

# TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL

Se denomina trombosis venosa superficial (TVS) al proceso que cursa con inflamación y trombosis de las venas superficiales. A la inflamación venosa superficial sin trombo asociado se le denomina flebitis superficial. Es una enfermedad relativamente frecuente que se puede asociar hasta en un tercio de los casos a una TVP, cerca de un 20-30% un TEP asintomático y 2-12% un TEP sintomático, y que puede ser la manifestación clínica de una enfermedad sistémica grave (cáncer, trastorno de la coagulación, enfermedad del colágeno).

Es conveniente distinguir dos supuestos clínicos:

- A. TVS de paquetes varicosos aislados sin afectación de ejes safenos (Varicotrombosis); es una situación frecuente en pacientes varicosos de larga evolución que supone molestias clínicas locales (dolor, inflamación, induración de paquetes varicosos) con recidivas frecuentes, suponen una situación de muy bajo riesgo de asociar TVP y producción de TEP.
  
- B. TVS con afectación de ejes safenos (safena interna o externa) con o sin trombosis de paquetes varicosos; este cuadro clínico puede suponer riesgo de progresión al sistema venoso profundo (SVP) y asociar TVP / TEP evolutivo cuando el trombo progresa a menos de 5 cm de los cayados (confluentes) safeno-femoral o safeno-poplíteo o protruye al SVP.

## FACTORES PREDISPONENTES

- Varices
- Procedimientos terapéuticos para varices (esclerosis, ablación)
- Lesión de la pared venosa interna (catéteres, tratamientos endovenosos)
- Inmovilización
- Cirugía o traumatismos
- Causas hormonales: embarazo, puerperio, terapia hormonal.
- Cáncer
- Obesidad
- Trombofilia
- Inmovilidad

## CLÍNICA:

- Enrojecimiento o inflamación de la piel con induración y cordón inflamado en trayectos de los ejes safenos o en los paquetes varicosos.
- Dolor en la extremidad y al palpar el cordón venoso o paquete varicoso indurado
- Aumento del calor de la extremidad.

## DIAGNÓSTICO:

En la mayoría de los casos bastará con la clínica; no obstante, debido a la elevada proporción de pacientes con TVP concomitante y/o factores de riesgo para aparición de una complicación trombótica, la ecografía doppler desempeña un papel fundamental en el diagnóstico identificando la presencia, localización y extensión de la trombosis venosa.

La mayoría de los procesos distales a la rodilla, sobre vena varicosa, sin otros factores de riesgo para enfermedad tromboembólica venosa, pueden no precisar de más estudios que la inspección.

El estudio ecográfico está indicado en:

- TVS de más de 5 cms de longitud que afecte a varias venas o segmentos venosos.
- TVS sobre vena no varicosa
- TVS cercanas al sistema profundo. El riesgo de TVP es mayor en las TVS proximales a los cayados, tanto en venas varicosas como no varicosas.
- Diagnóstico diferencial dudoso (edema significativo de la extremidad afecta, síntomas severos, pacientes obesos).

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

La celulitis, linfangitis, picaduras de insectos, rotura de quiste de Baker, tendinitis, linfedema, síndrome postflebítico, varicosidades, tromboflebitis séptica

## TRATAMIENTO

Los objetivos del tratamiento son evitar la progresión del trombo y las complicaciones embólicas, aliviar los síntomas y disminuir el riesgo de recurrencia.

1.- Uso de medias de compresión en ausencia de contraindicación (arteriopatía periférica). Se recomiendan con una compresión de clase II (20-30 mmHg) y un tamaño que abarque toda la superficie trombosada, sobrepasando al menos 10 cm de la vena trombosada. La duración de su uso variará en función de la evolución del cuadro, normalmente se recomiendan durante unos 10 a 14 días.

2.- Cuidados generales: Aplicación de compresas frías o tibias, mantener la extremidad elevada en reposo y actividad física. Se recomienda que el paciente camine, mejor cuando lleve puesta la media, pues el reposo aumenta el riesgo de progresión de la trombosis.

3.- Tratamiento farmacológico: No existe un tratamiento farmacológico universalmente aceptado, las guías se limitan a realizar sugerencias, existiendo discrepancias de criterio entre ellas.

3.1: El tratamiento farmacológico local (heparinoides o AINES tópicos) puede ser útil para aliviar los síntomas locales, aunque no evita la progresión de la trombosis.

3.2: Los AINES por vía oral (naproxeno 500 mg cada 12 horas, ibuprofeno 400 mg cada 8 horas) pueden contribuir a la reducción de la extensión y progresión de la TVS. En caso de embarazo, se puede usar paracetamol (1.000 mg/6 horas). Debido al mayor riesgo de hemorragia, hay que evitar los AINE en pacientes con trombosis venosa superficial con indicación de anticoagulación.

3.3: Anticoagulantes: El tratamiento anticoagulante disminuye el riesgo de extensión del trombo, de recurrencia y de desarrollar enfermedad tromboembólica.

Se ha analizado el tratamiento con HBPM, fondaparinux y rivaroxaban. Son ventajas de los anticoagulantes orales directos (NACO), la posibilidad de administrarlos por vía oral, sin monitorización, ajustes de dosis y menor interacción con otros fármacos, lo que mejora la aceptación por parte de los pacientes, sobre todo cuando estos requieren tratamientos prolongados. Un aspecto controvertido de los NACO es la existencia/efectividad de antídotos existentes y que actualmente, su precio es bastante elevado comparativamente con los otros anticoagulantes.

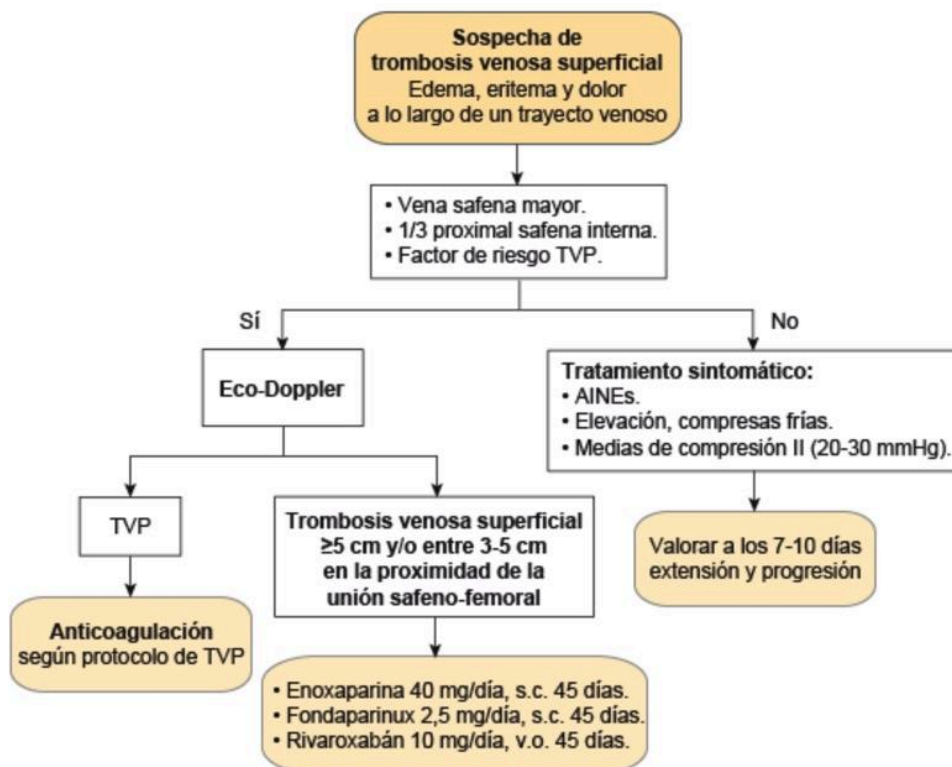


Figura 1. Algoritmo diagnóstico y terapéutico de la trombosis venosa superficial.

AINE: antiinflamatorio no esteroideo; TVP: trombosis venosa profunda.

- Afectación de safena mayor
- Síntomas severos
- Sexo masculino
- ETEV previa
- Historia familiar de ETEV
- Trombofilia
- Cáncer
- Cirugía o trauma reciente
- Hormonoterapia
- Embarazo

**Factores de riesgo**

Si hay trombosis de ejes safenos confirmada por Eco-Doppler está indicada la anticoagulación durante 45 días, inicialmente con valoración de eventual progresión al SVP mediante Eco Doppler a los 30 días; si el Eco Doppler determina que el trombo en el eje safeno progresa a menos de 5 cm del confluente o protruye en el SVP debe ser valorado por Cirugía Vascul ar ( posibilidad de ligadura quirúrgica del confluente, individualizada ) y mientras tanto está indicada la anticoagulación con HBPM ajustada al peso.

La revisión de los pacientes con TVS cercanas al cayado safeno femoral, será “consulta preferente a Vascul ar” para evitar la progresión a TVP. En los casos de TVS distales, no urge la valoración especializada. Una vez cumplimentado el tratamiento médico, una derivación estándar a consulta de cirugía vascul ar será suficiente, sin delimitar plazos cerrados.

### **BIBLIOGRAFÍA:**

- Scovell S. Superficial vein thrombosis and phlebitis of the lower extremity veins. 2023. UpToDate
- Trombosis venosa superficial. Fistera.
- Guía de Enfermedad Tromboembólica Venosa. Capítulo Español de Flebología y Linfología . Ediciones K&L. 2021
- Protocolo de actuación. Manejo diagnóstico y terapéutico de la enfermedad tromboembólica venosa. Complejo Universitario Hospitalario Badajoz. 2021.