

## CARTAS CIENTÍFICAS

### **Flegmasia cerúlea en miembro inferior derecho en postoperatorio de cirugía ginecológica**



### **Phlegmasia cerulea dolens in the right lower limb after gynecological surgery**

M. Hebberecht López\*, R. Ros Vidal, J.B. Cuenca Manteca, A. Bravo Molina y L.M. Salmerón Febres

UGC Intercentros de Granada, Granada, España

Paciente mujer de 63 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial de larga evolución, en tratamiento por síndrome ansioso-depresivo y artrosis.

Fue intervenida de carcinoma escamoso de vulva realizándole vulvectomía y ligadura de vena safena interna derecha. Un año después, ingresa a cargo del servicio de ginecología para extirpación de lesión quística en zona de vulvectomía y linfadenectomía inguinal derecha. En el postoperatorio inmediato, la paciente refiere dolor intenso en miembro inferior derecho.

A la exploración presenta aumento de diámetro y temperatura de la pierna derecha, así como empastamiento y coloración cianótica de la misma (fig. 1). Se palpa pulso pedio más débil que el contralateral. Se le realiza una ecografía Doppler urgente en la que se observa ocupación de vena femoral común derecha con material hipocogénico en su interior y permeabilidad de sector ilíaco.

Se interviene con carácter urgente bajo anestesia epidural. Se observa ligadura y sección completa de vena femoral común derecha, se retira el material de ligadura y se realiza trombectomía con catéter de Fogarty venoso n.º 6 por vena femoral superficial, por donde progresa menos de 10 cm por competencia valvular, con salida de trombo fresco aunque sin obtener buen reflujo, pero sí se obtiene buen reflujo desde sector ilíaco. Posteriormente, se procede a compresión externa con venda de Esmarch y anillo neumático desde



**Figura 1** *Flegmasia cerúlea dolens*. Apréciase coloración cianótica y aumento de perímetro de miembro inferior derecho con respecto al contralateral.

el pie hasta raíz de muslo obteniendo abundante trombo y recuperando buen aflujo. Se realiza reparación venosa con anastomosis término-terminal de la vena femoral común derecha. Se pauta anticoagulación sistémica con heparina

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [marina.vascular@gmail.com](mailto:marina.vascular@gmail.com)  
(M. Hebberecht López).

de bajo peso molecular (HBPM) durante el postoperatorio y se aplica vendaje elástico compresivo con venda de crepe de 10 × 10 cm desde raíz de dedos a raíz de muslo (a una presión aproximada de 20 mmHg).

La paciente permanece en reanimación durante 24 h y, posteriormente, sube a planta sin presentar complicaciones del procedimiento vascular. Mantiene pulso pedio bilateral con disminución del perímetro de la pierna derecha encontrándose normocoloreada y normoperfundida. Al alta, se mantiene anticoagulación sistémica durante un período mínimo de 6 meses.

Ante una lesión venosa de causa iatrogénica, actualmente hay 2 estrategias terapéuticas: la ligadura y la reparación venosa.

La reparación venosa tras lesiones iatrogénicas según algunos autores presenta un alto riesgo de complicaciones postoperatorias<sup>1</sup>.

A pesar de que la reparación venosa es la técnica más empleada, en caso de inestabilidad hemodinámica, lesión orgánica asociada o lesión extensa, la ligadura venosa también está aceptada<sup>2</sup>.

La tasa de permeabilidad de las reparaciones venosas a los 30 días después de la cirugía está entre el 70 y el 81% de forma global<sup>1,3,4</sup>. Esta depende del nivel de la lesión y de la técnica de reparación:

- En primer lugar, la tasa de permeabilidad es mayor en venas femoral común y poplítea que en territorio infrapoplíteo, que se suele ocluir en el primer día postoperatorio debido a las bajas velocidades de flujo<sup>4</sup>.
- En segundo lugar, la reparación con parche tiene una mayor permeabilidad a los 6 años (75%), en comparación con otras técnicas como la anastomosis término-terminal (43%) y el *bypass* con vena safena (36%)<sup>4</sup>.

Aunque la tasa de permeabilidad de las reparaciones venosas es alta, la mayoría de los pacientes presentan signos de insuficiencia venosa crónica tanto tras técnicas de reparación como de ligadura<sup>5</sup>.

En conclusión, la reparación venosa tras lesiones iatrogénicas se puede realizar sin una gran morbilidad y las venas de pequeño calibre se pueden ligar. Teniendo en cuenta la morbilidad asociada con la ligadura de las venas de gran calibre, se debe intentar reestablecer el flujo de las mismas<sup>6</sup>.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Bibliografía

1. Larsen MB, Baekgaard N. Acceptable results after venous reconstructive surgery following iatrogenic injuries to the iliofemoral vein segment. *Dan Med J.* 2012;59:A4410.
2. Timberlake GA, Kerstein MD. Venous injury: To repair or ligate, the dilemma revisited. *Am Surg.* 1995;61:139-45.
3. Pappas PJ, Haser PB, Teehan EP, Noel AA, Silva MB Jr, Jamil Z, et al. Outcome of complex venous reconstructions in patients with trauma. *J Vasc Surg.* 1997;25:398-404.
4. Kuralay E1, Demirkiliç U, Ozal E, Oz BS, Cingöz F, Gunay C, et al. A quantitative approach to lower extremity vein repair. *J Vasc Surg.* 2002;36:1213-8.
5. Bermúdez KM, Knudson MM, Nelken NA, Shackelford S, Dean CL. Long-term results of lower-extremity venous injuries. *Arch Surg.* 1997;132:963-7.
6. Pasch AR, Bishara RA, Schuler JJ, Jim LT, Meyer JP, Merlotti G, et al. Results of venous reconstruction after civilian vascular trauma. *Arch Surg.* 1986;121:607-11.