

ACTITUD ANTE UN PACIENTE CON TROMBOSIS VENOSA DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES

Anatomía del sistema venoso de las extremidades inferiores

En las extremidades inferiores, al igual que ocurre con las superiores, existen dos sistemas de drenaje venoso, uno profundo, intermuscular, que acompaña a las arterias; y otro superficial, subcutáneo, cuyos troncos principales son dos: la vena safena interna, que recorre la extremidad por su cara interna desde el maléolo tibial hasta la ingle, donde desemboca en la vena femoral formando el denominado cayado de la safena interna, y la vena safena externa, que va desde la vecindad del maléolo externo hasta el hueco poplíteo, desembocando en la vena polítea. Ambos sistemas, superficial y profundo, se hallan interconectados por una serie de comunicantes a lo largo del muslo y de la pierna.

Introducción a la patología venosa

Podemos distinguir cuatro apartados dentro de la patología venosa:

1.- Insuficiencia venosa crónica

Es la patología vascular más frecuente en la actualidad. Puede definirse como la incapacidad del sistema venoso para garantizar el retorno de sangre desde los miembros al corazón. La forma más común de presentarse es como enfermedad varicosa.

2.- Tromboflebitis superficiales

También denominadas flebitis o tromboflebitis, se definen como trombosis localizadas en las venas del sistema superficial.

3.- Enfermedad tromboembólica venosa (ETEV)

Este término pretende aclarar que se trata de una enfermedad que afecta a todo el organismo, y no sólo a la zona venosa donde se inicia la alteración. También reúne las acepciones de trombo y embolia, indicando que se trata de una trombosis que puede originar una embolia a otro nivel. Bajo su denominación se engloba, y a veces, sustituye otros términos como tromboflebitis, flebotrombosis, trombosis venosa profunda (TVP), embolismo pulmonar e incluso síndrome postrombótico.

Al hablar de TVP nos referimos al cuadro originado por la formación de un trombo en algún punto del sistema venoso profundo de las extremidades. La complicación más grave de la TVP es el tromboembolismo pulmonar (TEP), que ocurre en el 50% de las TVP proximales y en el 10% de las distales.

La trombosis de las venas profundas a nivel de la pantorrilla es menos grave que la de las venas del muslo, si bien pueden progresar proximalmente hasta en un 25% de los casos.

La lisis del trombo ocurre en menos del 10% de los casos de TVP, incluso en los pacientes tratados.

Algunos factores de riesgo de ETEV:

- Edad >60 años
- Cirugía mayor
- Antecedentes de TVP
- Inmovilidad
- Cirugía ortopédica mayor de rodilla y cadera
- Fractura de pelvis, fémur o tibia
- Cáncer
- Insuficiencia cardíaca, IAM, enfermedad inflamatoria intestinal, Sepsis

4.- Síndrome postrombótico

Constituye la expresión clínica del conjunto de alteraciones que sufre la extremidad como consecuencia de haber padecido una ETEV. Aproximadamente el 75% de los sujetos que han presentado una ETEV desarrollarán en el transcurso de los años un síndrome postrombótico.

La causa radica en la destrucción del sistema valvular venoso y la presencia de hipertensión venosa que provoca la incompetencia valvular.

Crónicamente aparece edema, tumefacción, dolor, induración y pigmentación alrededor del tobillo (dermatitis ocre), ulceración y claudicación venosa (dolor en la pantorrilla durante el ejercicio).

Valoración inicial del paciente

1. Anamnesis: antecedentes, factores de riesgo, medicación, etc.
2. Exploración clínica: exploración general, exploración vascular (con el enfermo en decúbito supino y las rodillas ligeramente flexionadas valoraremos la presencia de pulsos, temperatura, color de la piel, relleno capilar, circulación colateral), exploración abdominal (masas, soplos, etc).
3. Pruebas complementarias: si se considera necesario se realizará analítica general y estudio de coagulación con Dímero-D.

Tromboflebitis superficial

Síntomas y signos típicos

- Inicio repentino, dolor local
- Eritema y aumento de la temperatura de la zona afecta
- Discreto edema sobre el trayecto de una vena superficial
- Posteriormente, la vena se transforma en un cordón sólido y duro

Diagnóstico diferencial

-El diagnóstico clínico de una tromboflebitis superficial suele ser sencillo. No obstante, a veces puede confundirse con otros procesos: linfangitis, celulitis, hipodermatitis, vasculitis, etc.

Pruebas complementarias

En casos de diagnóstico dudoso, y si se dispone de ello puede ser útil la realización de una ultrasonografía doppler.

Tratamiento

Salvo casos excepcionales el tratamiento puede realizarse en el domicilio del paciente.

-Si la flebitis se encuentra en un territorio alejado del cayado de la safena (por debajo de la rodilla) se aconsejará vendaje elástico y deambulación precoz.

-Pomadas heparinoides, 2 ó 3 aplicaciones diarias sobre la zona afecta.

-Analgésicos-antiinflamatorios.

-Si observamos un componente infeccioso, se añadirá un antibiótico oral (Amoxicilina-clavulánico 500 mg/8h)

Trombosis venosa profunda

Síntomas y signos típicos

-Dolor de la extremidad (a nivel de pantorrilla; o muslo, si la trombosis es alta)

-Edema unilateral y aumento del perímetro de la extremidad

-Tensión de la piel y empastamiento del miembro

-Signo de Homans (dolor con la dorsiflexión forzada del pie). Se han descrito otros signos, pero ninguno específico

-Puede haber circulación venosa colateral

Diagnóstico diferencial

-Ruptura muscular

-Hematoma espontáneo (toma de anticoagulantes)

- Rotura de un quiste de Baker (sinovial)
- Celulitis y linfangitis
- Tromboflebitis superficial
- Insuficiencia venosa crónica y síndrome postflebítico
- Isquemia arterial aguda
- Compresión extrínseca (hematoma; tumores)
- Edemas de origen sistémico (bilateral): insuficiencia cardíaca, síndrome nefrótico, hepatopatía, hipoproteinemia, etc.

Pruebas complementarias

Sólo con la exploración clínica obtendremos un 50% de diagnósticos falsos negativos. Por tanto, en casos de duda se hace necesario recurrir a otros medios diagnósticos:

- Doppler o eco-doppler
- Flebografía
- Gammagrafía con fibrinógeno marcado
- TAC o RNM en ETEV abdominal y torácica

Tratamiento

- Deberán ingresar aquellos pacientes con:
 - Enfermedad grave que requiera ingreso
 - Alto riesgo de sangrado: HTA maligna, úlcera péptica, cirugía reciente, alteraciones de la coagulación, trombocitopenia.
 - Sospecha de TEP
 - Riesgo de TVP recurrente (TVP previa, embarazo).
 - Síndrome postflebítico
 - TVP bilateral
 - TVP isquemante (compromiso arterial)
 - Paciente candidato a fibrinólisis
 - Alergia a HBPM

- Los pacientes más adecuados para iniciar el tratamiento en su domicilio son:
 - Pacientes sin patología crónica incapacitante que vivan próximos al hospital, con un nivel cultural adecuado para llevar a cabo el tratamiento correctamente.
 - Pacientes con enfermedades multiorgánicas incapacitantes, neoplásica o terminal que cuenten con asistencia a domicilio y apoyo familiar.

Medidas posturales

- Reposo con la extremidad elevada (cama o sofá), al menos durante 48 horas o hasta que ceda la sintomatología
- Posteriormente iniciará la deambulación con paseos cortos y vendaje compresivo o media elástica.

Anticoagulación: pueden utilizarse varias pautas, todas ellas válidas y eficaces.

-Pauta HBPM + ACO

-Se iniciará el tratamiento con heparina de bajo peso molecular (fraccionada) a las siguientes dosis, en función del peso del paciente:

-Nadroparina (FRAXIPARINA) subcutánea

-<50 kg	0,4 ml	cada 12 horas	durante 10 días
-50-59 Kg	0,5 ml	„	„
-60-69 Kg	0,6 ml	„	„
-70-79 Kg	0,7 ml	„	„
->80 Kg	0,8 ml	„	„

-No son necesarios controles de laboratorio.

-El paciente será controlado por su médico de cabecera y se citará al 8º día para realizar estudio de coagulación y comenzar con anticoagulantes orales (ACO), que se simultanearán con la HBPM los días 8, 9 y 10.

-El tratamiento con ACO se prolongará durante 3 a 6 meses, con los oportunos controles de coagulación mediante el tiempo de protrombina expresado como ratio internacional normalizada (INR) que deberá mantenerse entre 2 y 3.

-Pauta heparina Na (no fraccionada) + ACO

-El paciente deberá estar ingresado y se comenzará la anticoagulación con un bolo inicial de 5000 UI ó 70 UI/Kg; y se continuará con dosis de 2-2,5 mg/Kg/12horas en perfusión continua IV, según controles, en suero fisiológico, glucosado o levulosado. (heparina Na al 5%: 1 mg = 100 UI; 50 mg = 1cc).

-El paso a anticoagulantes orales se iniciará, según evolución del cuadro, aproximadamente a los 5-7 días, y será paulatino y solapándose durante dos días con heparina.

Pauta HBPM

-Se iniciará tratamiento con heparina fraccionada subcutánea cada 12 horas a las dosis descritas durante 10 días, citándose el enfermo para ser valorado en consulta.

-A los 10 días se modificará el tratamiento, pasando a dosis de heparina fraccionada cada 24 horas y se mantendrá por un período de 3 meses.

-No son necesarios controles de coagulación.

Consideraciones para el tratamiento ambulatorio con HBPM

-Las contraindicaciones de las heparinas fraccionadas son las mismas que la no fraccionada.

-Advertir al paciente que acuda al Servicio de Urgencias si aparece alguna de las siguientes manifestaciones:

- Cualquier tipo de sangrado (encías, orina, ojos, etc)
- Aparición de puntos rojos en la piel
- Heces negras
- Dolor en costado
- Fatiga, empeoramiento general