

Respuestas en trombosis venosa superficial

De la bibliografía a la práctica

Sonia Jiménez Hernández

Especialista en Medicina Interna. Médico consultor en Área de Urgencias Hospital Clínic de Barcelona

Pedro Ruiz Artacho

Departamento Medicina Interna. Clínica Universidad de Navarra, Madrid

Juan Fernando Peiró Morant

Medicina familiar y comunitaria. Centro de salud Ponent. Islas Baleares

Carlos Robledo Orduña

MIR Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Vicente del Raspeig I, Alicante

Rodrigo Rial Horcajo

Servicio de Angiología, Cirugía Vascul y Endovascular. Hospital Universitario HM Torrelodones, Madrid

Guillermo Moñux Ducajú

Servicio de Angiología, Cirugía Vascul y Endovascular. Hospital Universitario HM Torrelodones, Madrid

Vladimir Salazar Rosa

Unidad de Trombosis/Corta Estancia, Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

Joaquín Castro Jiménez

Unidad de trombosis. Hospital Santa Bárbara. Puertollano, Ciudad Real



Sociedad Española de
Medicina de Urgencias
y Emergencias

Documento considerado de
interés científico por SEMES



www.capitulodeflebologia.org



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA
La visión global de la persona enferma



© Saned 2020

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada, o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin el permiso de los Editores.

Sanidad y Ediciones, S.L.
gruposaned@gruposaned.com

Poeta Joan Maragall, 60, 1ª. Planta. 28020 Madrid.
Tel.: 91 749 95 00 - Fax: 91 749 95 01

Carrer Frederic Mompou, 4A, 2º, 2ª. 08960 Sant Just Desvern. Barcelona.
Tel.: 93 320 93 30 - Fax: 93 473 75 41

ISBN: 978-84-18351-11-2

Índice

Prólogo	4
Capítulo 1. Definición e impacto de la TVS.....	5
Capítulo 2. Anatomía del sistema venoso superficial de los miembros inferiores	9
Capítulo 3. Factores de riesgo de la TVS	11
Capítulo 4. ¿Cuál es la clínica de una TVS?	14
Capítulo 5. ¿Cómo se diagnostica una TVS?	16
Capítulo 6. Tratamiento	19
6.1. Objetivos	19
6.2. Medidas generales	19
6.3. Anticoagulación	19
6.4. AINE	22
6.5. Terapia compresiva o soporte elástico	23
6.6. Cirugía	25
6.7. Tipos de pacientes	25
Capítulo 7. Derivación y seguimiento	30
Capítulo 8. Pronóstico	33
Anexo 1. Algoritmo de tratamiento	35
Anexo 2. Glosario	36

Prólogo

La trombosis venosa superficial (TVS) ha sido tradicionalmente considerada una entidad menor en el ámbito de la trombosis y por tanto infravalorada, infradiagnosticada e infratratada.

Sin embargo, los estudios epidemiológicos realizados en los últimos años nos muestran un perfil diferente de esta enfermedad. Hoy sabemos que se trata de una patología relativamente frecuente, con consecuencias que pueden ser graves si no se trata adecuadamente y a menudo asociada desde el inicio con trombosis venosa profunda asintomática. Por ello, creemos que han de ponerse mayores esfuerzos en la detección y correcto diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes.

Se trata además de una entidad cuyo abordaje ha de ser multidisciplinar ya que son diversas las especialidades que pueden diagnosticar, tratar y hacer seguimiento de los pacientes y, cada una de ellas, desde su ámbito concreto, tiene mucho que aportar.

Por todo ello, consideramos que era necesario una obra como esta en la que, de forma práctica pero exhaustiva y con el acuerdo de las diferentes especialidades que manejan la patología, se revisasen todos los conceptos que pudiese necesitar cualquier médico que trate este tipo de pacientes.

Esperamos que realmente sea de utilidad y que redunde en positivo en la mejor evolución de nuestros pacientes con TVS.

Los autores

Capítulo 1. DEFINICIÓN E IMPACTO DE LA TVS

Juan Fernando Peiró Morant y Carlos Robledo Orduña

¿Qué es una TVS?

La trombosis venosa superficial (TVS) es el proceso agudo que cursa con síntomas de inflamación venosa y trombosis confirmada de las venas superficiales de cualquier localización: miembros superiores, inferiores, pared torácica o pared abdominal¹⁻³.

¿Cuál es el término correcto para denominarla?

El término “flebitis” hace referencia a la presencia de inflamación de una vena, mientras que “trombosis” indica la presencia de un coágulo dentro de la vena. De esta forma, el término “flebitis superficial” denota la presencia de dolor e inflamación que involucran a una vena superficial en ausencia de trombo.

Con la evidencia actual se prefiere utilizar el término “trombosis venosa superficial”, que engloba y sustituye a las numerosas denominaciones utilizadas para referirse a esta patología: flebitis, tromboflebitis, varicoflebitis, periflebitis, paraflebitis, flebotrombosis, etc.². El uso de la ecografía Doppler ha permitido confirmar el diagnóstico.

En esta revisión nos ocuparemos de las TVS de las extremidades inferiores, excluyendo otras localizaciones y causas (químicas, por catéteres intravenosos, traumáticas, sueroterapia e infusión, iatrogénicas, contrastes, escleroterapia, adicción a drogas, infecciosa, etc.)².

¿Es una patología frecuente?

La prevalencia es desconocida, aunque algunos estudios estiman que aparece hasta en un 1 % de la población y la localización más frecuente es en extremidades inferiores, afectando sobre todo al territorio de la

vena safena mayor (60-80 %). Su incidencia estimada es del 0,64⁴-1,31 %⁵ de la población general, siendo en un 5-10 % de los casos bilateral (Tabla 1). La TVS es 2-4 veces más común que la enfermedad tromboembólica venosa (ETE²)^{2-3,6}. La edad media de presentación es de 60 años², siendo más común en mujeres y su prevalencia aumenta con la edad². En pacientes con varices, la prevalencia de TVS es del 4-59 %².

Tabla 1. Frecuencia de trombosis venosa superficial según localización.⁷

Topografía venas	Frecuencia de trombosis venosa superficial
Safena interna	60-80 %
Safena externa	10-20 %
Otras venas	10-20 %
Afectación bilateral	5-10 %

La mayoría de las TVS son primarias a nivel de los miembros inferiores y pueden aparecer bajo dos formas de presentación^{2,6,8}:

- 1. Sobre varices.** Es la forma más frecuente (90 %)⁶. Existe un moderado proceso inflamatorio localizado en el tejido circundante y en la pared venosa. Tiene mejor pronóstico, menor incidencia de ETEV y afecta sobre todo a adultos mayores con varices⁶.
- 2. Sobre venas sanas.** Aproximadamente representa el 12 % de las TVS⁶. Se acompaña de inflamación importante de la pared venosa. En el estudio histológico se observa abundante proliferación de la túnica íntima y fibrosis de la túnica media con trombosis poco importante. Suele asociarse a enfermedades sistémicas, trombofilia, cáncer y a una mayor incidencia de trombosis venosa profunda (TVP) y embolia pulmonar (EP)⁶.

La prevalencia de trombofilia en TVS de venas sanas es del 50 %, mientras que en la TVS de venas varicosas es sólo del 15 %^{2,9}.

Capítulo 1

Definición e impacto de la TVS

¿Por qué es relevante?

Aunque tradicionalmente se venía considerando a la TVS como una patología de naturaleza benigna con un curso clínico autolimitado, actualmente se conoce que sus potenciales complicaciones pueden ser graves o incluso mortales.

Mediante el estudio con ecografía Doppler se ha demostrado que la propagación al sistema venoso profundo aparece en un 2,6-15 %. Se asocia con TVP en un 5,6-53 % (en un 25-50 % con localización no contigua), con EP asintomática en un 20-33 % y con EP sintomática en un 0,5-13 %⁶. Además, se ha señalado un riesgo de recurrencia de hasta un 18,8 % en venas superficiales varicosas y de un 33,6 % en venas profundas cuando la TVS afecta a venas sanas^{2,6,8}. En el momento del diagnóstico, aproximadamente el 25 % de los pacientes con TVS tienen una ETEV concomitante (23,4 % TVP y 3,9 % EP).

Además, la historia previa o antecedentes de TVS resulta tener un riesgo cuatro veces mayor de EP y seis veces mayor de TVP⁹. La TVS localizada en el tronco principal de la safena mayor parece tener la asociación más fuerte con la ETEV^{2,10,11}.

La aparición de TVS es un factor de riesgo independiente para la TVP. Por tanto, la TVS está íntimamente ligada al riesgo de desarrollar una TVP o EP², y es por eso por lo que recientemente se ha producido un cambio de paradigma en su relevancia, ya que se considera a la TVS como una parte de la propia ETEV.

Bibliografía

1. Scovell S. Phlebitis and thrombosis of the superficial lower extremity veins. [Internet]. Update. [Citado el 15 marzo 2018] Recuperado en: <https://bit.ly/2lrCKu1>
2. Giannoukas A. Current management of superficial thrombophlebitis of the lower limb. *Phlebology* 2013;20: 127-32.
3. Scott G, Mahdi AJ, Alikhan R. Superficial vein thrombosis: a current approach to management. *BJH* 2015;168: 639-45.

4. Frappé P, Buchmuller-Cordier A, Bertoletti L, Bonithon-Kopp C, Couzan S, Lafond P, Leizorovicz A, et al. STEPH Study Group. Annual diagnosis rate of superficial vein thrombosis of the lower limbs: the STEPH community-based study. *J Thromb Haemost*. 2014;12(6) 831-838.
5. Geersing G-J, Cazemier S, Rutten F. Incidence of superficial venous thrombosis in primary care and risk of subsequent venous thromboembolic sequelae: a retrospective cohort study performed with routine healthcare data from the Netherlands. *BMJ Open*. 2018;8:e019967.
6. Nicolaides A, Kakkos S, Eklof B. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines according to scientific evidence. *International Angiology*. 2014;33: 87-208.
7. Frías Vargas M, García Vallejo O, Vázquez Gómez N, Rial Horcajo R, Carrasco Carrasco E, Moñux Ducajú G, Ramírez Torres JM. Documento de Consenso SEMERGEN-CEFyL de la SEACV: trombosis venosa superficial de miembros inferiores en Atención Primaria. *SEMERGEN*. 2019;45(3):187-96.
8. Gillet JL, Perrin M, Cayman R. Superficial venous thrombosis of the lower limbs: prospective analysis in 100 patients. *J Mal Vasc*. 2001; 26:16-22.
9. Superficial Thrombophlebitis, Superficial vein thrombosis. *Thrombosis Canada 2017*. [Internet]. Clinical Guides, thrombosis Canada. [Citado el 16 abril 2018 2018]. Disponible en: <http://thrombosiscanada.ca/clinicalguides/#>
10. Di Nisio M, Wichers IM, Middeldorp S. Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 2*. Art. No.: CD004982.
11. Beyer-Westendorf J. Controversies in venous thromboembolism: to treat or no to treat superficial vein thrombosis. *Hematology. Am Soc Hematol Educ Program 2017*:223-30.

Capítulo 2. ANATOMÍA DEL SISTEMA VENOSO SUPERFICIAL DE LOS MIEMBROS INFERIORES

Rodrigo Rial Horcajo y Guillermo Moñux Ducajú

La fascia muscular es la estructura anatómica que define los dos territorios del sistema venoso de los miembros inferiores (MMII). El sistema venoso superficial (SVS) se localiza suprafascial. El sistema venoso profundo (SVP) y superficial se encuentran comunicados por venas perforantes que atraviesan la fascia a varios niveles y de forma variable. El flujo en estas venas perforantes es desde el SVS al SVP. El flujo en sentido inverso es patológico siempre, salvo en la planta del pie. El flujo fisiológico en las venas es centrípeto, facilitado por las válvulas venosas que se distribuyen de forma variable, pero más o menos uniforme. Las venas perforantes no se consideran como sistema venoso superficial y su afectación tiene unas implicaciones especiales en el tratamiento.

Dos son las venas superficiales principales a las que drenan las diferentes áreas de los MMII: la vena safena mayor o interna y la vena safena menor o externa.

Vena safena mayor o interna

Por traducción literal del consenso Vein Term¹ se prefiere la denominación mayor frente a interna, pero todavía es de mayor uso safena interna. Se forma en la cara antero interna del maleolo interno del tobillo por la confluencia de las venas de la cara anterior e interna del pie, sigue un trayecto ascendente por la cara interna de la pierna aproximadamente a un centímetro posterior al borde interno de la tibia, cóndilo femoral y cara interna de muslo hasta la zona inguinal, en el triángulo de Scarpa, donde atraviesa la fascia cribiforme uniéndose a la vena femoral. El segmento de vena safena, de uno a dos centímetros, que atraviesa la fascia y tiene un trayecto posterior o profundo, se denomina cayado de

la vena safena interna o mayor, o unión safeno femoral. La distancia a la vena femoral en la que se sitúa la trombosis de la vena safena mayor tiene implicaciones importantes en el tratamiento (Figura 1).

Vena safena menor o externa

Se origina posterior al maleolo externo por confluencia de venas de la cara externa del pie y sigue un trayecto entre los dos gemelos, atraviesa la fascia en la fosa poplítea uniéndose a la vena poplíteica, por una estructura que es la unión safeno poplíteo o cayado de la safena externa (Figura 2).

Venas colaterales. De distribución muy variable, son tributarias de los ejes safenos, tienen muchas conexiones entre ellas y también conexión con venas perforantes.

Bibliografía

1. Eklof B, Perrin M, Delis KT, Rutherford RB, Glociczki P. American Venous Forum; European Venous Forum; International Union of Phlebology; American College of Phlebology; International Union of Angiology. Updated terminology of chronic venous disorders: the VEIN-TERM transatlantic interdisciplinary consensus document. *J Vasc Surg.* 2009;49(2):498-501.



Figura 1. Vena safena mayor o interna.

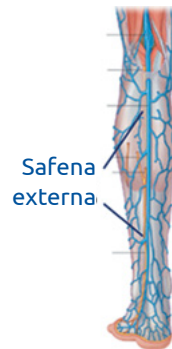


Figura 2. Vena safena menor o externa.

Capítulo 3. FACTORES DE RIESGO DE LA TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL

Juan Fernando Peiró Morant y Carlos Robledo Orduña

¿Cuáles son los factores de riesgo que predisponen a sufrir una TVS?

¿Son las venas varicosas un factor de riesgo para la TVS?

Los factores predisponentes para TVS incluyen:

1. Edad: mayor a partir de los 40 años.
2. Enfermedad venosa crónica.
3. Venas varicosas. Hasta el 90 % de los casos de TVS se desarrollan sobre venas varicosas¹⁻². El tratamiento de las varices (esclerosis, ablación) también predispone a la TVS.
4. Cualquier situación que provoque afectación de la pared venosa: inyecciones intravenosas, catéter intravenoso, trauma venoso, efectos secundarios de un tratamiento intravenoso.
5. Inmovilización prolongada: incidencia del 13 % si es mayor de 8 días. La estasis venosa es el mecanismo principal de TVS en pacientes con venas varicosas³.
6. Viajes prolongados.
7. Traumatismo reciente.
8. Cirugía reciente: cirugía ortopédica y cirugía mayor, sobre todo abdominal, neuroquirúrgica o pélvica.
9. Embarazo y puerperio.
10. Obesidad.
11. Cáncer y su tratamiento (quimioterapia, tamoxifeno).

12. Uso de fármacos: anticonceptivos orales y terapia hormonal sustitutiva.
13. Enfermedades autoinmunes especialmente.
14. Antecedentes personales o familiares de enfermedad tromboembólica venosa (EDEV), TVS anterior, trombofilia heredada y otros factores comunes a la enfermedad tromboembólica del sistema venoso profundo.

Una historia previa de trombosis venosa profunda (TVP), así como una TVP actual, aumenta el riesgo de TVS. Asimismo, una historia de TVS aumenta el riesgo de desarrollar una TVP⁴⁻⁷.

La TVS espontánea de la vena safena mayor no varicosa se asocia a neoplasia en el 5-13 % de los casos y debe ser tomada en cuenta a partir de los 40 años⁶. En pacientes con una TVS sobre venas sanas o en TVS recurrente sobre varices es recomendable efectuar estudios dirigidos a descartar cáncer y trombofilia u otros factores de riesgo relacionados⁶.

Los factores de riesgo predisponentes para la TVS se superponen en gran medida con los de riesgo para la EDEV, incluyendo un alto índice de masa corporal, la inmovilización y el cáncer, lo que también sugiere que la TVS y la TVP tienen una etiología similar.

Se ha encontrado una prevalencia claramente mayor de varios factores de riesgo clásicos para TVP y EP en la cohorte TVS en comparación con la cohorte de la población general, como cáncer, cirugía, embarazo y fracturas⁷.

Bibliografía

1. Gillet JL, Allaert FA, Perrin M. [Superficial thrombophlebitis in non varicose veins of the lower limbs. A prospective analysis in 42 patients]. *J Mal Vasc*. 2004; 29:263.
2. De Maeseneer MG, Thrombosis Guidelines Group of the Belgian on, Thrombosis and Haemostasis, Belgian Working Group on Angiology. Superficial thrombophlebitis of the lower limb: practical recommendations for diagnosis and treatment. *Acta Chir Belg* 2005; 105:145.

Capítulo 3

Factores de riesgo de la trombosis venosa superficial

3. Decousus H, Queré I, Presles E, Becker F, Barrellier M, Chanut M et al. Superficial Venous Thrombosis and Venous Thromboembolism: A Large, Prospective Epidemiologic Study. [Internet]. 2010 [citado 1 Mayo 2020]. Disponible en: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-152-4-201002160-00006>
4. Scovell S. Phlebitis and thrombosis of the superficial lower extremity veins. [Internet]. Update. [Citado el 15 marzo 2018] Recuperado en: <https://bit.ly/2lrCKu1>
5. Nicolaides A, Kakkos S, Eklof B. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines according to scientific evidence. *International Angiology* 2014;33:87-208.
6. Superficial Thrombophlebitis, Superficial vein thrombosis. *Thrombosis Canada* 2017. [Internet]. Clinical Guides, thrombosis Canada. [Citado el 16 abril 2018]. Disponible en: <http://thrombosiscanada.ca/clinicalguides/#>
7. Cannegieter, S., Horváth-Puhó, E., Schmidt, M., Dekkers, O., Pedersen, L., Vandenbroucke, et al. (2015). Risk of venous and arterial thrombotic events in patients diagnosed with superficial vein thrombosis: a nationwide cohort study. *Blood*. 125(2), pp.229-235.

Capítulo 4. ¿CUÁL ES LA CLÍNICA DE UNA TVS?

Vladimir Salazar Rosa y Joaquín Castro Jiménez

¿Cuáles son los signos y síntomas más frecuentes?

La mayoría de los casos se presentan con los hallazgos típicos de sensibilidad, dolor, induración, calor, y/o eritema a lo largo del recorrido de una vena superficial, generalmente en una vena tributaria varicosa dilatada¹. En ocasiones, puede existir un cordón palpable, a veces nodular, debido al trombo existente dentro de la vena afectada. La fiebre de bajo grado puede estar presente en la TVS no complicada, pero la fiebre de alto grado, la fluctuación y/o el drenaje purulento debería hacernos sospechar una tromboflebitis séptica o supurativa, sobre todo si el eritema se extiende significativamente más allá del margen de la vena y existen antecedentes de manipulación venosa².

¿Qué signos y síntomas nos deben hacer pensar en una TVP?

La TVS y la TVP pueden coexistir como consecuencia de una progresión del trombo por contigüidad a través de la unión safenofemoral, la unión safenopoplítea³ o las venas perforantes, o incluso puede darse una TVP concomitante a distancia⁴. Según el metaanálisis de DiMino la prevalencia media de TVP concomitante con la TVS al diagnóstico es del 18,1 %⁵. El riesgo es menor en los pacientes jóvenes, en las mujeres, en los pacientes con traumatismo reciente o durante el embarazo. Además de los factores de riesgo bien establecidos para TVP, existen unos factores que se relacionan con un diagnóstico de TVP cuando se identifica una TVS como son: la afectación de la safena mayor por encima de la rodilla, el cáncer activo, el edema de la extremidad, ausencia de cordón indurado, la edad > 60 años, TVS no provocada, sexo masculino, TVS bilaterales, presencia de infección sistémica y ausencia de venas varicosas.

Capítulo 4

¿Cuál es la clínica de una TVS?

¿Qué otras patologías pueden simular una TVS?

Otras entidades como la celulitis, erisipela, picaduras de insectos, linfangitis, dermatitis crónica, enfermedad de Lyme, eritema nodoso, poliarteritis nodosa cutánea, granuloma sarcoide, tendinitis, quiste poplíteo de Baker y el sarcoma de Kaposi pueden confundirse con la trombosis venosa superficial^{6,7}.

Bibliografía

1. Decousus H, Frappé P, Accassat S, Bertoletti L, Buchmuller A, Seffert B, et al. Epidemiology, diagnosis, treatment and management of superficial-vein thrombosis of the legs. *Best Pract Res Clin Haematol*. 2012;25(3):275-84.
2. Kalodiki E, Stvrtinova V, Allegra C, Andreozzi G, Antignani P-L, Avram R, et al. Superficial vein thrombosis: a consensus statement. *Int Angiol J Int Union Angiol*. 2012;31(3):203-16.
3. Pomeroy F, Di Minno MND, Tamburini Premunian E, Malato A, Pasca S, Barillari G, et al. A clinical score to rule out the concomitant presence of deep vein thrombosis in patients presenting with superficial vein thrombosis: The ICARO study. *Thromb Res*. 2015;136(5):938-42.
4. Decousus H, Quéré I, Presles E, Becker F, Barrellier M-T, Chanut M, et al. Superficial venous thrombosis and venous thromboembolism: a large, prospective epidemiologic study. *Ann Intern Med*. 2010;152(4):218-24.
5. Di Minno MND, Ambrosino P, Ambrosini F, Tremoli E, Di Minno G, Dentali F. Prevalence of deep vein thrombosis and pulmonary embolism in patients with superficial vein thrombosis: a systematic review and meta-analysis. *J Thromb Haemost*. 2016;14(5):964-72.
6. Ellis MH, Fajers S. A current approach to superficial vein thrombosis. *Eur J Haematol*. 2013;90(2):85-8.
7. Cosmi B. Management of superficial vein thrombosis. *J Thromb Haemost*. 2015;13(7):1175-83.

Capítulo 5. ¿CÓMO SE DIAGNOSTICA UNA TVS?

Rodrigo Rial Horcajo y Guillermo Moñux Ducajú

El diagnóstico de sospecha de una TVS es fundamentalmente clínico. El cuadro clínico de dolor, eritema y la palpación de un cordón es compatible con el diagnóstico de TVS. El dímero-D tienen menor sensibilidad que para una trombosis venosa profunda y no suele utilizarse como método diagnóstico, ni está incluido en los algoritmos¹.

La ecografía Doppler, como exploración complementaria básica, es recomendable realizarla siempre que se tenga disponibilidad². Tiene como objetivos: determinar la extensión de la TVS, la asociación con TVP y hacer el diagnóstico diferencial en casos dudosos (eritema nodoso, celulitis, linfangitis, vasculitis...)

Sobre una TVS clínica localizada en la pierna sobre la que no exista disponibilidad de ecografía Doppler puede obviarse su realización. Sin embargo, las TVS proximales a los cóndilos femorales deben ser remitidas para realizar una ecografía Doppler en todos los casos en un plazo razonable³. En ningún caso la no realización de la ecografía Doppler, o su demora en realizarlo, debe retrasar el inicio del tratamiento. Si la TVS se sitúa a menos de 3 cm del cayado de la vena safena mayor o afecta a venas perforantes, tiene unas implicaciones importantes en el tratamiento⁴. Asimismo, la afectación de venas perforantes cambia la estrategia del tratamiento (Figura 1).

Los criterios ecográficos de diagnóstico de TVS son ausencia de compresibilidad y contenido hiperecogénico en venas suprafasciales. La exploración de todo el territorio afectado es muy importante, pero con especial atención a los cayados y la distancia si es que existe del trombo hasta el SVP. En la exploración de una TVS debe realizarse todas las maniobras para excluir una TVP asociada⁵.

Capítulo 5

¿Cómo se diagnostica una TVS?

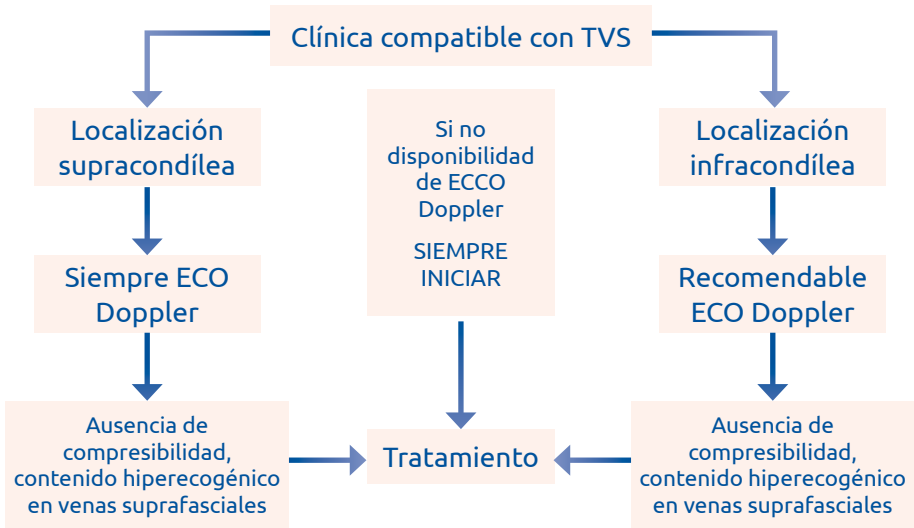


Figura 1. Algoritmo diagnóstico de TVS.

En este sentido, algunos datos a tener en cuenta son:

- Distancia del trombo al cayado safenofemoral: evaluar si es mayor o menor a 3 cm.
- Longitud del trombo: evaluar si es mayor o menor a 4-5 cm.

Bibliografía

1. Aguilar C, del Villar V. D-dimer is not useful for the diagnosis of isolated superficial venous thrombosis. *Am J Med.* 2005;118(12):1417.
2. Kearon C, Akl E, Comerota A, Prandoni P, Bounameaux H, Goldhaber S, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9 th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest.* 2012;141: e419S-94S.
3. Lozano Sánchez FS, González Porras JR, Zarco Castillo J, Silva IA. La trombosis venosa superficial: ¿es una enfermedad benigna? *Angiología.* 2011; 63:25-30.

4. Frías Vargas M, García Vallejo O, Vázquez Gómez N, Rial Horcajo R, Carrasco Carrasco E, Moñux Ducajú G, Ramírez Torres JM. Documento de Consenso SEMERGEN-CEFYL de la SEACV: trombosis venosa superficial de miembros inferiores en Atención Primaria. SEMERGEN. 2019;45(3):187-96.
5. Roddy SP. Superficial venous thrombosis and compression ultrasound imaging. J Vasc Surg. 2012;56(4):1178.

Capítulo 6. TRATAMIENTO

Sonia Jiménez Hernández, Pedro Ruiz Artacho, Juan Fernando Peiró Morant, Carlos Robledo Orduña, Rodrigo Rial Horcajo, Guillermo Moñux Ducajú, Vladimir Salazar Rosa y Joaquín Castro Jiménez

6.1. OBJETIVOS

¿Cuáles son los objetivos del tratamiento de la TVS?

El objetivo del tratamiento de una TVS es doble:

- Disminuir la sintomatología.

La clínica de la TVS puede revisarse en el capítulo 4.

- Evitar la progresión de la trombosis y el desarrollo de formas graves de ETEV, básicamente TVP y EP. Además de evitar recurrencias de ETEV¹.

El pronóstico de la TVS, el riesgo de desarrollo de formas graves de ETEV y evolución pueden revisarse en el capítulo 8.

6.2. MEDIDAS GENERALES

¿Cuáles son las medidas generales a tomar? ¿Cuáles son sus objetivos?

Las medidas generales están orientadas a disminuir la sintomatología generada por la aparición de flogosis o inflamación, básicamente el dolor, y son los AINE tópicos o sistémicos y las medias de compresión elástica².

Estas medidas se desarrollan más extensamente en los puntos 6.4. y 6.5.

6.3. ANTICOAGULACIÓN

¿Anticoagulación? ¿Con qué objetivo?

El objetivo de la anticoagulación es evitar la extensión de la TVS, la aparición de formas graves de ETEV, en forma de TVP y EP, y las recurrencias de ETEV³.

¿Con qué anticoagulante, en qué dosis y durante cuánto tiempo?

Son varios los anticoagulantes que se han evaluado para el tratamiento de la TVS.

Los estudios realizados con HBPM^{4,5,6} son heterogéneos (a diferentes dosis, durante diferentes períodos de tiempo y con diferentes comparadores) y poco comparables entre sí. Han demostrado reducción de la progresión y recurrencias de la TVS, aunque no se ha observado un efecto significativo sobre la incidencia de TVP. A pesar de todo ello, alguna guía de práctica clínica recomienda su utilización a dosis profilácticas durante 45 días⁷.

En el estudio Calisto⁸, fondaparinux en dosis de 2,5 mg diarios durante 45 días redujo el riesgo de complicaciones tromboembólicas frente a placebo en un 85% a los 45 días y este beneficio se mantuvo en el tiempo de seguimiento del estudio (77 días). Fondaparinux redujo significativamente no solo la incidencia de recurrencia y extensión de la TVS, sino también la incidencia de tromboembolismo venoso, con una seguridad similar a la del placebo. Actualmente, fondaparinux es el único anticoagulante autorizado por las agencias europea y española del medicamento para tratar la TVS.

En el estudio SURPRISE⁹ en pacientes con TVS de alto riesgo se compararon fondaparinux 2,5 mg y rivaroxaban 10 mg. Los resultados sugerían que rivaroxaban era tan eficaz como fondaparinux. Se observó un incremento del sangrado no mayor clínicamente relevante con rivaroxaban.

Se han realizado a posteriori dos revisiones sistemáticas / metaanálisis de la evidencia disponible.

Por un lado, la revisión realizada por La Cochrane³ que concluye que fondaparinux 2,5 mg durante 45 días parece una opción válida para la mayoría de los pacientes con TVS de miembros inferiores. Al respecto de las HBPM y de rivaroxaban concluye que la calidad de la evidencia disponible es baja y que por tanto se requeriría realizar otros estudios que clarificasen el rol de estos fármacos en la TVS.

Capítulo 6

Tratamiento

Por otro lado, en el metaanálisis realizado por Duffet et al.², a partir de la evidencia disponible en TVS los autores realizan una estimación de la incidencia de tromboembolismo venoso por 100 pacientes y año con las distintas opciones de tratamiento. Fondaparinux resultó ser el único anticoagulante que en esta estimación mostraba reducir esta incidencia en comparación con el no tratamiento.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto, veremos ahora cuándo se recomienda la anticoagulación y con qué anticoagulante.

La anticoagulación está recomendada en las siguientes situaciones:

- **TVS y alguno de los siguientes:**

- Presencia de trombosis venosa del territorio profundo.
- Distancia de la TVS a cayados inferior a 3 cm.
- Afectación de venas perforantes.

Anticoagulación a dosis terapéutica durante al menos 3 meses, como si se tratara de una TVP.

- **TVS aislada de al menos 5 cm sin ninguno de los anteriores:**

- De elección: Fondaparinux 2,5 mg/día durante 45 días (único anticoagulante con indicación en ficha técnica para esta entidad)⁴.
- Otras opciones posibles, según las guías de práctica clínica, con menos evidencia científica son:
 - HBPM a dosis profilácticas o intermedias (incluso terapéuticas) durante 30-45 días².
 - Rivaroxaban 10 mg/día durante 45 días⁹.

En general, para estos pacientes se recomienda como duración del tratamiento anticoagulante la que se ha referido. Sin embargo, se ha sugerido que quizás podría ser necesario alargar la duración de este ante la presencia de factores de riesgo adicionales como la presencia de un cáncer activo, antecedentes de ETEV, etc.⁹ Se requeriría la realización de estudios para clarificar este aspecto³.

- **TVS < 5 cm:**

- No es necesaria la anticoagulación. Tomar medidas generales y observación clínica en las siguientes semanas para vigilar progresión. En tal caso, tratar según los puntos anteriores.

El tipo de tratamiento, las dosis y duración de los tratamientos pueden verse influenciados por las características de los pacientes y factores de riesgo de progresión. Las particularidades del tratamiento en pacientes especiales, como son aquellos con un cáncer activo o las mujeres embarazadas, se discuten en el punto 6.7.

6.4. AINE

¿AINE?

Como se ha mencionado previamente, la inflamación flebitis que se asocia a la TVS es una parte fundamental en la fisiopatología de la TVS. Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) tienen aquí su cabida como tratamiento para esta entidad patológica al cortar el ciclo de la inflamación y disminuir así el dolor, sin tener claros beneficios en la prevención de las complicaciones.

Los AINE son, por tanto, uno de los tratamientos propuestos para el abordaje de la TVS junto con la anticoagulación, la terapia compresiva y la intervención quirúrgica, en casos seleccionados¹⁰.

Un metaanálisis del año 2018 constata que los AINE no parecen tener ningún impacto en la incidencia estimada de enfermedad tromboembólica venosa (ETEVE), ya que los resultados obtenidos con el uso de AINE son similares a los obtenidos en aquellos que no recibieron tratamiento. Además, los estudios comparados en este metaanálisis están realizados con distintas muestras en cuanto a las características de los pacientes².

En este mismo sentido, un estudio aleatorizado del año 2012 compara el tratamiento de AINE con dalteparina en pacientes con TVS, reve-

Capítulo 6

Tratamiento

lando que dalteparina es superior a los AINE en la prevención de la extensión superficial de la tromboflebitis en los 14 primeros días con similar disminución del dolor y sin incremento de eventos hemorrágicos. Sin embargo, al cabo del periodo de seguimiento de 3 meses no hubo diferencias entre ambos grupos y, en todo caso, no hubo comparación con placebo¹¹.

Por tanto, debemos ser cautos a la hora de obtener conclusiones en la comparación de la terapéutica con AINE y otros anticoagulantes.

¿Con qué objetivo?

Los AINE orales reducen la extensión y la progresión de la inflamación flebitis asociada a la TVS cuando se comparan con placebo. Al cortar el ciclo de la inflamación, reducen el dolor y la sintomatología local^{2,10,12}.

¿Cómo debería ser el tratamiento?

Dentro de la variedad de los AINE, ninguno de ellos ha demostrado ser mejor para la TVS. Se recomienda el uso de aquellos con mejor perfil de seguridad, como naproxeno (500 mg/12 h) o ibuprofeno (400 mg/8 h), valorando el riesgo hemorrágico en cada paciente de manera individualizada, y siempre durante un tiempo limitado de días.

Por tanto, todo paciente con TVS puede verse beneficiado del tratamiento sintomático con AINE¹⁰.

6.5. TERAPIA COMPRESIVA O SOPORTE ELÁSTICO

¿Terapia compresiva? ¿Con qué objetivo?

De los objetivos del tratamiento de la TVS, la terapia compresiva actúa sobre el alivio de los síntomas locales y también sobre la progresión.

En 2014 un ensayo randomizado puso de manifiesto que la utilización de las medias elásticas en las TVS aisladas de la extremidad inferior favorecían la regresión del trombo, especialmente cuando se utiliza-

ban de forma precoz¹³. Pero antes de la evidencia directa su utilización ya era rutinaria. En el Estudio Calisto⁸ el 83 % de los pacientes estaban tratados concomitantemente con soporte elástico. La Guía de la Unión Internacional de Flebología de 2012¹⁴, en su recomendación 5 afirma que todos los pacientes con TVS deben ser tratados con terapia compresiva y las Guías NICE y SIGN¹⁵ recogen la misma recomendación.

La terapia compresiva es el pilar básico de tratamiento médico de la enfermedad venosa crónica (EVC) con el máximo nivel de evidencia y máxima recomendación¹⁶. Se da la circunstancia que la mayoría de los pacientes que desarrollan una TVS sobre varices no tenían una adecuada adherencia al tratamiento con medias elásticas o lo habían abandonado.

¿Con qué grado de compresión y durante cuánto tiempo?

El grado de compresión recomendada es la Clase II (22-29 mmHg). La longitud debe prescribirse para cubrir la zona afectada, pero si no es posible (por obesidad u otros motivos) también son útiles al disminuir la hipertensión venosa. Se deben prescribir desde el momento del diagnóstico. Si existe sensibilidad local debe asociarse AINE, si no están contraindicados, ya que aumenta el grado de tolerancia¹⁴ (Figura 1).



Figura 1. Grado de compresión.

Capítulo 6

Tratamiento

La duración del tratamiento con soporte elástico debe ser indefinida si está asociada a enfermedad venosa crónica. La terapia compresiva en este caso es prevención secundaria para la TVS y mejora la calidad de vida¹⁷. Si la TVS asienta sobre vena “sana” la práctica clínica indica que debe mantenerse hasta que hayan cedido las molestias.

6.6. CIRUGÍA EN LA TVS

¿Cuál es su papel en las distintas fases de la TVS?

En la actualidad la cirugía tiene un papel muy limitado en la fase aguda de la TVS. Antes de la época de las heparinas de bajo peso molecular la interrupción de las uniones de las venas safenas con el sistema venoso profundo (crosectomías) se realizaban con relativa frecuencia, en la afectación proximal, para prevenir las posibles embolias pulmonares. Estudios comparando tratamiento anticoagulante y cirugía sola han mostrado que no existen diferencias en cuanto a la prevención de la EP y sí un incremento de la morbilidad por complicaciones como hematomas y aumento de la incidencia de TVP^{18,19}. Desde hace años la cirugía de la TVS en la fase aguda no se recomienda en las Guías de Práctica Clínica y queda reservada únicamente a pacientes con contraindicación para la anticoagulación^{7,14}.

Sin embargo, en la prevención secundaria en los pacientes que han tenido una TVS con varices, la cirugía se muestra como el mejor tratamiento para la prevención de la recurrencia. Todo paciente con una TVS sobre una variz debe ser derivado a Cirugía Vasculuar una vez haya cedido el cuadro. La indicación quirúrgica deberá ser cuidadosamente valorada en base a riesgo quirúrgico ajustado por edad²⁰.

6.7. TIPOS DE PACIENTES

¿Se deben manejar de distinta manera distintos tipos de pacientes?

El tratamiento de la trombosis venosa superficial es susceptible de algunas matizaciones en función del tipo de paciente en el que se diagnostique. Aunque en términos generales su manejo debe ser uniforme, en

base a los criterios previamente comentados, existen dos poblaciones especiales en los cuales se debe individualizar el manejo.

- **Trombosis venosa superficial en población oncológica.** El pronóstico de la TVS en población oncológica es pobre con relación a los pacientes sin patología neoplásica con mayor concomitancia de trombosis venosa profunda y embolia pulmonar. Aunque algunos autores abogan por alargar el tiempo de tratamiento o incluso utilizar dosis anticoagulantes de los distintos fármacos^{21,22} las guías de la NCCN en su versión de 2020²³ se inclinan por tratamiento anticoagulante con fondaparinux o rivaroxaban a dosis profilácticas durante 6 semanas.
- **Trombosis venosa superficial durante el embarazo.** Respecto al manejo durante el embarazo siguiendo las recomendaciones de las guías de ginecología y obstetricia canadienses se recomienda evitar AINE tras las 26-28 semanas de gestación y recomiendan tratamiento con heparina de bajo peso molecular a dosis profiláctica o intermedias entre 1 y 6 semanas cuando la afectación sea bilateral, muy sintomática, a menos de 5 cm del sistema venoso profundo o de más de 5 cm de extensión. En los demás supuestos se recomienda vigilancia clínica durante 10 días y una ecografía de control dentro de la primera semana²⁴.

Bibliografía

1. Di Minno MN, Ambrosino P, Ambrosini F, Tremoli E, Di Minno G, Dentali F. Prevalence of deep vein thrombosis and pulmonary embolism in patients with superficial vein thrombosis: a systematic review and meta-analysis. *J Thromb Haemost.* 2016;14(5):964-72.
2. Duffett L, Kearon C, Rodger M, Carrier M. Treatment of Superficial Vein Thrombosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Thromb Haemost.* 2019;119(3):479-489.
3. Di Nisio M, Wichers IM, Middeldorp S. Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;2(2):CD004982.

Capítulo 6

Tratamiento

- Decousus H; Enoxaparin Study Group. A pilot randomized double-blind comparison of a low-molecular-weight heparin, a nonsteroidal anti-inflammatory agent, and placebo in the treatment of superficial vein thrombosis. *Arch Int Med.* 2003;163: 1657-63.
- Prandoni P, Tormene D, Pesavento R; Vesalio Investigators Group. High vs. low doses of low-molecular-weight heparin for the treatment of superficial vein thrombosis of the legs: a double-blind, randomized trial. *J Thromb Haemost.* 2005;3: 1152-7.
- Cosmi B, Filippini M, Tonti D, Avruscio G, Ghirarduzzi A, Bucherini E; STEFLUX Investigators. A randomized double-blind study of low-molecular-weight heparin (parnaparin) for superficial vein thrombosis: STEFLUX (Superficial ThromboEmbolism and Fluxum). *J Thromb Haemost.* 2012; 10:1026-35.
- Kearon C, Akl EA, Comerota AJ, Prandoni P, Bounameaux H, Goldhaber SZ, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest.* 2012;141(2 Suppl): e419S-e496S.
- Decousus H, Prandoni P, Mismetti P, Bauersachs RM, Boda Z, Brenner B, et al. CALISTO Study Group. Fondaparinux for the treatment of superficial-vein thrombosis in the legs. *N Engl J Med.* 2010;363(13):1222-32.
- Beyer-Westendorf J, Schellong SM, Gerlach H, Rabe E, Weitz JI, Jersemann K, Sahin K, Bauersachs R; SURPRISE investigators. Prevention of thromboembolic complications in patients with superficial-vein thrombosis given rivaroxaban or fondaparinux: the open-label, randomised, non-inferiority SURPRISE phase 3b trial. *Lancet Haematol.* 2017;4(3):e105-e113.
- Frías Vargas M, García Vallejo O, Vázquez Gómez N, Rial Horcajo R, Carrasco Carrasco E, Moñux Ducajú G, Ramírez Torres JM. Documento de Consenso SEMERGEN-CEFyL de la SEACV: trombosis venosa superficial de miembros inferiores en Atención Primaria. *SEMERGEN.* 2019;45(3):187-96.
- Rathburn SW, Aston CE, Whitsett TL. A randomized trial of dalteparin compared with ibuprofen for the treatment of superficial thrombophlebitis. *J Thromb Haemost.* 2012;10(5):833-9.
- Marchiori A, Mosena L, Prandoni P. Superficial Vein Thrombosis: Risk Factor, Diagnosis, and Treatment. *Semin Thromb Hemost.* 2006;32(7):737-43.
- Boehler K, Kittler H, Stolkovich S, Tzaneva S. Therapeutic effect of compression stockings versus no compression on isolated superficial vein

- thrombosis of the legs: a randomized clinical trial. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2014;48: 465-71.
14. Kalodiki E, Stvrtinova V, Allegra C, Andreozzi G, Antignani PL, Avram R, et al. Superficial vein thrombosis: a consensus statement. *Int Angiol.* 2012 Jun;31(3):203-16.
 15. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Prevention and management of venous thromboembolism. Edinburgh: SIGN; 2010. (SIGN publication n° 122). Disponible en: <http://www.sign.ac.uk>.
 16. Wittens C, Davies AH, Bækgaard N, Broholm R, Cavezzi A, Chastanet S, et al. Editor's Choice - Management of Chronic Venous Disease: Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2015;49(6):678-737.
 17. Kakkos SK, Timpilis M, Patrinos P, Nikolakopoulos KM, Papageorgopoulou CP, Kouri AK, et al. Acute Effects of Graduated Elastic Compression Stockings in Patients with Symptomatic Varicose Veins: A Randomised Double Blind Placebo Controlled Trial. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2018;55(1):118-125.
 18. Lozano FS, Almazán A. Low-molecular-weight heparin versus saphenofemoral disconnection for the treatment of above-knee greater saphenous thrombophlebitis: a prospective study. *Vasc Endovascular Surg.* 2003;37: 415-20.
 19. Belcaro G, Nicolaidis AN, Errichi BM, Cesarone MR, De Sanctis MT, Incandela L, et al. Superficial thrombophlebitis of the legs: a randomized, controlled, follow-up study. *Angiology.* 1999;50:523-9.
 20. Gloviczki P, Comerota AJ, Dalsing MC, Eklof BG, Gillespie DL, Gloviczki ML, et al.; Society for Vascular Surgery; American Venous Forum. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. *J Vasc Surg.* 2011;53(5 Suppl):2S-48S.
 21. Galanaud J-P, Blaise S, Sevestre M-A, Terrisse H, Pernod G, Gaillard C, et al. Long-term outcomes of isolated superficial vein thrombosis in patients with active cancer. *Thromb Res.* 2018;171: 179-86.
 22. Barco S, Pomero F, Di Minno MND, Tamborini Permunionian E, Malato A, Pasca S, et al. Clinical course of patients with symptomatic isolated superficial vein thrombosis: the ICARO follow-up study. *J Thromb Haemost JTH.* 2017;15(11):2176-83.

Capítulo 6

Tratamiento

23. Cancer-associated venous thromboembolic disease (v. 1.2020) [Internet]. [citado 29 de abril de 2020]. Disponible en: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/vte.pdf
24. Chan W-S, Rey E, Kent NE, VTE in Pregnancy Guideline Working Group, Chan W-S, Kent NE, et al. Venous thromboembolism and antithrombotic therapy in pregnancy. J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC. 2014;36(6):527-53.

Capítulo 7. DERIVACIÓN Y SEGUIMIENTO

Sonia Jiménez Hernández, Pedro Ruiz Artacho, Juan Fernando Peiró Morant, Carlos Robledo Orduña, Rodrigo Rial Horcajo, Guillermo Moñux Ducajú, Vladimir Salazar Rosa y Joaquín Castro Jiménez

¿En qué casos hay que derivar una sospecha de TVS al hospital?

Los pacientes con TVS suelen acudir a su médico de atención primaria (AP) o a un servicio de urgencias. En los dos ámbitos puede manejarse correctamente la fase aguda de la patología siempre que se disponga de los medios para realizar un diagnóstico adecuado. Si no fuera así, el paciente debería derivarse a otro servicio o al hospital para la realización del mismo.

En cuanto al seguimiento, la mayoría de los casos de TVS pueden ser manejados desde atención primaria. La indicación de derivación debe ser individualizada, atendiendo a las características de cada paciente¹.

Como norma, se recomiendan medidas generales, terapia compresiva y antiinflamatorios no esteroideos en los pacientes asintomáticos, con síntomas leves o con contraindicación para procedimientos intervencionistas. Por el contrario, aquellas enfermedades venosas complicadas (varicoflebitis, varicorragia, úlcera venosa) requerirán valoración por cirugía vascular².

Los criterios de derivación que emplearemos son los mencionados a continuación:

1. Derivación a cirugía vascular:

- TVS cercana a la unión safeno-femoral o safeno-poplíteo que pueda beneficiarse de tratamiento anticoagulante o intervención quirúrgica.
- Tras el evento agudo, para valorar intervención y reducir el riesgo de recurrencia.
- En las recidivas o casos de mala evolución.

Capítulo 7

Derivación y seguimiento

- Sospecha de TVP asociada.
2. Derivación a medicina interna o unidades especializadas tromboembólicas:
- Pacientes con trombofilias conocidas.
 - Pacientes con TVS en venas sanas o TVS recurrentes en venas varicosas para someterse a estudio de factores de riesgo de TVS, destacando trombofilia o cáncer¹.

¿Qué especialidad debe realizar el seguimiento?

Si bien es verdad que en su diagnóstico y tratamiento pueden participar varias especialidades, el seguimiento debe realizarse fundamentalmente desde AP, cirugía vascular y medicina interna/hematología.

Desde AP se realizaría el seguimiento a los 7-10 días para valorar la evolución, incidiendo en la asociación con infección en forma de tromboflebitis séptica, que nos obligaría a añadir otros tratamientos. La inflamación subyacente posiblemente durará alrededor de 2-3 semanas. La hiperpigmentación cutánea podría durar algunos meses y el edema nos haría pensar en una asociación con TVP^{1,2}.

¿Es necesaria la ecografía en el seguimiento?

El seguimiento ecográfico será necesario en pacientes con una TVS localizada en las venas safenas a menos de 5 cm de las uniones. Su realización estaría indicada a los 8-15 días de producirse la TVS. Además, puede ser útil en los siguientes casos:

- Para planificación de tratamiento o intervención por cirugía.
- Duda diagnóstica.
- Valoración de la extensión del trombo.
- Empeoramiento clínico a pesar de tratamiento adecuado¹.

Bibliografía

1. Frías Vargas M, García Vallejo O, Vázquez Gómez N, Rial Horcajo R, Carrasco Carrasco E, Moñux Ducajú G, Ramírez Torres JM. Documento de Consenso SEMERGEN-CEFYL de la SEACV: trombosis venosa superficial de miembros inferiores en Atención Primaria. SEMERGEN. 2019;45(3):187-96.
2. Carrasco Carasco E, Díaz Sánchez S. Recomendaciones para el manejo de la Enfermedad Venosa Crónica en Atención Primaria. Madrid: IMC; 2020. 37, 47-50.

Capítulo 8. PRONÓSTICO

Vladimir Salazar Rosa y Joaquín Castro Jiménez

¿Cuál es el pronóstico y las posibles secuelas de una TVS?

El riesgo de TVP/EP es mayor inmediatamente después del diagnóstico de TVS, y persiste durante los primeros tres meses disminuyendo posteriormente, aunque se mantiene significativamente más alto después de cinco años¹. Según estudios publicados, durante el seguimiento de 3 meses tras una TVS, el 2,8 % de los pacientes experimentaron TVP sintomática (46,7 % siendo TVP proximal) y 0,5 % EP sintomática.

Aunque es mucho menos frecuente que la TVP, tras una TVS también pueden aparecer signos y síntomas clínicos de embolia pulmonar. En una revisión sistemática la incidencia de embolia pulmonar osciló entre 1 y 33 %². Un estudio posterior de 844 pacientes con TVS de las extremidades inferiores que afectaban a un segmento de ≥ 5 cm de longitud encontró embolia pulmonar sintomática en el 4 % de los pacientes³. Un estudio reciente⁴ objetivó un riesgo de TVP/EP tras una TVS de un 4,4 % anual, y una recurrencia de la TVS a los 3 años del 17,5 % con un riesgo de muerte de hasta el 3,9 %, principalmente en los pacientes con cáncer.

¿Qué factores condicionan un mejor o peor pronóstico?

Según estudios previos, en los pacientes con TVS, ser hombre y tener un cáncer activo son factores de riesgo independiente para TVP/EP. En ausencia de cáncer activo concomitante el riesgo de muerte es bajo⁴. En los pacientes sin cáncer la afectación de los cayados de unión de SVS y SVP aumenta el riesgo de recurrencia como TVP⁵.

Bibliografía

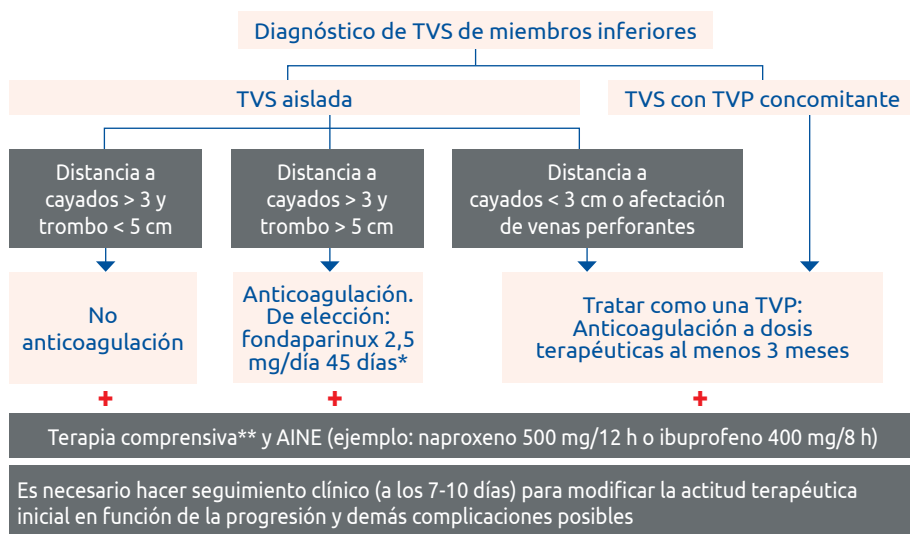
1. Cannegieter SC, Horváth-Puhó E, Schmidt M, Dekkers OM, Pedersen L, Vandenbroucke JP, et al. Risk of venous and arterial thrombotic events in

patients diagnosed with superficial vein thrombosis: a nationwide cohort study. *Blood*. 2015;125(2):229-35.

2. Leon L, Giannoukas AD, Dodd D, Chan P, Labropoulos N. Clinical significance of superficial vein thrombosis. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2005;29(1):10-7.
3. Wichers IM, Di Nisio M, Büller HR, Middeldorp S. Treatment of superficial vein thrombosis to prevent deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a systematic review. *Haematologica*. 2005;90(5):672-7.
4. Barco S, Pomero F, Di Minno MND, Tamborini Permunian E, Malato A, Pasca S, et al. Clinical course of patients with symptomatic isolated superficial vein thrombosis: the ICARO follow-up study. *J Thromb Haemost JTH*. 2017;15(11):2176-83.
5. Galanaud J-P, Sevestre M-A, Pernod G, Kahn SR, Genty C, Terrisse H, et al. Long-term risk of venous thromboembolism recurrence after isolated superficial vein thrombosis. *J Thromb Haemost*. 2017;15(6):1123-31.

Anexo 1

Algoritmo de tratamiento



*Otras opciones con menor nivel de evidencia: HBPM en dosis profilácticas o terapéuticas 30-45 días, Rivaroxabán 10 mg 45 días

** Si la TVS se asocia a enfermedad crónica venosa, el tratamiento compresivo ha de ser indefinido

Anexo 2 Glosario

AP	atención primaria
AINE	antiinflamatorios no esteroideos
EP	embolia pulmonar
ETEV	enfermedad tromboembólica venosa
EVC	enfermedad venosa crónica
HBPM	heparinas de bajo peso molecular
MMII	miembros inferiores
SVS	sistema venoso superficial
SVP	sistema venoso profundo
TVP	trombosis venosa profunda
TVS	trombosis venosa superficial

Con el soporte de

