

Varicoflebitis. ¿Está indicada la anticoagulación

Revisión bibliográfica.

R. Gesto Castromil

El tratamiento óptimo de la varicoflebitis no está, hoy en día, bien definido. La incorporación al arsenal terapéutico de los procesos tromboticos de las heparinas de bajo peso molecular (HBPM), junto con sus buenos resultados y baja tasa de complicaciones, ha hecho que los cirujanos vasculares la utilicen cada vez más en este proceso, pero sin seguir unas pautas claras de indicación o duración del tratamiento.

Con el objeto de definir la posición actual del tratamiento de la varicoflebitis, se ha realizado una revisión bibliográfica de los dos últimos años. Esta revisión incluyó un total de 16 artículos publicados en los dos últimos años en las siguientes revistas: J Vasc Surg, Angiology, Vasc Endovasc Surg, Rev Med Suisse Romande, Swiss Surg, Haematologica, Hamostaseologie, Int Angiol, Surg Today y Clin Appl Thromb Hemost, uno de ellos de un autor español, el Prof. Francisco Lozano.

La varicoflebitis ha sido considerado como un proceso casi benigno con una teórica baja probabilidad de causar embolias pulmonares y con fácil y rápida resolución con medidas terapéuticas simples aunque variadas y a veces contrapuestas.

El diagnóstico con eco-doppler, realizado hoy en día de forma casi rutinaria, ha demostrado que la propagación al sistema venoso profundo a través de los cayados de las safenas o por las venas comunicantes, es mucho mayor de lo clásicamente aceptado.

Así, dependiendo de los estudios, este porcentaje va desde el 7 hasta el 65%! Observándose en la varicoflebitis de la Safena Externa una mayor tasa de propagación al sistema venoso profundo que la Safena Interna. Quizá sea por la mayor atención que se le presta a la varicoflebitis ascendente de la safena interna en el muslo y las medidas interruptivas del cayado que se adoptan en estas circunstancias.

Con respecto a la capacidad de embolización pulmonar, los datos también varían de forma importante. La tasa de embolización está entre el 0 y el 10%, llegando en un grupo determinado de tratamiento en un artículo, hasta el 20%. Generalmente, en casi todos los artículos, se coincide que la gran mayoría de estos episodios embólicos son pequeños, subclínicos, no fatales y diagnosticados por ganmagrafía o TAC.

Se analizan diversas formas de tratamiento, de forma comparativa, con grupos cortos de pacientes. En todos se implica el uso de HBPM pero no de una forma homogénea en su dosis, tiempo de tratamiento, asociación con otras medidas, etc.

Del análisis de los resultados del tratamiento en cuanto a total resolución del proceso trombotico, alivio de síntomas, tiempo de resolución, tasa de propagación ascendente, tasa de propagación al sistema venoso profundo y tasa de embolización, se desprende que todos los subgrupos tratados con HBPM, han tenido mejores resultados en general o iguales en algunas circunstancias, que los otros grupos de tratamiento.

Los artículos que analizan el costo puro coinciden que el tratamiento con HBPM es más caro, pero en ninguno se realiza un análisis de coste-efectividad.

Todos los autores también coinciden en la necesidad de realización de estudios prospectivos, randomizados, con grupos de paciente suficientes y homogéneos, con premisas muy claras y concisas, con el objeto de determinar dosis, tiempo de tratamiento, medidas adyuvantes y coste-efectividad.

No hay referencias bibliográficas en este artículo.

COMENTARIOS

Dr. Dr. R. Gesto Castromil

Los cirujanos vasculares, en general, hemos considerado a la varicoflebitis como un proceso banal y de fácil y pronta resolución con medidas, podríamos llamarlas conservadoras, que algunas ocasiones requerían actuaciones quirúrgicas menores. Estas formas de tratamiento serían antiinflamatorios no esteroideos, calor local, vendaje elástico, deambulación y agentes tópicos como heparinoides sintéticos. Sin embargo, la utilización del eco-doppler para el diagnóstico ha permitido demostrar y constatar la propagación ascendente y al sistema venoso profundo en los casos que se produce. Así mismo, los estudios clínicos han demostrado una no despreciable tasa de embolias pulmonares subclínicas, al realizar de forma más o menos rutinaria estudios diagnósticos en este camino. La irrupción de las HBPM, con sus buenos resultados y bajas complicaciones ha hecho que los cirujanos empezáramos a utilizarlas en el tratamiento de algunas formas de varicoflebitis, con muy buenos resultados, basado, sobre todo en experiencias personales. Pero la falta de estudios hace que las pautas de tratamiento no estén bien definidas y se puede decir, sin temor a equivocarnos mucho, que cada uno trata hoy la varicoflebitis un poco como cree que es mejor sin unos razonamientos consensuados ni basados en otra cosa que la experiencia personal. A la vista de los comentarios y resultados del análisis de la bibliografía más actual se puede proponer una forma de actuación ante la varicoflebitis, que a la espera de otras propuestas, sirviera de base a estudios clínicos futuros que acabaran con la actual dispersión de criterios. Mi propuesta, como punto de arranque para una discusión sería: 1.- Eco-doppler a todos los pacientes con varicoflebitis para descartar afectación del SVP y delimitación de la extensión de la trombosis en el sistema venoso superficial. 2.- Controles con eco-doppler: a los tres y ocho días de iniciado el tratamiento o cuando se constate progresión ascendente troncular. 3.- Tratamiento ambulatorio con HBPM con dosis ajustada al peso en una dosis cada 24 horas durante 8 días si no hay complicaciones. 4.- Vendaje elástico, antiinflamatorios no esteroideos y deambulación. 5.- En caso de progresión ascendente troncular hacia los cayados tanto de la safena interna como safena externa, ligadura quirúrgica de los cayados y tratamiento diferido quirúrgico de las varices. 6.- En caso de propagación al sistema venoso profundo, continuar con anticoagulación oral según pautas ya bien establecidas. Sirva esta propuesta de base para el inicio de discusión y posible establecimiento de protocolo consensuado para un estudio prospectivo como tema de trabajo del Capítulo Español de Flebología de la SEACV, si así se consider