

Flebitis azul. Estudio preliminar Blue phlebitis. Preliminary study

Carlos Hernández Cañete (1), Jesús E. Cong Rodríguez (2), Nely R. Benítez, Arias (3), Maria E. Sánchez Montiel(4).

Resumen

Se realizó un estudio a pacientes portadores de flebitis azul que estuvieron ingresados en los servicios de Angiología de los Hospitales Provinciales Docentes Antonio Luaces Iraola y Manuel Ascunse Doménech de Ciego de Ávila y Camagüey respectivamente desde enero de 1973 hasta enero del 2003. Se analizaron los parámetros de edad, sexo, antecedentes patológicos personales, tratamiento utilizado y los logros obtenidos en el mismo. Se dan a conocer resultados preliminares de tener mayor frecuencia en el sexo masculino y en la quinta década de la vida. Los antecedentes patológicos personales más frecuentemente encontrados fueron las neoplasias y los mejores resultados se obtuvieron cuando se realizó tratamiento quirúrgico por trombectomía. Se realizó además la revisión de la literatura al respecto.

Palabras Claves: FLEBITIS AZUL / Tratamiento.

1. Especialista de Segundo Grado de Angiología. Profesor Auxiliar.
2. Especialista de Primer Grado en Cirugía. Profesor Asistente.
3. Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora Asistente.
4. Técnico en Laboratorio Clínico.

INTRODUCCIÓN

Desde que Rudolf Virchow (Alemania, 1821 – 1902) señala la clásica tríada de alteraciones en la pared vascular, alteraciones de la sangre que circula en su interior y disminución de la velocidad sanguínea, como factores importantes para la producción de un trombo dentro de un vaso venoso, múltiples son los trabajos y publicaciones que se han hecho al respecto¹.

Las trombosis venosas se dividen en superficiales y profundas², las que por su importancia y su relación o vinculación con graves complicaciones y sobre todo las segundas, de cualquier sector venoso afectado, constituye una enfermedad de importante manejo en el desarrollo de la práctica médica diaria. La Flebitis Azul de Gregoire, Flegmasia Cerúlea de Dolens, Flebitis Gangrenosa, Oclusión Venosa Masiva o Aguda de las extremidades, Flebitis Pseudoembólica y Gangrena de origen venoso, fue bien descrita por Fabricius Hiddanus en 1593 quien fue el primero en advertir que podía existir una gangrena de origen venosa por esta enfermedad³.

La oportunidad de atender en nuestros servicios pacientes portadores de esta patología nos llevó a elaborar este trabajo para determinar que tratamiento fue el de mejores resultados en la Flebitis Azul, así como conocer el número de casos que se les impusieron tratamiento quirúrgico o médico, determinar qué casos presentaron mayores complicaciones y enumerarlas, conocer los antecedentes patológicos personales que tenían éstos enfermos, determinar que sexo prevaleció y saber a qué edad se presentó la enfermedad con mayor frecuencia y además realizar la revisión de esta entidad, ya que su mejor conocimiento, conlleva a una mejor atención del paciente afectado.

MÉTODO

Se realizó un estudio con pacientes portadores de flebitis azul que estuvieron ingresados en los servicios de Angiología de los Hospitales Provinciales Docentes Dr. Antonio Luaces Iraola y Manuel Ascunse Doménech de Ciego de Ávila y Camagüey respectivamente desde enero de 1973 hasta enero del 2003. El trabajo se realizó según las valoraciones clínicas efectuadas y se revisaron las historias clínicas de las que se extrajeron los parámetros cuantitativos de números de casos, sexo, edad, tipo de tratamiento y los cualitativos sobre complicaciones y/o secuelas, resultados obtenidos y

antecedentes patológicos personales. Se llevaron los datos a cuadros y se relacionaron entre sí teniendo como medidas los por cientos. No se pudo realizar el test de significación estadística de χ^2 y/o probabilidad exacta de Fisscher, porque el tamaño de la muestra fue pequeño, por ser esta enfermedad poco frecuente.

NOTA: Se evaluaron como malos resultados los pacientes que fallecieron o se les realizó una amputación mayor. Se evaluaron como buenos resultados los pacientes egresados vivos que no se les realizó ninguna amputación mayor.

RESULTADOS

En el cuadro número 1 donde observamos los pacientes con Flebitis Azul vemos que 5 eran del sexo masculino para un 62.5 % y 3 del sexo femenino para un 37.5 %.

La edad de los pacientes estudiados nos refleja que tuvimos enfermos menores de 25 años y mayores de 70, prevaleciendo estos en la 5ta década de la vida según se demuestra en el Cuadro 2.

Entre los antecedentes patológicos personales relacionados con la enfermedad encontramos que 2 eran portadores de neoplasias, 2 de cardiopatías congénitas (Valvulopatía Mitral y Miocardiopatía Dilatada) y en 4 no se encontraron antecedentes lo cual se refleja en el Cuadro 3.

En el Cuadro 4 donde se valora el tratamiento utilizado se le realizó tratamiento quirúrgico al 75 % de los casos y al 25 % se le impuso terapéutica médica.

Las complicaciones que se presentaron con relación al tratamiento reflejadas en el Cuadro 5 nos exponen que, en el quirúrgico, solo un paciente presentó un Síndrome Posflebítico y en el médico todos los enfermos presentaron gangrenas, por lo que se hizo necesaria la amputación en estos.

DISCUSION

En nuestro estudio hubo predominio del sexo masculino y tuvimos pacientes desde menos de 25 años, hasta más de 70 años lo que nos demuestra que puede aparecer a cualquier edad, teniendo gran importancia los antecedentes patológicos personales. Dentro de los antecedentes patológicos familiares, dos pacientes eran portadores de neoplasias, dos de cardiopatías congénitas (Valvulopatía Mitral y Miocardiopatía Dilatada) y en 4 casos no se recogieron antecedentes.

Son muchos los factores que se señalan como causa de una trombosis venosa profunda: congénitos y adquiridos. Entre los primeros se señala la ausencia congénita de antitrombina III, proteína C y S, Factor V de Leyden, mutación de la protombina 20210A y Anticuerpos antifosfolípidos⁴. Entre las adquiridas se manifiestan el Síndrome Antifosfolípido y las Trombofilias de las enfermedades neoplásicas benignas por consumo de Antitrombina III, señalándose a estos procesos como causas más comunes con un 20 a un 40 % de frecuencia y entre la que predominan principalmente las neoplasias sólidas o mucinosas por ser más trombogénicas⁵. Otras enfermedades que producen trombosis venosas son las que conllevan a un éstasis sanguíneo las que abarcan el encamamiento prolongado y las alteraciones en el contenido en la sangre, además las que producen aumento de la viscosidad en la sangre y también enfermos portadores de Colitis Ulcerativa y Gastroenteritis. Se han señalado como causas de Flebitis Azul a pacientes con aneurisma de la arteria Iliaca Primitiva⁶ y Síndrome de May-Thurner (compresión de la vena Iliaca Izquierda por la arteria Iliaca Derecha) y las producidas también como una complicación de la cateterización de la vena Femoral para la inserción de un filtro en la vena Cava y por un aneurisma de la aorta abdominal⁷.

En nuestros casos, todos los diagnósticos fueron realizados clínicamente, independientemente de que se plantea que el 50 % de las trombosis venosas profundas pueden pasar inadvertidas a la clínica y que solo pueden ser diagnosticadas por métodos no invasivos como son: la Ecografía Doppler y la Pletismografía⁸, las cuales no poseemos y la Flebografía no nos brinda visualización de ningún vaso venoso, ya que en esta enfermedad se ocluyen de forma masiva todas las venas del miembro inferior afectado produciendo dolor súbito, edema y congestión cianótica que dificulta la palpación de los pulsos y en las fases más tardías conlleva a la Insuficiencia Arterial Periférica.

El diagnóstico clínico fue corroborado al realizar el tratamiento quirúrgico de Trombotomía y amputación supracondilea. En nuestros pacientes donde existió la oportunidad y la autorización se le realizó Trombectomía venosa con cateter de Fogarty u otro instrumento. En dos pacientes no existieron posibilidades ni autorización para realizar dicho proceder quirúrgico y se le puso tratamiento con

anticoagulantes no pudiendo utilizar fibrinolíticos ya que éstos no estaban a disposición en esos momentos.

Se plantea que la indicación quirúrgica se utiliza para⁹:

Prevención del Tromboembolismo Pulmonar.

Reducción del dolor y la inflamación de la extremidad.

Evitar la progresión de la trombosis y Gangrena Gaseosa.

Conservar el funcionamiento normal de las válvulas.

Salvar el miembro enfermo

Se establece que en el caso de esta enfermedad la indicación del tratamiento quirúrgico es para el 100 % de los casos y otros autores añaden a la Trombectomía el uso de clips en las venas, sobre todo en la Iliaca y Cava¹⁰.

En todos los pacientes que se le realizó tratamiento quirúrgico se alcanzaron buenos resultados y a los que se le impuso terapéutica médica fueron desfavorables, ya que hubo que realizarle amputación supracondilea. Por lo que recomendamos que ante la presencia de Flebitis Azul se deba indicar la Trombectomía de urgencia.

Por todo lo anteriormente planteado podemos arribar a las siguientes conclusiones:

Los pacientes portadores de esta patología que se les realizó tratamiento quirúrgico evolucionaron más favorablemente y constituyeron la mayoría de ellos.

Los enfermos que más secuelas o complicaciones presentaron fueron a los que se les realizó tratamiento médico.

En la mitad de los enfermos no se encontraron antecedentes patológicos personales y la neoplasia fue el más frecuente en el resto de los casos.

Prevalció el sexo masculino y predominaron los pacientes en la quinta década de vida.

ABSTRACT

An study was developed in patients suffering from blue phlebitis that were admitted in angiology service of the Antonio Luaces Iraola teaching Hospital and Manuel Ascunce Hospital, from Ciego de Avila and Camagüey respectively from January, 1973 to January, 2003. Age, sex, personal pathological background, treatment used and achievement attained. Preliminary results are shown of having greater frequency in male sex and in the fifth decade of life the personal pathological antecedents frequently found were neoplasms and better results were obtained when surgical treatment was done by thrombectomy. Besides the literature of the topic was reviewed.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Yara Sánchez J.E. Enfermedades Cardiovasculares en: Roca Goderich R. Eds. Temas de Medicina Interna. T. I. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1999.
2. Allen Ev, Barker Nw, Hinés EA. Peripheral Vascular Disease. Philadelphia: WB Saunders Company 1962; pág 543 – 545.
3. Morell RM, García San Miguel J. Tromboflebitis. Problemas de Diagnóstico y Terapéuticas. Barcelona. Ediciones Toray, 1965; Pág. 65.
4. Schreiber. D. Deep Venous Thrombosis and Thrombophlebitis. E. Medicine Instant Access to the Minds of Medicine January 14, 2002.
5. Sanchez N.A, Martinez LC, Sanchez FC, Reyes AOE, Velazco OC, Victoria GR et al. Trombosis Venosa Profunda asociada a Síndrome Paraneoplásico. Rev, Mex, Angiología 1994; 22(2), 25–28.
6. Janezak D, Ruanski UN, Skora J, szyber P, Wead LE K. La Trombosis de la Vena Ileo femoral secundario a un Aneurisma Iliaco 2000; 53 (7 – 8): 458 – 461.
7. Eggun R, Mefira B, Stawis P. La Flagmasía Cerúlea Dolens como sintoma de Aneurisma Aórtico Abdominal. Tid S. Skrni Laegue Joren 1999; 119 (30): 4460 – 7.
8. Barnes R.W. Estado actual de los métodos no invasivos para el diagnóstico de las enfermedades venosas. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica 1982; 3: 489 – 500.
9. Enof B, Arfuidsson B, Kistner RL, Masuda EM. Indicaciones para el tratamiento quirúrgico de la trombosis de las vena Ileo femoral. Hematal Clin Norte Oncol 2000; 14(2): 471 – 82.

10. Jiménez Cossio Y. Tratamiento de la Trombosis Venosa profunda. Nuestra Experiencia en 252 casos. Angiología 1984; XXXVI (3): 113 – 17.

Anexos

Cuadro 1: Sexo en pacientes estudiados con Flebitis Azul Hospitales Provinciales Manuel Ascunse Doménech y Antonio Luaces Iraola. Enero de 1973 – Enero 2003

SEXO	No	%
M	5	62.5
F	3	37.5
TOTAL	8	100

Fuente: Datos tomados de Historia Clínica.

Cuadro 2: Edad en pacientes estudiados con Flebitis Azul Hospitales Provinciales Manuel Ascunse Doménech y Antonio Luaces Iraola. Enero de 1973 – Enero 2003

EDAD	No	%
Menos de 25 años	1	12.5
26 – 45 años	2	25
46 – 65 años	4	50
66 y más años	1	12.5
TOTAL	8	100

Fuente: Datos tomados de Historia Clínica.

Cuadro 3: Antecedentes patológicos personales en pacientes estudiados con Flebitis Azul Hospitales Provinciales Manuel Ascunse Doménech y Antonio Luaces Iraola. Enero de 1973 – Enero 2003

ANTECEDENTES	No	%
No Antecedentes	4	50
Neoplasias	2	25
Cardiopatías	2	25
TOTAL	8	100

Fuente: Datos tomados de Historia Clínica.

Cuadro 4: Tratamiento en pacientes estudiados con Flebitis Azul Hospitales provinciales Manuel Ascunse Doménech y Antonio Luaces Iraola. Enero de 1973 – Enero 2003

TRATAMIENTO	No	%
Quirúrgico	6	75
Médico	2	25
TOTAL	8	100

Fuente: Datos tomados de historia Clínica.

Cuadro 5: Complicaciones presentadas en relación al tratamiento en pacientes estudiados con Flebitis Azul Hospitales Provinciales Manuel Ascunse Doménech y Antonio Luaces Iraola. Enero 1973 – Enero 2003.

COMPLICACIONES	No	%
Quirúrgico	1	66.3
Médico	2	33.3
TOTAL	3	100

Fuente: Datos tomados de Historia Clínica.

NOTA: Un paciente quirúrgico se complica con un síndrome postrombótico y dos pacientes con tratamiento médico presentaron gangrena venosa.

Cuadro 6: Resultado con relación al tratamiento en pacientes estudiados con Flebitis Azul Hospitales provinciales Manuel Ascunse Doménech y Antonio Luaces Iraola. Enero 1973– Enero 2003.

TRATAMIENTO	RESULTADOS			
	BUENOS		MALOS	
	No	%	No	%
Quirúrgico	6	100	0	0
Médico	0	0	2	100
TOTAL	6	100	2	100

Fuente: Datos tomados de Historia Clínica.