elección. No obstante, según otros autores (Dodd, Cockett, De Takats, etc.) no es aconsejable, siendo necesarios amplios despegamientos o francas incisiones de partes blandas en los casos de enormes dilataciones saculares trombosadas.

Nosotros no hemos sentido nunca la necesidad, en los 24 casos tratados, de

recurrir a este método, limitándonos más bien a la resección del cayado y a la incisión sobre los paquetes trombosados exprimiendo su contenido hacia el exterior.

Según **Goldstein, Van der Stricht** y otros, la resección del cayado de la safena responde muy eficazmente a muchos requisitos. Es una intervención simple, rápida, absolutamente no traumatizante y posible bajo anestesia local, lo que permite un tratamiento ambulatorio. Está indicado en todos los casos de varicoflebitis ascendente, o sea la que progresa por encima de la rodilla. Hay que tener presente que el nivel clínico de la trombosis no corresponde al anatómico, ya que el proceso siempre está más extendido hacia arriba.

La interrupción de la safena, por tanto, y la exploración de la vena profunda (femoral, o más rara vez la poplítea) con un simple «flushing» o sonda de Fogarty protegen de la embolia (fig. 2).

Después, secundariamente, se procederá al «stripping». Con este método hemos tratado el 62,5 % de los miembros operados.

Cuando existan grandes dilataciones venosas trombosadas en la pierna, tensas, duras, dolorosas, está indicada también la incisión y expresión de los trombos (fig. 3). Esta maniobra proporciona un inmediato alivio y la rapidísima resolución del proceso. En el 20,9 % de los casos hemos practicado sólo este tipo de intervención, contenida la flebitis por debajo de la rodilla, en tanto que en el 16,6 % restante hemos asociado a la vez la resección del cayado de la safena.

### **Resultados y conclusiones**

Perfectamente de acuerdo con cuanto se refiere en la literatura, creemos que nuestra orientación terapéutica se ha mostrado eficaz resolviendo todos los requisitos que se había propuesto y, sobre todo, el evitar la embolia pulmonar.

Nunca ha sobrevenido esta complicación, incluso en tres casos en que la trombosis alcanzó el sistema profundo. El hallazgo anátomo-quirúrgico mostró que en dos pacientes el trombo flotaba en la femoral y en otro había ya progresado hasta la iliaca.

En el resto de los casos, los controles flebográficos y angioscintigráficos con tecnecio revelaron que el sistema profundo no presentaba compromiso trombótico.

El criterio que nos hace valorar nuestros resultados es, pues, el clínico: como «óptimo» hemos clasificado los pacientes en los que su estancia en cama no ha superado los tres días, los dolores han desaparecido con rapidez y la curación clínica se ha efectuado en diez días (84 %). En el 16 % restante hemos definido el resultado como «bueno», sobre todo por problemas quirúrgicos (persistencia de secreción, infiltración de la herida, etc.). En caso alguno el resultado ha sido catalogado de «nulo» o «escaso».

Para terminar, queda poco por añadir. Nos ha parecido simplemente útil puntualizar una patología poco estudiada y en todo caso casi siempre minusvalorada, exponer los criterios terapéuticos en los que nos hemos inspirado y, por último, contribuir junto a otros al esfuerzo común para mejorar los resultados.

## RESUMEN

Los autores exponen los criterios terapéuticos de actuación en los casos de varicoflebitis aguda ascendente. Se subraya la importancia de dicha afección, con frecuencia descuidada o mal curada, y los fines que en particular la cirugía se propone. Basados en su experiencia, concluyen en que sólo una terapéutica de urgencia correcta puede evitar las complicaciones y favorecer la curación clínica.

## SUMMARY

Causes and different therapeutical criteria on acute ascending thrombosis of varicose veins are exposed. To avoid complications and to lead to healing, an emergency treatment is indicated.

## BIBLIOGRAFIA

- Bassi, G.:** Quelques données sur la fréquence et l'évolution de la phlébite variqueuse. «Phlébologie», 2:165, 1964.
- Cacciatore, E. y Tuscano, G.:** Attualità sulle tromboflebiti degli arti. «Terapia», 59:217, 1974.
- Calvi, L. y Mangani, G.:** La terapia chirurgica delle tromboflebiti acute superficiali degli arti. «La Med. Intern.», 10:334, 1960.
- Davy, A.:** «Les Varices.» Ex. Sc. Fr., Paris, 1974.
- De Takats, G.:** «Vascular Surgery», W. B. Saunders C., Philadelphia and London, 1959.
- Dodd, H. y Cockett, F. B.:** «The Pathology and Surgery of the Veins of the lower Limb.» Edimburgo-London, 1956.
- Galloway, J. M. D.; Karmody, A. M. y Mavor, G. E.:** Thrombophlebitis of the long saphenous vein complicated by pulmonary embolism. «Brit. J. Surg.», 56:360, 1969.
- Gjöores, E.:** Surgical therapy of ascending thrombophlebitis in the saphenous system. «Angiology», 13:241, 1962.
- Glover, W. T.; Vaughn, A. M.; Annan, C. M., y Caserta, J. P.:** Venous thrombectomy in the management of acute venous thrombosis of the saphenous system. «Am. J. Surg.», 93:798, 1957.
- Goldstein, M. y Van Der Stricht, J.:** La crossectomie comme prévention de l'embolie pulmonaire dans les thromboses saphéniennes. «Phlébologie», 4:349, 1964.
- Hafner, C. D.; Cranley, J. J.; Krause, R. J. y Strasser, E. S.:** A method of managing superficial thrombophlebitis. «Surgery», 55:201, 1964.
- Marmasse, J.:** Sur quatre cas d'embolies pulmonaires au cours de phlébites superficielles. «Phlébologie», 2:149, 1964.
- Martorell, F.:** «Angiología.» Salvat Ed., Barcelona, 1967.
- Martorell, F.:** Trombosis venosas espontáneas. «Angiología», 5:59, 1953.
- Martorell, F.:** Tratamiento de la tromboflebitis por la butazolidina. «Angiología», 8:124, 1956.
- Tessarolo, N.:** Il trattamento chirurgico delle complicanze flebitiche delle varici degli arti inferiori. «Minerva Cardioangiol.», 24:330, 1972.
- Tournay, R.:** Collections hématiques intra ou extra-veineuses dans les phlébites superficielles ou après injections sclérosantes de varices. ¿A quel moment la thrombectomie?
- Tuscano, G. y Cacciatore, E.:** The surgical treatment of superficial thrombophlebitis. «Surgery» en Italia, 2:194, 1972.