

CASOS CLÍNICOS

Daño arterial por escleroterapia

Drs. RENÉ MORA, VÍCTOR BIANCHI, CRISTIÁN SALAS, ALEXANDRA CLERICUS,
E.U. Srta. MYRIAM CRUZ, E.U. Sr. CHRISTIAN ARAYA

Hospital San Juan de Dios, La Serena, Hospital El Salvador, Santiago

RESUMEN

El uso de fleboesclerosis para el tratamiento de las várices es una antigua técnica con un rango de indicaciones claramente establecido, que ha recobrado vigencia en este último tiempo. Como toda técnica invasiva presenta complicaciones inherentes al fármaco: pigmentación de la piel, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, o dependientes de la técnica de punción, donde la más temida es la necrosis por inyección arterial del medio esclerosante. Se presenta un caso clínico de necrosis distal de extremidad inferior, con pérdida del antepié, y manejado con trombólisis en forma tardía. Se describen las opciones terapéuticas, remarcándose la importancia de realizar terapias invasivas por profesionales adecuadamente entrenados en las técnicas y manejo de sus complicaciones, las que si se presentan, deben ser abordadas por un especialista a la brevedad, ya que es la única manera de evitar exéresis o grandes pérdidas de tejido.

PALABRAS CLAVES: **Fleboesclerosantes, daño arterial, complicaciones**

SUMMARY

Phlebotic sclerosis for the treatment of varicose veins is an old technique with clear indications, which lately has regained popularity. Like any invasive technique, it has complications related to the pharmaceutical substances; skin pigmentation, deep venous thrombosis, pulmonary embolism, etc. Other complications are related to the puncture technique; the most important of them is necrosis due to arterial injection of the sclerosing medium. We report a case of distal necrosis of the lower limb with loss of the distal foot. The management with thrombolysis was applied late. Therapeutic options are described, stressing the fact that invasive therapies should be done by trained professionals who are able to manage the complications. A specialist should promptly treat these in order to prevent major tissue losses or amputation.

KEY WORDS: **Sclerosing substances, arterial lesions, complications**

INTRODUCCIÓN

El tratamiento con inyección de esclerosantes data del siglo XIX, constituyendo una de las alternativas terapéuticas para el tratamiento de las várices.¹ El método consiste en inyectar una sustancia irritante que produce una desnutrición química del endotelio vascular con una subsecuente trombosis y posterior fibrosis.² En nuestro país es una práctica que va en aumento, siendo utilizada por gran variedad de médicos, muchos sin un entrenamiento formal pre-

vio. Una de las complicaciones descritas es la inyección intraarterial de un agente esclerosante con las consecuencias anteriormente mencionadas,³ lo que clínicamente es la trombosis de la arteria inyectada y su territorio de distribución involucrando la microcirculación. El primer caso nacional fue reportado en nuestra literatura el año 1997 por el Hospital San José.⁴ La literatura internacional es escasa al respecto con publicaciones anecdóticas, por lo cual nos parece importante reportar un nuevo caso de daño arterial por uso de esclerosante para várices.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de sexo femenino, de 75 años, quien se encontraba en tratamiento esclerosante, por un cuadro de insuficiencia venosa con alteraciones cutáneas pigmentadas, sin ulceración actual o previa. Durante la sexta sesión del tratamiento, se le inyecta en la región retomaleolar interna con ricinoleato al 3% presentando un gran dolor de tipo quemante en la región plantar e interna del tobillo que obliga al tratante a suspender la inyección debiendo mitigar el dolor con Tramadol inyectable.

Se indica reposo en su domicilio por 14 días, y se administra Pentoxifilina 400 mg cada 8 horas, Naproxeno 275 mg cada 8 horas, Dalteparina 2500 U día y Tramadol inyectable. Por no ceder el cuadro doloroso, agregándose coloración azulada de ortijos, piel plantar y de tobillo, es derivada a la Unidad de Emergencia del Hospital de La Serena. No presenta otras enfermedades asociadas.

A su ingreso se constata frialdad de su pie derecho, cianosis del 1º, 2º y 3º ortijos con pérdida de piel interdigital e infección subsecuente, livideces en sector plantar e interno del tobillo, pulso pedio está disminuido y el tibial posterior ausente siendo normales en el pie contralateral. El Doppler portátil revela flujo pulsátil sólo por arteria pedia no pesquisándose hacia distal. Resto de su examen es normal. No se realizó angiografía, por no contar con este examen.

A su ingreso se indica heparina 5000 U en bolo y bomba a 1200 U/h, llevando el TTPK al doble de lo normal a las 6 h; betametasona 4 mg ev, cada 8 h. Se toma cultivo de sus lesiones y se inicia antibioticoterapia empírica con Ciprofloxacino 200 mg ev cada 12 y metronidazol 500 cada 8 h ev. Se le ofrece como tratamiento una exéresis, la que es rechazada, planteándose como alternativa fibrinólisis por vía periférica.

Al siguiente día, bajo consentimiento informado, se envía a Unidad de Tratamiento Intensivo para efectuar fibrinólisis con Estreptokinasa. Iniciándose con 250.000 U en infusión continua por 30 min, manteniéndose las restantes 1.250.000 U en bomba infusión en 23 h. Al finalizar el tratamiento se observa disminución de las livideces por el sector plantar. En el control del día siguiente se logra apreciar la desaparición de las livideces retromaleolares y plantares proximales sin evidencia de cambios en los ortijos.

A los tres días y con cultivo positivo para *Proteus vulgaris* sensible a ciprofloxacino y una necrosis delimitada de los ortijos se plantea la

exéresis transmetatarsiana abierta, la cual se realiza al 4º día; 10 días después se efectúa afrontamiento de los bordes y curaciones con coloide en gel. Se da el alta a los 24 días de su ingreso con su herida afrontada y en cicatrización. Su control a los 45 días mostraba una cicatrización de su herida y la paciente estaba en rehabilitación kinésica, estableciéndose una marcha adecuada con calzado especial a los 60 días.

DISCUSIÓN

La escleroterapia es un método terapéutico más para el control de la enfermedad varicosa. Muchos autores consideran la posibilidad de tratar cualquier tipo de várices con este sistema y describen una baja cantidad de complicaciones.⁵ Se han descrito sitios anatómicos de mayor riesgo para una eventual complicación por inyección arterial como son la ingle, el hueso poplíteo y el canal retromaleolar; este último mencionado como el más peligroso⁶ y donde coinciden estos dos casos reportados en nuestro país.

Los tratamientos usados y reportados continúan siendo empíricos pero en apariencia la fibrinólisis sería una alternativa lógica desde el punto de vista fisiopatológico frente a este tipo de eventos. Sin embargo, esa terapia que debiera ser precoz, se ha visto retrasada por la derivación tardía de los pacientes, secundario al hecho de un manejo a nivel domiciliario con esquemas terapéuticos no útiles.

Como conclusión, el tratamiento esclerosante debiera ser restringido para aquellos pacientes adecuadamente estudiados, con indicación terapéutica clara y por especialistas con entrenamiento en el tema, y en el caso de ocurrir accidentes el paciente debiera ser inmediatamente derivado a un centro que cuente con los medios técnicos para atenderlo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramírez L: Nuevo enfoque de várices y telangectasias con escleroterapia compresiva. Revista Escuela Medicina Universidad Autónoma de México 1999; 42: 162-4.
2. Muller M: Lugar actual de la escleroterapia en el tratamiento de las várices. En: Poblete R. Patología Arterial y Venosa 1994; 743-73
3. Simkin R: Várices, úlceras y angiodisplasias: Tratamiento esclerosante 1991; 91-110.
4. Marín J, Cabrera A, Morán M: Daño arterial y uso de fleboesclerosantes. Rev Chil Cir 1999; 513-6.
5. Bialostozky L, Gutiérrez JA, Vehovec N: Escleroterapia venosa con compresión. Rev Mex Angiolog 1996; 24: 13-4.
6. Ramelet A, Monti M: Esclerosis de las várices. Manual de Flebología 1992; 231-9.