

Flebotrombosis de esfuerzo de la vena axilar

DR. R. BALIUS JULI

CASO CLINICO

M. A. C., varón de 19 años. Jugador de waterpolo. Explica que hace aproximadamente unas tres semanas, en ocasión de realizar un brusco movimiento de abducción y rotación externa de su extremidad superior derecha, previo a un lanzamiento de la pelota, notó un súbito e intensísimo dolor en la raíz de dicha extremidad, que le obligó a abandonar la piscina. El dolor continuó durante unos dos días, aunque a partir de las primeras horas disminuyó de intensidad, acompañándose de hinchazón del miembro afecto e importante impotencia funcional. Por personal no facultativo, se atribuyó el proceso a un «tirón» muscular, diagnóstico que pareció confirmarse al aparecer a las pocas horas del comienzo una pequeña equimosis en la región supero-interna del brazo. A los seis días, habiendo desaparecido las molestias dolorosas y la impotencia funcional, pero persistiendo todavía un ligero edema, intenta reiniciar su entrenamiento. A los pocos momentos de lanzarse al agua y después de efectuar unas brazadas, comienza a notar un intenso dolor en hombro y brazo derecho, acompañado de impotencia funcional, sensación de tensión en la totalidad de la extremidad, especialmente en brazo y codo y aparición de parestesias. Este cuadro, que se repite unas tres veces, al realizar otros tantos intentos natatorios, cede en unos minutos, aunque al parecer la hinchazón ha ido aumentando de forma progresiva. Visto por un facultativo, suspende totalmente su actividad deportiva e inicia tratamiento con antiinflamatorios. En esta situación acude al C. I. M. D., habiendo observado últimamente, que la práctica de movimientos continuados contra resistencia de la extremidad enferma,

reproduce la sintomatología que se desencadenaba al nadar.

La exploración permite constatar la existencia de un importante edema de brazo y antebrazo que alcanza hasta la mano, que muestra únicamente una ligera tumefacción. La comparación con el miembro sano es claramente objetiva. Por palpación se comprueba que se trata de una situación de edema tenso, que no deja fovea, indoloro y con temperatura cutánea normal. El pulso radial es normal. El paciente



efectúa una corta serie de movimientos contra resistencia con ambas extremidades superiores e inmediatamente después procedemos a repetir la exploración. La tumefacción, especialmente del brazo ha aumentado ostensiblemente y el miembro ha adquirido una coloración rojo-cianótica, persistiendo la temperatura cutánea normal. A nivel del borde interno del

brazo, se visualiza un cordón venoso de casi un centímetro de diámetro, que la palpación nos muestra tenso y ligeramente doloroso. A los pocos minutos se restablece la situación anterior a los ejercicios. Durante la realización de éstos y el tiempo de recuperación, el deportista dice nota pesadez, dolorimiento y sensaciones parestésicas en la extremidad.

Se proscribiera toda actividad deportiva, aunque se aconseja la movilización continuada de la extremidad, especialmente en elevación y abducción. Se procede al estudio de los factores de coagulación y al establecimiento de tratamiento anticoagulante. El proceso cede lenta y progresivamente, comenzando por desaparecer el cordón venoso que se provocaba con el esfuerzo. En un mes y medio se consigue la curación sin secuelas.

COMENTARIO

Nos encontramos frente a un caso de lo que Von SCHRÖTER denominó «tromboflebitis de esfuerzo», aunque nos parece más precisa la denominación de «flebotrombosis de esfuerzo de la vena axilar», ya que, por lo menos al principio del proceso, no existe componente inflamatorio.

Se trata de un síndrome raro, de presentación aguda, consecutivo a un esfuerzo intenso de la extremidad superior, que bruscamente ha sido colocada en abducción y rotación externa máximas. Se piensa que el movimiento forzado en la posición descrita, provoca un obstáculo al flujo venoso de la extremidad. Este impedimento se produciría por estiramiento y pinzamiento de la vena axilar entre la clavícula y la primera costilla, o quizá por compresión venosa producida por el pectoral menor, el ligamento coracoclavicular o incluso por el músculo subclavio. Como consecuencia de este traumatismo, se originarían lesiones de la pared vascular con fenómenos irritativos secundarios de venoespasmó, que llevan a la trombosis y a la oclusión del vaso. Cabe la posibilidad, de que el brusco movimiento provoque el desgarró de alguna de las pequeñas venas que afluyen a la axilar —escapular inferior, mamaria externa, circumfleja— precisamente a nivel de la zona de confluencia. Son venas íntimamente relacionadas con potentes formaciones musculares, que intervienen de alguna forma en el movimiento de abducción y rotación externa, desencadenante del proceso. Además,

son vasos que desembocan en ángulo casi recto en la vena axilar, lo que puede facilitar su desgarró. La aparición en nuestro caso de una mancha equimótica, parece indicar la existencia de una efracción vascular.

Después de este episodio inicial, que se manifiesta por dolor intenso, localizado en la raíz de la extremidad con impotencia funcional de la misma, pueden darse dos tipos de evolución diferentes. En unos casos, el brazo se edematiza progresivamente, persiste y aumenta la impotencia funcional, más por sensación de pesadez y fatiga que por dolor y poco a poco aparece tumefacción venosa y cianosis. En otros casos, después del cuadro inicial, la sintomatología cede casi totalmente, pero al cabo de unos días, a veces en ocasión de un nuevo esfuerzo de poca intensidad, se instaura lentamente un síndrome con edema elástico frío, sensación de fatiga y parestesias e impotencia funcional, que se extiende por el brazo hacia el antebrazo y la mano. Pronto hace su aparición un cordón venoso palpable, ligeramente doloroso, a nivel de la vena húmero-axilar. Parece evidente, que en los primeros casos predomina desde el principio un factor de venoespasmó, mientras que en los últimos la trombosis de instauración lenta, sobre la base de las lesiones parietales, es la responsable del proceso.

Aunque se han descrito posibles secuelas de insuficiencia venosa continuada o de insuficiencia venosa al esfuerzo, habitualmente el síndrome cura espontáneamente, bien por recanalización de una vena parcialmente trombosada o por la creación de suplencias a través de la rica circulación complementaria de la región. Un tratamiento anticoagulante adecuado, junto con la movilización activa de la extremidad, que será útil mantener en abducción en los casos de sintomatología aparatosa, coadyuvarán a la curación en menor tiempo y sin secuelas.

La «flebotrombosis de esfuerzo de la vena axilar», es poco frecuente. Se han descrito casos en levantadores de pesas, luchadores, remeros y saltadores de pértiga, deportistas todos ellos que realizan frecuentes esfuerzos de sus extremidades superiores en abducción y rotación externa.

Nos ha parecido interesante aportar esta observación a esta sesión clínica, pues pensamos que la «flebotrombosis de esfuerzo de la vena axilar», es un diagnóstico a tener en cuenta en los frecuentes procesos patológicos que los deportistas presentan a nivel del hombro y del miembro superior.

por duro que sea el golpe



TANTUM

pomada/crema

actúa con la misma eficacia

Indicado en:

- Medicina deportiva
- Laboral
- Hogar
- Escolar
- Dolores reumáticos

Composición:

Benzidamina al 3 %.

Acción:

Antálgico, antiinflamatorio, histoprotector.

Indicaciones:

Traumatismos de cualquier tipo, edema postraumático, esguinces, fracturas, periartritis, bursitis, epicondilitis, tenosinovitis, algias reumatoideas músculo-esqueléticas. Flebopatías. Asimismo, puede emplearse en el campo de la Odontología en procesos inflamatorios, tales como alveolitis,

gingivitis, paradentosis, inflamación subsiguiente a extracciones, etc.

Dosificación:

Aplicar la pomada en la zona inflamada, friccionando suavemente. El número de aplicaciones será de 1 a 4 diarias, según el proceso. En Odontología depositar una pequeña cantidad de pomada en la yema del dedo, friccionando suavemente la zona inflamada.

Contraindicaciones:

No se conocen.

Efectos secundarios:

En pacientes especialmente sensibles pueden aparecer prurito y dermatitis.

Incompatibilidades:

No se conocen.

Presentación y P.V.P.:

Pomada, tubos con 30 y 60 g, 128,— Ptas., y 164,— Ptas., respectivamente.

TANTUM FUERTE.

Composición:

Benzidamina al 5 %.

Indicaciones:

Edema y hematoma post-traumático, fracturas, rotura de fibras, esguinces, contusiones. Síndromes reumatoideos, mialgias, lumbago, tendinitis, periartritis. Síndromes varicosos, flebitis, periflebitis, linfangitis.

Presentación y P.V.P.:

Crema, tubo con 30 g, 144,— Ptas.



DPTO. DE PUBLICIDAD
Gran Vía de Carlos III, 84 - BARCELONA-28

MONOSUSTANCIA

CON ACCION ANTIRREUMATICA

Zenavan* Gel

ETOFENAMATO

EFICAZ PENETRACION Y ABSORCION POR SU DESTACADA LIPOFILIA

POTENTE ACCION ANTIINFLAMATORIA

RAPIDO ALIVIO DEL DOLOR

EXCELENTE TOLERANCIA

Concentración del principio activo 20 veces más elevada en el tejido inflamado, en comparación



con el tejido no inflamado, una hora después de la aplicación cutánea.

Dell, Jacobi, Wäsche, *Arzneim.-Forsch.*, **27**, 1316 (1977).

Composición:

Etofenamato, 5 g; exc., c.s.p. 100 g.

Indicaciones:

Terapéutica local de los procesos reumáticos e inflamatorios. Procesos reumáticos dolorosos y degenerativos. Lumbago, ciática, distensiones, contusiones, esguinces. Tenosinovitis, bursitis y periartritis.

Artropatías.

Traumatismos por deporte o accidente.

Dosis y modo de empleo:

USO TOPICO

Extender suavemente mediante ligero masaje, la cantidad necesaria sobre la zona afectada, de 3 a 4 veces al día.

Contraindicaciones:

Sensibilización alérgica o alteraciones locales de la piel en la zona afectada (eczemas, heridas, etc.).

Precauciones:

Es prudente mantener la prevención general contra el uso de cualquier clase de medicamento, salvo emergencias, durante los tres primeros meses del embarazo.

Incompatibilidades:

Terapéuticas locales queratolíticas o rubefacientes.

Efectos secundarios:

Raramente puede aparecer alguna manifestación cutánea pasajera (enrojecimiento local, intolerancia cutánea no precisada).

Intoxicación:

Debido a su empleo exclusivo en aplicación local, la intoxicación es prácticamente imposible.

Presentación:

Tubo con 50 g de gel cutáneo.

P.V.P. Pesetas 189,— (i.i.)



APARTADO 44 BARCELONA

* Marca registrada.