

Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Miguel Enríquez"

## ESTUDIO DEL SÍNDROME POSFLEBÍTICO EN 30 PACIENTES QUEMADOS

*Dra. Gladys Rodríguez Silva*<sup>1</sup> y *Dr. Daniel Rodolfo Noriega Rodríguez*<sup>2</sup>

### RESUMEN

Se estudiaron 30 casos, que sufrieron quemaduras en miembros inferiores, independientemente de la causa, y que presentaron edema en el miembro afectado, dolor y úlcera(s) (síndrome posflebítico). Se comprobó la presencia de este síndrome mediante estudio imagenológico (flebografía anterógrada), lo cual permite plantear que el síndrome posflebítico es una complicación inmediata de las quemaduras secundario a trombosis venosa que se presenta con mucha mayor frecuencia de lo que se piensa y que debe ser detectada a tiempo, pues una vez producida, ésta es irreversible. Se sugieren medidas encaminadas a evitar este síndrome en pacientes con quemaduras.

*Descriptor DeCs:* QUEMADURAS/complicaciones; SINDROME POSFLEBITICO/etiología; PIERNA; FLEBOGRAFIA/métodos.

El desarrollo actual de la caumatología y la cirugía reconstructiva en Cuba dispone de un nivel científico elevado, así como de recursos materiales y técnicos que garantizan una asistencia más calificada y una disminución de la morbilidad y mortalidad por quemaduras.

Toda quemadura, independientemente de su extensión y localización, puede producir incapacidades graves y aunque se desconozca el número y grado de incapacidades reales posquemaduras, es posible precisar la importancia relativa de las causas de invalidez, que de hecho, pueden producir pérdidas socioeconómicas.<sup>1</sup>

La trombosis venosa es la oclusión trombótica de un segmento venoso. Durante mucho tiempo, desde los trabajos de *Chuvellier* y *Virchow*, se distinguieron las trombosis venosas de las flebitis.<sup>2</sup>

La localización de un trombo en las venas profundas de una extremidad inferior posibilita de inmediato complicaciones, debido a la destrucción posterior de las válvulas venosas, recanalización del trombo e hipertensión venosa retrógrada. La agudización de este estado puede invalidar al paciente y hasta en algunos casos, causarle la muerte.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Cirugía Reconstructiva y Quemados.

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

El síndrome posflebítico o postrombótico, denominado así por *Linton* y *Hardy* en 1948, no es más que la principal secuela de la trombosis venosa de los miembros inferiores, la cual está dada por un éstasis venoso importante a causa de la destrucción valvular. Esto trae como consecuencia una hipertensión venosa mantenida, crónica e incontrolada en los miembros inferiores cuyos signos cardinales expresados por diferentes autores son: edema, várices, y trastornos tróficos.<sup>2</sup>

*Ochsner-De Bakey* diferenciaron la flebotrombosis de la tromboflebitis cuando hay alteraciones inflamatorias de la pared vascular.<sup>4</sup>

Las manifestaciones clínicas locales que aparecen generalmente de 24 a 48 horas de evolución del cuadro, no sólo dependen de la forma del trombo, sino que hay que tomar en cuenta otros factores como el sitio, el desarrollo de la red de suplencia, la distensibilidad del sistema venoso y el tono vasomotor.<sup>5</sup>

La localización de un trombo en las venas profundas de una extremidad inferior lleva de inmediato a la posibilidad de complicaciones, las cuales se clasifican en: locales y a distancia. Entre las locales tenemos las venosas, las arteriales y las linfáticas y entre las a distancia citamos las cardíacas, las pulmonares y otras. Esto puede traer como secuela: edema, várices, trastornos tróficos dados por úlceras posflebíticas y dolor.<sup>6,7</sup>

## MÉTODOS

Se estudiaron 30 casos de uno y otro sexos, escogidos al azar, desde el año 1991 al 1996, que habían sufrido quemaduras y que fueron atendidos en el Servicio de Quemados del Hospital Clínicoquirúrgico «Miguel Enríquez». Presentaban edemas en ambos miembros inferiores, dolor y presencia de úlceras, y se decidió realizar estudio flebográfico (flebografía anterógrada),

el cual se efectuó mediante la canalización por punción percutánea de una vena superficial del dorso del pie, previa compresión supramaleolar y por encima de los cóndilos femorales, y se inyectaron de 30 a 40 cc de una sustancia de contraste. Esta maniobra obliga a la sangre a dirigirse al sistema venoso profundo.

## RESULTADOS

De los 30 casos que se estudiaron, pudimos comprobar en el 100 % la presencia de síndrome posflebítico como consecuencia inmediata de las quemaduras, secundario a trombosis venosa profunda.

El estudio no mostró relación directa con el sexo, pero sí con la edad, pues a medida que ésta aumenta existe mayor insuficiencia arterial y venosa.

Todos los casos, debido a las quemaduras llevaron encamamiento prolongado y cateterización de venas profundas. La mayoría presentó anemia y trastornos electrolíticos e hidrominerales severos y algunos presentaron procesos infecciosos o recibieron poca fisioterapia.

## DISCUSIÓN

La estadía prolongada de los pacientes quemados en cama favorece la aparición de complicaciones que agravan el cuadro clínico de ellos, sobre todo en pacientes con quemaduras en miembros inferiores o combinadas extensas.<sup>5</sup>

La patogenia de la trombosis venosa se sigue fundamentando casi siglo y medio después en los postulados clásicos de *Virchow*: el éstasis sanguíneo, la lesión parietal y la hipercoagulabilidad.

El éstasis sanguíneo se produce habitualmente por el encamamiento prolonga-

do, que favorece la hipoxia y la lesión de las células endoteliales desde los primeros minutos de establecida.<sup>8</sup>

Aparece posteriormente agregación plaquetaria y fibrina, a esto se asocia un déficit de liberación del activador del plasminógeno, lo que determina a su vez una disminución de activación de la fibrinólisis. Este desbalance-aumento de la coagulación y disminución de la fibrinólisis y favorece la trombosis.<sup>7</sup> Puede haber tumefacción con dificultad circulatoria por el efecto constrictivo producido por la retracción de las escaras en quemaduras circunferenciales de la pierna, además de la hipercoagulabilidad sistémica por la hiperconcentración en la fase inicial del quemado, el aumento de la presión intraabdominal y la disminución de las incursiones respiratorias.<sup>5</sup>

Entre los factores predisponentes se pueden citar algunos que guardan relación con los pacientes quemados: estado posquirúrgico, traumatismos severos, inmobilizaciones prolongadas, anemia marcada, deshidratación, procesos infecciosos y cateterismo venoso.

La clínica de la enfermedad trombotógena nos ofrece en algunos casos, con bastante exactitud, el diagnóstico positivo, pero existe una serie de procedimientos que, usados adecuadamente, nos ayudan frente a un diagnóstico dudoso y estos son: flebografía anterógrada, Doppler, isótopos radiactivos, fibrinógeno marcado, venografía con Tec 99, etcétera.<sup>6</sup>

Por tanto, lo más importante radica en la profilaxis de la trombosis venosa y por ende, del síndrome posflebítico mediante la aplicación de medidas como: evitar el encamamiento prolongado; levantar la pirolera de la cama 30°; uso de vendaje elástico; movilización activa y pasiva de los miembros inferiores, y activar el movimiento de los músculos de la pantorrilla (bomba venosa periférica);<sup>9</sup> evitar en lo posible la excesiva manipulación al realizar abordajes venosos; fisioterapia respiratoria; corregir las condiciones que favorecen esta afección, como anemia, deshidratación, sepsis, insuficiencia cardíaca, etcétera; uso profiláctico de anticoagulantes y uso de expansores del plasma del tipo de sustancias coloidales.

## SUMMARY

30 cases that suffered from burns in the lower limbs, independently of the cause, and that presented edema, pain and ulcers (postphlebotic syndrome) in the affected limb were studied. The presence of this syndrome was proved by imaging study (anterograde phlebography), which allowed us to say that the postphlebotic syndrome is an immediate complication of burns secondary to venous thrombosis that appear much more frequently than what is thought, and that should be detected on time, since once it occurs it is irreversible. Measures aimed at preventing this syndrome in patients with burns are recommended.

*Subject headings:* BURNS/complications; POSTPHLEBITIC SYNDROME/etiology; LEG; PHLEBOGRAPHY/methods.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Borges Muñio H. Atención al quemado de guerra en las primeras etapas del tratamiento de evacuación. MINFAR-MINSAP;1981.
2. Langeron P. Clasificación des Syndromes postflebitiques et indications Therapeutiques. Phlebologie 1994;27(4):463-7.1994.
3. Uguet Bornet E. Tromboflebitis aguda profunda de los miembros inferiores. Información de Ciencias médicas 9, 1985 (2da. parte).

4. Martorell F. Angiología. Barcelona: Salvat;1987:163-4.
5. Hughl B. Complications in vascular Surgery. Philadelphia and Toronto: J.B.F. Pipincort. 1993;38(3):265-6.
6. Chronic venous insufficiency varicose veins. The postphlebotic syndrome vase. Surg 2: Peripheral. New York;1995.
7. Uguet Bornet E. Tromboflebitis aguda profunda de los miembros inferiores. Información de Ciencias médicas 9, 1985 (1ra parte).
8. Kappert A. Atlas de Angiología. Barcelona: Salvat;1995:201.
9. Prives M, Lisenkov N, Bushkovich V. Anatomía humana III. Moscú: Ed. Mir;1985:120.

Recibido: 19 de enero de 1998. Aprobado: 8 de junio de 1998.

Dra. *Gladys Rodríguez Silva*. General Lee No. 320, entre Gómez y Paz, Santos Suárez, municipio 10 de Octubre, Ciudad de La Habana, Cuba.