

Tromboflebitis superficial

Superficial thrombophlebitis

¹Dra. Mariana Brenes Artavia

Centro Médico San Juan de Tobosi y Clínica Médica Sin Fronteras, San José, Costa Rica
mabrear@hotmail.es

 <https://orcid.org/0000-0003-3082-3959>



RECIBIDO	CORREGIDO	ACEPTADO
2/2/2019	8/2/2019	23/2/2019

RESUMEN

La presencia de un trombo a nivel de una vena superficial y la respuesta inflamatoria que le acompaña, desencadenan el cuadro clínico de la tromboflebitis superficial. Esta patología en un inicio se consideraba un trastorno local, de rápida resolución y curso benévolo, con el mejor conocimiento de la historia natural de la enfermedad, se ha comprobado la alta probabilidad de desarrollar complicaciones tromboembólicas que comprometen la vida.

Los hallazgos en la evaluación del paciente crean la sospecha clínica inicial, sin embargo, para la confirmación diagnóstica se requiere el uso del ultrasonido dúplex para determinar la presencia de un coágulo en la circulación superficial, la extensión y la cercanía de este al sistema venoso profundo. El riesgo potencial de desarrollar un tromboembolismo venoso ha llevado a un cambio en el tratamiento, el cual más allá de tratar las molestias del paciente, se encuentra orientado en evitar dichas complicaciones.

PALABRAS CLAVE: trombosis; flebitis; venas; tromboembolismo.

ABSTRACT

The presence of a thrombus at the level of a superficial vein and the inflammatory response that comes with it, they trigger the clinical picture of superficial thrombophlebitis, this pathology initially was considered a local disorder, fast resolution and benign course, with the best knowledge of the natural history of the disease has proven the high probability of developing thromboembolic complications that compromise life. The findings in the evaluation of the patient create the initial clinical suspicion, however, to confirm diagnoses is required the use of ultrasound duplex to determine the presence of a clot in the superficial circulation, the extension and the proximity of this to the deep venous system. The potential risk of developing venous thromboembolism has led to a change in the treatment, which rather than treat the discomfort for the patient, It is oriented on avoid such complications.

¹Médico general, graduada de la Universidad Autónoma de Centro América (UACA), médico en Centro Médico San Juan de Tobosi y Clínica Médica Sin Fronteras, San José, Costa Rica. Código médico:15489
mabrear@hotmail.com

KEYWORDS: Thrombosis; phlebitis; veins; thromboembolism.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos tromboticos venosos agudos son muy frecuentes en la actualidad, podemos encontrar afectación tanto del sistema venoso superficial como del profundo, ambos con importancia clínica para la supervivencia y calidad de vida de los pacientes.

Este artículo se centra en la tromboflebitis superficial, la cual es generalmente un trastorno benigno y autolimitado (1); sin embargo, hoy en día se sabe que la presencia de un trombo a nivel de la circulación superficial representa un riesgo potencial para desarrollar complicaciones tromboembólicas que comprometen la vida del paciente. El tratamiento actual no se basa exclusivamente en el manejo de la sintomatología, sino también en el esfuerzo por evitar dichas complicaciones.

GENERALIDADES

El término tromboflebitis superficial se ha utilizado de manera generalizada para referirse a este trastorno, sin embargo, es importante reconocer la diferencia en la terminología.

El término flebitis hace referencia a la presencia de inflamación a nivel de la pared venosa y tejido circundante, suele ser un diagnóstico clínico inicial y en referencia a la clínica (1,2), por otro lado, el término trombosis se refiere a la presencia de un trombo intraluminal (3), el cual para ser un diagnóstico definitivo debe de ser visualizado por medio de algún estudio de imagen. En

presencia de un coágulo lo más probable es que este mismo se acompañe siempre de un proceso inflamatorio. La tromboflebitis superficial puede afectar a la mayoría de los sistemas venosos superficiales del cuerpo y, lo que es más importante, puede asociarse con trombosis venosa profunda y embolia pulmonar (4), en casos donde el proceso abarca venas principales, por ejemplo: vena safena mayor o menor.

EPIDEMIOLOGÍA

A pesar de ser un trastorno frecuente, la prevalencia e incidencia de la tromboflebitis superficial no es del todo conocida, se estima una incidencia de un 3 a un 11% en la población general (2,5), la cual se subestima ya que muchos casos no se reportan. El sitio de localización más frecuente son extremidades inferiores, principalmente el territorio de la vena safena mayor, pero puede estar presente en otros sitios como extremidades superiores, pared torácica o pared abdominal anterior.

La edad media de presentación es la sexta década de vida con predilección por el género femenino (5).

A nivel de miembro inferior existen dos posibles escenarios, el paciente con venas varicosas (90%), el cual cursa con un mejor pronóstico y riesgo leve de desarrollar tromboembolismo venoso y el individuo con venas sanas (10%) el cual se ha asociado en un 50% de los casos a trombofilias; mayor riesgo de complicaciones tromboembólicas y posible enfermedad neoplásica (5).

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo se han relacionado íntimamente con 3 alteraciones primarias que favorecen la formación de trombos, denominada triada de Virchow, la cual incluye: estasis venosa, daño endotelial e hipercoagulabilidad.

- **Enfermedad venosa crónica:** en la trombosis venosa superficial, las venas varicosas están presentes en la mayoría de los casos, las anomalías en la pared del vaso sanguíneo favorecen la estasis venosa.
- **Procedimientos venosos:** escleroterapia y ablación por radiofrecuencia o láser (1,2), en estos procedimientos se genera un colapso de luz del vaso generando estasis en el segmento proximal al sitio tratado.
- **Trombosis venosa profunda o superficial previa:** los antecedentes patológicos del paciente pueden sugerir la presencia de estados protrombóticos que hacen al paciente susceptible a presentar trombosis a repetición.
- **Afectación de la pared venosa:** producida por lesión endotelial secundario a la colocación de catéter intravenoso (catéteres de gran tamaño o en posición inadecuada), inyecciones intravenosas, trauma venoso, efectos secundarios de medicamentos intravenosos (5,6)
- **Enfermedad neoplásica:** incluye tanto tumores sólidos como hematológicos (2)
- **Trombofilias:** tanto heredadas como adquiridas representan un

estado de hipercoagulabilidad. Ejemplos, factor V Leiden, mutación del gen de la protrombina, deficiencia de Proteína C y S, deficiencia de antitrombina (7).

- **Otros:** Embarazo, anticonceptivos orales, terapia de reemplazo hormonal, obesidad, inmovilización prolongada.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Independientemente de la localización del problema, las manifestaciones clínicas más comunes son la presencia de eritema, calor local, sensibilidad e induración en el recorrido de una vena superficial (1,2,5,8,9), y en ocasiones la presencia de un cordón palpable que sugiere el alojamiento de un trombo en el vaso sanguíneo.

Como se mencionó anteriormente, el sitio de afectación más común son las extremidades inferiores, de predominio en el territorio de la vena safena mayor, donde se logra observar en la gran mayoría de los pacientes que los síntomas de afectación local están en presencia de alguna varicosidad concomitante. Existen algunas posibles variaciones en la presentación clínica con respecto a la localización, severidad y factores de riesgo asociados.

Tromboflebitis séptica: en el contexto de un paciente con síntomas típicos de trombosis venosa superficial, la aparición de síntomas como fiebre alta y secreción purulenta sugiere la presencia de infección sobreagregada, comúnmente relacionado al uso de catéteres intravenosos.

Debe de confirmarse el proceso infeccioso y la presencia del trombo por medio de estudios por imagen, ya que no todas las infecciones del catéter

llegan a desarrollar trombosis. El patógeno observado con más frecuencia es el *Staphylococcus aureus*, también se ha encontrado infección por estreptococos y enterobacterias (1). Los principios del tratamiento para la tromboflebitis supurativa incluyen la eliminación del foco de infección (p. ej., un catéter intravenoso) y la administración inmediata de antibióticos intravenosos (10).

Tromboflebitis migratoria: se caracteriza por la presencia episodios típicos de flebitis a repetición en venas superficiales de diferentes localizaciones (8), con mayor predilección por miembros inferiores. Su presencia sugiere una alta probabilidad de que exista algún trastorno neoplásico oculto, por lo que se justifica realizar estudios complementarios en búsqueda de algún carcinoma, el cual de llegar a confirmarse llevaría el nombre de síndrome de Trousseau.

Enfermedad de Mondor: presencia de un proceso trombótico a nivel de las venas de pared torácica (p. ej., toraco epigástrica, epigástrica superior, torácica lateral), comúnmente es un cuadro de escaso riesgo y curso favorable, sin embargo, su presencia sugiere la posibilidad de un carcinoma de mama o algún estado trombofílico. Su manifestación es la presencia de cordones palpables principalmente en la parte inferior de la mama, antecedido por dolor previo a la aparición de los signos (11). También se incluye este nombre para aquellos pacientes con tromboflebitis a nivel de la vena dorsal del pene (12).

Tromboflebitis de extremidad superior: se asocia en un 80-90% con la presencia de catéteres intravenosos colocados a nivel central o periférico y

el restante 10% por anomalías anatómicas (6), los vasos de común afectación son las venas cefálica y basílica, con la presencia de síntomas inflamatorios típicos a nivel de base del cuello y fosa ante cubital, se puede notar un realce en las venas superficiales y edema generalizado del miembro superior.

DIAGNÓSTICO

La sospecha clínica inicial surge posterior a la realización de una anamnesis completa, prestando atención a los posibles factores de riesgo asociados a trombosis y un examen físico enfocado en la búsqueda de signos como los mencionados anteriormente, datos de insuficiencia venosa crónica y/o trombosis venosa profunda.

El ultrasonido dúplex es el método de elección para el diagnóstico de trombosis venosa tanto en la circulación superficial como profunda. Representa un método económico, indoloro, que no emite radiación, sin embargo, requiere de un profesional entrenado para su realización (2), razón por la cual no se suele realizar de primera entrada en todos los pacientes con sospecha.

Se debe de realizar con prioridad en aquellos pacientes que posean alta probabilidad de presentar un coágulo en algún vaso principal y/o posible trombosis venosa profunda, ya que permite establecer la presencia, ubicación y extensión del trombo. Al mismo tiempo que permite descartar algunos diagnósticos diferenciales en tejido blando, músculo, etc.

Existen ciertos casos en las que se indica realizar el ultrasonido dúplex (5):

- Pacientes con síntomas y signos

evidentes de afectación de la vena safena mayor y vena safena menor; signos clínicos en región medial del muslo o fosa poplítea (3).

- Posterior al periodo de observación en pacientes que iniciaron tratamiento sintomático, si el paciente refiere empeoramiento y/o progresión de los síntomas.
- Individuos que presenten dolor a lo largo del recorrido de una vena superficial, en ausencia de signos visibles (ej. obesos).
- Presencia de edema importante en extremidades inferiores.
- Paciente con síntomas característicos en una región relacionada con el uso de catéter venoso.
- Control una semana posterior a ablación con láser o radiofrecuencia (1).

Otros estudios adicionales dependerán de la condición clínica del paciente, por ejemplo, el uso del hemograma para identificar leucocitosis en personas con sospecha de tromboflebitis séptica o pruebas específicas para la búsqueda de trombofilias o patología neoplásica. El dímero D, presenta una sensibilidad más baja con respecto a la trombosis venosa profunda, por lo que su uso no está indicado de rutina (5).

TRATAMIENTO

Existen dos enfoques de tratamiento, ambos se brindan con el objetivo de aliviar el dolor, la inflamación, y prevención de la progresión a trombosis venosa profunda (13). Todos los pacientes se beneficiarán del tratamiento sintomático. La terapia con anticoagulantes representa un pilar fundamental en el tratamiento, pero

será reservada para aquellos pacientes de mayor riesgo.

I. TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

Este tipo de tratamiento está indicado en la totalidad de pacientes con tromboflebitis superficial, independientemente de la localización y extensión del trombo. Una vez valorada la probabilidad de que el mismo desarrolle alguna complicación tromboembólica; aquellos pacientes que presenten una probabilidad/riesgo bajo pueden iniciar el tratamiento únicamente enfocado en el manejo de los síntomas; dentro de estas medidas se mencionan:

- **Elevación de la extremidad:** esta posición favorece el retorno venoso, generando mayor confort al paciente. Se recomienda elevar las extremidades a la altura de la cintura (1,14).
- **Colocación de compresas de frío y calor alternadas** (1,14).
- **Terapia de compresión:** se sugiere el uso de medias de compresión, siempre y cuando no exista alguna contraindicación, con una longitud que abarque toda la extensión de la vena afectada (4). La presión recomendada es de 20 a 30 mmHg (clase II) (1), por esta razón se prefiere la media de compresión con respecto al vendaje elástico, ya que la presión ejercida por el aplicador no es medible.
- **Uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES):** además de su beneficio en alivio del dolor e inflamación, se han relacionado con una disminución en la extensión y recurrencia del cuadro.

No se ha demostrado que exista preferencia por algún medicamento en específico. Los AINES orales utilizados para eliminar el dolor agudo asociado a la inflamación son el ibuprofeno, diclofenaco y ketoprofeno (1), la duración recomendada es de 7 a 14 días (3).

- **Tratamiento tópico:** se ha demostrado que el uso de antiinflamatorios tópicos como el gel de diclofenaco o heparinodes, puede reducir significativamente la clínica y lograr mayor resolución (15), sin embargo, no existen datos del efecto sobre la extensión o recurrencia de la tromboflebitis (5).
- **Deambulación:** de ser posible debe incitarse al paciente a permanecer en movimiento, el reposo favorece la estasis venosa (1).
- **Antibioticoterapia:** su indicación es exclusiva para casos en los que se confirme la presencia de enfermedad supurativa. La terapia de elección inicial suele ser empírica basado en los agentes mayormente observados (10).
- **Retiro de catéteres intravenosos:** si se sospecha etiología relacionada a la colocación de catéteres, de más esta decir que se aconseja su retiro inmediato. Los principios del tratamiento incluyen eliminar el foco de la infección (10).

En el paciente sin posibles complicaciones, se recomienda repetir el examen físico en un lapso de 7 a 10 días (1,5), el objetivo es identificar lo antes posible la falta de respuesta al tratamiento sintomático y/o el empeoramiento de las manifestaciones. En estos pacientes estaría indicado realizar ultrasonido dúplex para identificar la posible presencia de un

trombo a nivel vasos principales de la circulación superficial y/o profunda.

Aquellos individuos en los que por medio de la ecografía se haya identificado la presencia de un trombo en la circulación venosa profunda se guiara bajo los lineamientos de tratamiento para dicha patología, aquellos en los que el trombo está ubicado a nivel de venas superficiales, el paso a seguir es determinar su extensión y localización.

Si el trombo tiene una extensión de menos de 5 cm y una cercanía menor a los 5 cm con respecto a venas axiales, está indicado continuar con el tratamiento exclusivo de los síntomas, si por el contrario la extensión y cercanía a vasos principales es de menos de 5 cm lo ideal es comenzar con el tratamiento anticoagulante por el alto riesgo de desarrollar un tromboembolismo venoso (1).

II. TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

En los pacientes de alto riesgo el tratamiento con anticoagulantes juega un papel fundamental en la eliminación del trombo y evitando la embolización de este. La elección y duración del tratamiento es siempre razón de discusión. Existen múltiples fármacos anticoagulantes en el mercado y múltiples estudios que respaldan los beneficios de cada uno de ellos, sin embargo, la elección dependerá de la condición médica, los recursos disponibles y la posibilidad económica del paciente. Dependiendo de la preferencia del médico y del paciente, se sugieren fondaparinux, heparina de bajo peso molecular (ej. dalteparina o enoxaparina) o rivaroxabán oral (1).

El siguiente paso es establecer la dosis que recibirá el paciente. La decisión de elegir entre una dosis profiláctica, intermedia o terapéutica dependerá de la cercanía del trombo al sistema venoso profundo. Si el coágulo se encuentra alojado a menos de 3 cm de una unión se recomienda el uso de dosis terapéuticas, por el contrario, si se localiza a más de 3 cm pero menos de 5 cm de los cayados, la decisión se toma de acuerdo a los factores de riesgo asociados, si no hay factores determinables se podrán utilizar con seguridad dosis profilácticas, si el paciente asocia alto riesgo trombotico es preferible utilizar dosis intermedias o terapéuticas del fármaco anticoagulante (5).

La duración establecida para el tratamiento anticoagulante en estos casos es de 45 días (1,3,5), sin embargo, posterior a la finalización de ese periodo de tiempo se debe valorar la condición del paciente, por medio del examen físico y estudios complementarios y de manera individualizada se toma la decisión de suspender o continuar con el tratamiento.

En pacientes que por alguna razón se encuentra contraindicado el tratamiento con anticoagulante, existen opciones quirúrgicas como la ligadura de la unión safena femoral con el mismo fin de evitar la propagación del trombo al sistema venoso profundo. Cuando la tromboflebitis involucra grupos de varicosidades, particularmente en las extremidades inferiores, se indica la extirpación de las mismas (9).

CONCLUSIÓN

La tromboflebitis superficial a pesar de considerarse una patología autolimitada y de escaso riesgo, no debe de ser subestimada, su potencial de morbilidad y mortalidad es reconocido. Por esta razón se deben de hacer esfuerzos por identificar de manera temprana sus signos, realizar estudios complementarios adecuados sin retrasar el tratamiento oportuno para evitar complicaciones que podrían comprometer la vida del paciente, siendo completamente prevenibles.

REFERENCIAS

1. Scovell S. Phlebitis and thrombosis of the superficial lower extremity veins. [Online]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/phlebitis-and-thrombosis-of-the-superficial-lower-extremity-veins> [Accessed 05 January 2019].
2. Wasan, s. Superficial Thrombophlebitis and Its Management. In: Perler B, Sidaway A (eds.) Rutherford's Vascular Surgery and Endovascular Therapy. : Elsevier; 2019. p. 1971-1977.
3. Thrombosiscanadaca. Thrombosiscanadaca. [Online]. Available from: <http://thrombosiscanada.ca/wp-content/uploads/2018/02/Superficial-vein-Thrombosis-2018Feb6.pdf> [Accessed 03 January 2019].
4. Nasr H, Scriven JM. Superficial thrombophlebitis (superficial venous thrombosis). BMJ. 2015 06 22;350(jun22 6):h2039-h2039. <https://doi.org/10.1136/bmj.h2039>
5. Frías Vargas M, García Vallejo O, Vázquez Gómez N, Rial Horcajo R, Carrasco Carrasco E, Moñux Ducajú G, Ramírez Torres J. Documento de consenso de la Sociedad Española de Médicos de

- Atención Primaria y Capítulo Español de Flebología y Linfología de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular: trombosis venosa superficial de miembros inferiores en Atención Primaria. Medicina de Familia. SEMERGEN. 2018 Dec; <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.08.006>
6. Zehnder J. Catheter-related upper extremity venous thrombosis. [Online]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/catheter-related-upper-extremity-venous-thrombosis> [Accessed 30 December 2018].
 7. Bauer K, Lip G. Overview of the causes of venous thrombosis. [Online]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-causes-of-venous-thrombosis> [Accessed 06 January 2019].
 8. Rathbun S. Superficial Thrombophlebitis. Cronenwett, In: Cronenwett J, Jonhston, W (eds.) Rutherford's Vascular Surgery. : Elsevier; 2014. p. 833-839.
 9. Freischlag J, Heller J. Venous Disease. In: Townsend C, Beauchamp D. Evers, Mattox K (20ed.) Sabiston Textbook of Surgery. : Elsevier; 2017. p. 1827-1847.
 10. Spelman D. Suppurative (septic) thrombophlebitis. [Online]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/suppurative-septic-thrombophlebitis> [Accessed 08 January 2019].
 11. Villalobos C, Mora G. Actualización en enfermedad de Mondor. Medicina Legal de Costa Rica . 2017 Mayo;34(1). Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100244
 12. Ruiz Rivero J, Horcajada Reales C, Borbujo J. Enfermedad de Mondor. Medicina de Familia. SEMERGEN. 2018 05;44(4):281-282. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.02.002>
 13. Maddox RP, Seupaul RA. What Is the Most Effective Treatment of Superficial Thrombophlebitis?. Annals of Emergency Medicine. 2016 05;67(5):671-672. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.10.018>
 14. Crowley K, Martin A. Patient education: Superficial vein phlebitis and thrombosis (The Basics). [Online]. Available from: <https://www.uptodate.com> [Accessed 06 January 2019]
 15. Di Nisio M, Peinemann F, Porreca E, Rutjes AW. Treatment for superficial infusion thrombophlebitis of the upper extremity. . Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015 Nov 20;. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011015.pub2>