

## Temas al día

# Manejo de la tromboflebitis superficial en la mujer embarazada

María Gracia Cruz-Caparrós<sup>1</sup>, Francisco Rivera-Cívico<sup>1</sup>, Juan Criado-García<sup>2</sup>, Eva Talavera-García<sup>3</sup>, Laura Limia-Pérez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería). España

<sup>2</sup>Unidad de Medicina Interna y Unidad de Lípidos y Arteriosclerosis. IMIBIC/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba. Córdoba. España

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Llevant. Manacor (Islas Baleares). España

Grupo de Trabajo de Enfermedad Tromboembólica. Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

Recibido: 03/07/2018

Aceptado: 04/07/2018

En línea: 31/12/2018

Citar como: Cruz-Caparrós MG, Rivera-Cívico F, Criado-García J, Talavera-García E, Limia-Pérez L. Manejo de la tromboflebitis superficial en la mujer embarazada. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2018 (Ago); 3(2): 102-104.

Autor para correspondencia: María Gracia Cruz-Caparrós. [grrcca@hotmail.com](mailto:grrcca@hotmail.com)

### Palabras clave

- ▷ Trombosis venosa superficial
- ▷ Embarazo
- ▷ Ecografía de compresión
- ▷ Heparina de bajo peso molecular (HBPM)

### Keywords

- ▷ Superficial venous thrombosis
- ▷ Pregnancy
- ▷ Compression ultrasound
- ▷ Low molecular weight heparin (LMWH)

### Resumen

La trombosis venosa superficial se ha considerado tradicionalmente como una afección benigna. Sin embargo, la evidencia actual sugiere que una proporción significativa de casos se propagará al sistema venoso profundo, particularmente cuando el trombo ocupa la vena safena larga proximal. Su presentación en el embarazo supone una dificultad añadida. Este caso representa la complejidad en el manejo de una patología sobre la que no hay herramientas de predicción diagnóstica, y donde la ecografía juega un papel clave, en especial en pacientes embarazadas, en quienes las evidencias que soportan el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa son más débiles que en el resto de los pacientes. Presentamos el caso de una gestante de 9 semanas con trombosis venosa superficial y discutimos su manejo.

### Abstract

Superficial vein thrombosis (SVT) has traditionally been considered a benign condition. However, current evidence suggests that thrombosis will spread into the deep vein system in a significant proportion of cases, particularly when the thrombus occupies the proximal long saphenous vein. Its presentation in pregnancy is an added difficulty. This case represents the complex management of a condition for which diagnostic prediction tools are lacking. Ultrasound examination plays a key role, especially in pregnant patients, for whom evidence supporting the diagnosis and treatment of venous thromboembolic disease is weaker than for the rest of patients. We present the case of a pregnant woman of 9 weeks with SVT and we discussed her management.

### Puntos destacados

- ▷ La trombosis venosa superficial puede progresar al sistema venoso profundo, precisando una correcta evaluación, pero en el embarazo no hay pautas de actuación definidas.
- ▷ La longitud y situación del trombo son datos aportados por la ecografía, necesarios para definir riesgo y marcar tratamiento, donde la heparina de bajo peso molecular a dosis y tiempo variable es la protagonista.

## Introducción

La trombosis venosa superficial (TVS) es el resultado de la formación de trombos en una vena superficial con inflamación de la pared del vaso y de tejidos adyacentes. Su incidencia es seis veces mayor que la enfermedad tromboem-

bólica venosa (ETV), encontrándose una tasa de incidencia anual del 0,64%<sup>1</sup>. Los factores de riesgo para TVS son similares a los de la ETV e incluyen cáncer activo, cirugía, traumatismo, inmovilización, obesidad, estrógenos/embarazo, antecedentes personales o familiares de ETV y trombofilia hereditaria. Tradicionalmente, se la ha considerado una afección autolimitada. Sin embargo, existe un reconocimiento creciente de que una proporción significativa de

los pacientes que presentan TVS tendrán trombosis venosa profunda (TVP) o embolia de pulmón (EP) concomitante, o tienen un riesgo significativo de desarrollarlas<sup>2</sup>.

El embarazo, por otra parte, es un factor de riesgo bien establecido para ETV. La influencia de los estrógenos sobre el tono vascular, los efectos compresivos en las venas por el crecimiento del útero y el estado de hipercoagulabilidad que se produce en la gestación, son factores que incrementan el riesgo de sufrir TVP y TVS en embarazo y puerperio. No disponemos a día de hoy de herramientas que permitan predecir la existencia de una TVS, como tampoco existen estándares reconocidos para el manejo de esta patología en el embarazo. En este escenario, la ecografía venosa se ha posicionado como la prueba de elección para confirmar la sospecha clínica de TVS, permitiendo, además, evaluar su verdadero alcance.

## Caso clínico

Enferma de 43 años, gestante de 9 semanas, con antecedentes de embarazo y cesárea hace 18 años, aborto hace 4 años y síndrome varicoso importante. Consulta por presentar desde hace 4 días dolor en cara interna de pierna derecha a nivel de rodilla. Niega dolor torácico, disnea u otros síntomas.

- Exploración física. Buen estado general. Peso: 59 kg. Auscultación cardíaca y pulmonar y exploración abdominal sin hallazgos. Extremidades: lesión alargada, eritematosa, dura, y dolorosa a la palpación en cara interna de rodilla y tercio inferior de muslo derecho. Importantes dilataciones varicosas en ambas piernas.
- Exploraciones complementarias:
  - Analítica. Hemograma, estudio de coagulación, glucosa, urea, creatinina e iones normales. Dímero D 1.024 ng/ml.
  - Ecografía de pierna derecha. Vena safena mayor, en su tercio distal, aumentada de calibre con material ecogénico en su interior, no compresible y sin flujo a la exploración Doppler color pulsado en un trayecto de unos 6 cm. No se observan signos de TVP.
- Tratamiento. Enoxaparina 60 mg subcutánea cada 24 horas hasta la próxima revisión dentro de 8 semanas. Medias elásticas de compresión graduada en ambas piernas.

A las 8 semanas, persiste cordón varicoso palpable en cara interna de pierna derecha, doloroso a la presión. Se realiza nueva ecografía de esa pierna: cayado y vena safena interna proximal permeable y sin signos de trombosis. En tercio medio de muslo se aprecia una perforante muy dilatada y parcialmente trombosada y, desde esta perforante, la safena interna se encuentra parcialmente trombosada y con dilataciones varicosas en cara interna. Ante la persistencia de la trombosis de safena, aunque ya sólo parcialmente, se decide continuar con heparina de bajo peso molecular (HBPM) a dosis de 1 mg/kg peso/día.

En la siguiente revisión, 2 meses después, habían mejorado los síntomas de TVS, aunque persistían importantes dilataciones varicosas bilaterales. El embarazo, ya de 29 semanas, evolucionaba sin otras complicaciones. Dada la mejoría clínica tras 20 semanas de tratamiento, se decidió disminuir la HBPM a dosis profiláctica (enoxaparina 40 mg/24 h) y continuar así hasta que se iniciaran los síntomas de parto. Una vez finalizado éste, continuó con enoxaparina 40 mg/día hasta completar las 6 semanas de puerperio.

## Diagnóstico

Tromboflebitis de vena safena mayor derecha en gestante de 9 semanas.

## Discusión y conclusiones

Este caso representa la dificultad en el manejo de la TVS. Ésta es una enfermedad durante años ignorada en su gravedad potencial y cuya incidencia en el embarazo, reportada en 0,068%<sup>3</sup>, está muy probablemente infraestimada. Es precisamente esta escasa representación en la literatura lo que nos obliga a extrapolar la información de estudios y recomendaciones relativos a TVS en la población general, para tratar a pacientes embarazadas, teniendo en cuenta ciertos matices.

Aunque la TVS puede afectar a cualquier vena superficial, se observa con mayor frecuencia en las extremidades inferiores, preferiblemente en territorios varicosos, siendo la vena safena mayor la más comúnmente involucrada (60-80%), mientras que la externa lo hace en el 10-20%. De estudios observacionales sabemos que, en el momento del diagnóstico, aproximadamente el 25% de los pacientes con TVS tienen una ETV concomitante (23,4% de TVP y 3,9% de EP). Estos estudios, que incluyen pacientes con longitud de trombo > 5 cm, examinaron qué factores de riesgo ecográfico hacen que una TVP sea más probable y encontraron que la participación de las venas perforantes o una TVS situada a menos de 3 cm de la unión safenofemoral (USF) aumenta el riesgo significativamente. El sexo masculino, los antecedentes de ETV, el cáncer y la ausencia de venas varicosas son otros factores de riesgo tromboembólico identificados<sup>2</sup>.

El diagnóstico de la TVS suele ser clínico, como en la paciente que presentamos, basado en la presencia de signos y síntomas típicos que incluyen eritema, calor y sensibilidad a lo largo de un cordón palpable. Aun así, la ecografía venosa es considerada esencial para confirmar la sospecha y además nos permite conocer la localización y extensión de la TVS y la exclusión de una TVP concomitante. En el caso particular de la mujer embarazada, en quien los cambios fisiológicos de la gestación pueden enmascarar una trombosis, es especialmente importante tener un alto índice de sospecha y realizar la ecografía confirmatoria, siendo aconsejable repetirla una semana después si el resultado es negativo.

Ningún estudio aleatorizado ha evaluado hasta ahora el tratamiento de la TVS en el embarazo, y las guías de TVS en la población general no coinciden en todas sus recomendaciones con la guía de práctica clínica de la Sociedad de Obstetras y Ginecólogos Canadienses (SOGC), dedicada particularmente a mujeres embarazadas<sup>4</sup>. Todas insisten en que el tipo, dosis y duración de la terapia anticoagulante debe adaptarse a cada paciente (con sus factores de riesgo tromboembólico) y a las características de la TVS. De este modo, definen un primer escenario que engloba a pacientes con bajo perfil de riesgo (trombo menor de 5 cm, alejado de la USF o safenopoplíteo y sin factores de riesgo añadidos), donde se recomienda únicamente observación. La SOGC aconseja, además, en embarazadas, seguimiento clínico en 7-10 días con ecografía de control en una semana (IA). Pueden ser útiles medidas generales como analgésicos, heparina tópica y terapia de compresión, debiendo tener presente que los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) estarían contraindicados a partir de la semana 26-28 de gestación. Un segundo escenario completamente diferente sería el de pacientes con trombo mayor de 5 cm, por su mayor riesgo tromboembólico, que requieren terapia anticoagulante. El ensayo CALISTO, realizado en pacientes no embarazadas, mostró que fondaparinux (2,5 mg/día durante 45 días) reduce significativamente la incidencia de TVP y la extensión y recurrencia de la TVS<sup>5</sup>. De hecho, la guía del American College of Chest Physicians (ACCP 2012) recomienda, en virtud de la calidad de esta evidencia, tratar estos casos con dosis profilácticas de fondaparinux (preferible) o HBPM durante 45 días<sup>6</sup>. Un reciente metanálisis de la Cochrane, que englobó un total de 33 ensayos, concluyó que distintos tipos de HBPM a dosis profilácticas y terapéuticas durante 8-12 días fueron más efectivas que placebo en la reducción de extensión o recurrencia de TVS, pero sin disminuir la aparición de TVP sintomática<sup>7</sup>. Dado

que los datos de seguridad sobre fondaparinux son limitados en embarazadas y que las HBPM no cruzan la placenta, la SOGC recomienda HBPM a dosis profiláctica o intermedia durante 1-6 semanas en mujeres muy sintomáticas y en mujeres con TVS bilateral, TVS con trombo mayor de 5 cm, pero también en aquellas con el trombo localizado a menos de 5 cm del sistema venoso profundo (IA). Hay que decir que la mayoría de los expertos y grupos de consenso europeos recomiendan, sin embargo, anticoagulación terapéutica, en el caso particular de TVS situada a menos de 3 cm de la USF, por su riesgo de extensión al sistema venoso profundo. A tenor de esta última recomendación, Scott propone un algoritmo para el manejo de TVS que está basado en guías para la población general<sup>8</sup>, que hemos adaptado a pacientes embarazadas (Figura 1).

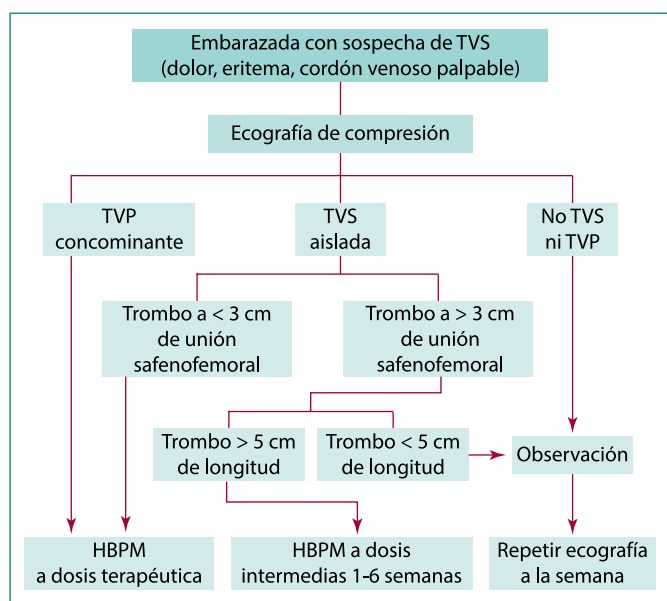


Figura 1. Manejo de paciente con sospecha de TVS propuesto por Scott<sup>8</sup>, adaptado a pacientes embarazadas

Finalmente, los antagonistas de la vitamina K sólo deben considerarse en el embarazo en circunstancias excepcionales porque atraviesan la barrera placentaria (II-2A) y, de forma similar, no hay datos sobre seguridad en el embarazo para los inhibidores orales de Xa y de trombina, por lo que tampoco se aconsejan (III-D).

En nuestra paciente, la información aportada por la ecografía permitió incluirla en el segundo de los escenarios comentados, el de mayor riesgo tromboembólico, siendo tratada con HBPM a dosis intermedias durante un periodo más prolongado del recomendado por la SOGC debido a que la mejoría fue muy lenta. El retraso en la respuesta motivó que decidiéramos mantener una dosis profiláctica de HBPM hasta la finalización del puerperio. Nos interesa resaltar la importancia del seguimiento clínico con repetición de la ecografía, que nos permitirá adaptar la dosis y duración del tratamiento (en nuestro caso alcanzó hasta 20 semanas) a las particularidades de cada caso.

## Bibliografía

1. Frappe P, Buchmuller-Cordier A, Bertoletti L, Bonithon-Kopp C, Couzan S, Lafond P, et al, H & the STEPH Study Group. Annual diagnosis rate of superficial-vein thrombosis of the lower limbs: the STEPH community-based study. *J Thromb Haemost.* 2014; 12: 831-838.
2. Decousus H, Quere I, Presles E, Becker F, Barrellier MT, Chanut M, et al for POST (Prospective Observational Superficial Thrombophlebitis) Study Group. Superficial venous thrombosis and venous thromboembolism: a large, prospective epidemiologic study. *Ann Intern Med.* 2010; 152: 218-224.
3. McColl MD, Ramsay JE, Tait RC, Walker ID, McCall F, Conkie JA, et al. Superficial vein thrombosis: incidence in association with pregnancy and prevalence of thrombophilic defects. *Thromb Haemost.* 1998; 79: 741-742.
4. Chan WS, Rey E, Kent NE. VTE in Pregnancy Guideline Working Group. Venous thromboembolism and antithrombotic therapy in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2014; 36: 527-553.
5. Leizorovicz A, Becker F, Buchmuller A, Quere I, Prandoni P, Decousus H, CALISTO Study Group. Clinical relevance of symptomatic superficial-vein thrombosis extension: lessons from the CALISTO study. *Blood.* 2013; 122: 1724-1729.
6. Kearon C, Akl EA, Comerota AJ, Prandoni P, Bounameaux H, Goldhaber, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis: American College of Chest Physicians evidence based clinical practice guidelines. *CHEST.* 2012; 141(2\_suppl): e419S-e494S.
7. Di Nisio M, Wichers IM, Middeldorp S. Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018; Issue 2. Art. No.: CD004982. Doi: 10.1002/14651858.CD004982.pub6.
8. Scott G, Mahdi AJ, Alikhan R. Superficial vein thrombosis: a current approach to management. *Br J Haematol.* 2015; 168: 639-645.