

SIMPATICECTOMIA LUMBAR COMO TRATAMIENTO DE LA TROMBOSIS DE LA VENA CAVA INFERIOR (*)

Resultado obtenido en un caso

Dr. Jorge L. Rodríguez Juanotena

La trombosis de la vena cava inferior en general es secundaria; es el último estado evolutivo de las trombosis venosas de los miembros inferiores. La existencia de trombosis primitiva es discutida, negada por muchos autores. Sin embargo, Martorell acepta su existencia y dice en su libro que observó 14 casos de trombosis primitivas.

La mayoría son secundarias, propagación de una tromboflebitis fémoro-iliaca, en general debida al tratamiento inadecuado, la inmovilización. Dentro de las trombosis secundarias, la mayoría son puerperales.

Una vez pasado el estadio agudo, si no sobreviene la muerte por una de las complicaciones que pueden aparecer, la afección pasa al estado crónico apareciendo las secuelas de la trombosis. El tratamiento en este estadio es muy difícil y muchos se limitan solamente a medidas higiénicas, al uso de soportes elásticos, etc. Martorell dice que los mejores resultados terapéuticos los obtuvo con la simpaticectomía lumbar, sola o asociada a la extirpación de la úlcera con injerto cutáneo, cuando ésta existe.

Habiendo estudiado y tratado una secuela de trombosis de la vena cava inferior, queremos simplemente en esta comunicación exponer el resultado que obtuvimos con el tratamiento instituido.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa del 29 de julio de 1953.

Pasemos a relatar la historia clínica:

G. F. de R. 30 años, italiana, cas. Libreta Clínica N° 39.057.

Nos consulta por vez primera el 8 de julio de 1952, por edema del miembro inferior derecho.

Relata la enferma que en el año 1942, tuvo su primer parto; éste fué infectado, y de acuerdo con la sintomatología referida, presentó una tromboflebitis fémoro-iliaca bilateral, predominando a derecha. Esta fué mal tratada, pues se le hizo una inmovilización en cama que duró unos seis meses. Esta inmovilización fué absoluta, haciéndosele luego movilización pasiva. Cuando comenzó a levantarse, ya observó la existencia de venas dilatadas en la pared abdominal. Los miembros inferiores se edematizaban mucho, y solamente disminuía algo la hinchazón con el reposo en cama.

Pasó así hasta el mes de marzo de 1952; desde esa fecha el edema aumentó, apareció un proceso inflamatorio en la cara interna de la pierna derecha, tercio inferior. Se trató con penicilina, reposo y mejoró. Desde esa época quedó una zona rojiza en cara interna de pierna derecha, tercio inferior y tiene sensación de dolor pulsátil en la zona enrojecida. Nunca tuvo ulceración. El miembro inferior izquierdo se edematiza menos. Los dolores son muy intensos y son ellos una de las causas fundamentales de la consulta de la enferma, que pide que ellos sean calmados.

Antecedentes personales: En el año 1948 se le hizo una miomectomía. Tuvo tres abortos espontáneos, después del primer parto. Menstruaciones regulares, tipo: 4/28, con menalgia premenstrual. No hay otros antecedentes de interés.

Antecedentes familiares: Una hija sana. No hay enfermos de flebopatías periféricas.

Examen clínico: No hay nada digno de mención en el examen general.

En el examen de los miembros inferiores anotamos lo siguiente:

Inspección: Miembro inferior derecho más grueso que el izquierdo. En la cara interna de la pierna del lado derecho, a la altura del tercio inferior, zona supramaleolar, hay una zona de forma ligeramente ovalar, de unos 10 centímetros en su eje mayor por unos 6 ó 7 en el menor, de color rojizo (a esa zona refiere el dolor pulsátil). Se observa la existencia de venas dilatadas que corresponden a la vena safena interna, en todo su trayecto. Son dilataciones de tipo serpiginoso y sacular en algunas zonas.

En el otro miembro inferior, se ve la safena interna dilatada, pero no en el grado en que está en el miembro derecho. No hay zonas con cambio de color. En ambos miembros no hay ulceraciones.

Las venas dilatadas, que corresponden a la safena interna se continúan en la pared abdominal con otras venas considerablemente aumentadas en su diámetro, que corresponden a la circunfleja iliaca superficial, que se dirige hacia arriba y en la base del tórax se anastomosa con otras venas superficiales que se pierden progresivamente en la pared torácica.

Palpación: La zona de color rojizo señalada en la pierna derecha,

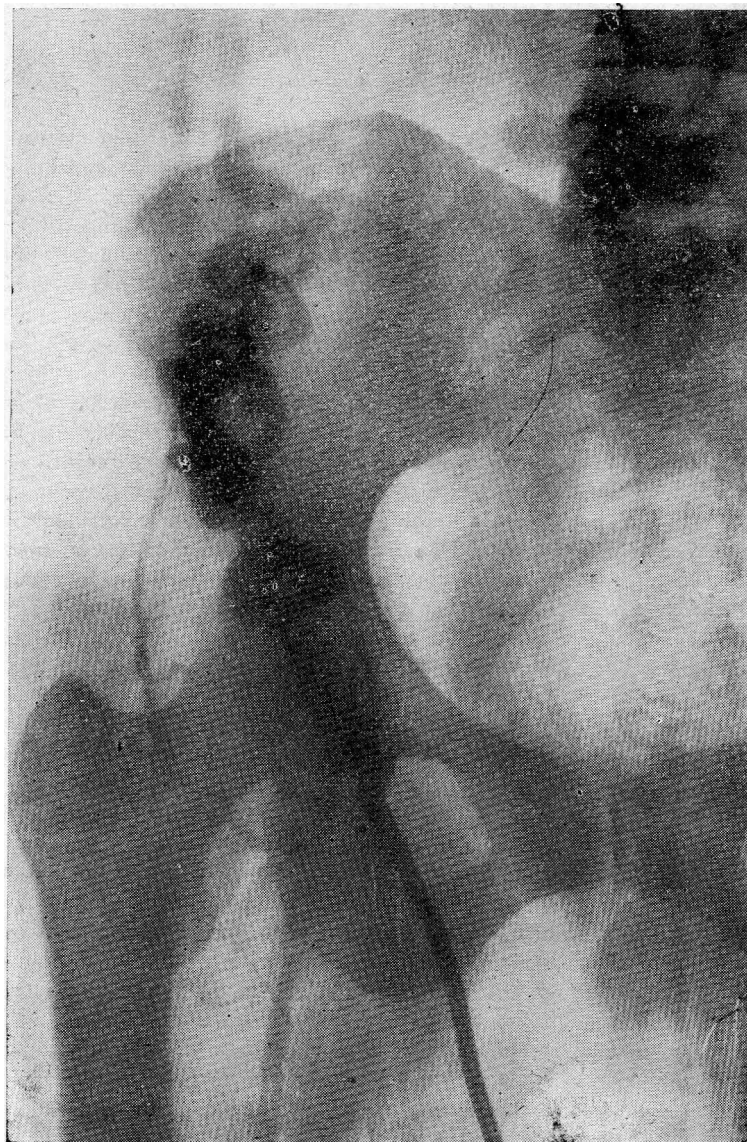


FIG. 1. — Flebografía directa. Se inyectó el medio de contraste en la vena femoral superficial, introduciendo un catéter hasta ella. Se visualiza la vena femoral, sin imágenes valvulares, de calibre inferior al normal. Se observa una gruesa vena safena interna. No se visualizan las venas de la pelvis, en cambio se ve la gruesa vena circunfleja ilíaca superficial y otra vena, al parecer afluente de la safena interna

tiene más calor local que el resto de la piel de ese miembro. Esa zona está indurada, la piel adhiere sobre ella, pero aquella junto con el tejido celular indurado se desplazan sobre los planos profundos.

No hay otras zonas induradas. Las articulaciones son normales.

Las venas dilatadas no presentan zonas trombosadas. Las pruebas hechas para determinar el sentido de la corriente sanguínea, muestran que la sangre en ellas va de abajo hacia arriba; en las venas dilatadas de la pared abdominal sigue la misma dirección. Los pulsos arteriales son normales. No se palpan adenopatías.

Examen genital: V. y V. de primípara. Cuello con orificio transversal. Cuerpo uterino en anteversoflexión, ligeramente aumentado de volumen. Fondos de saco: libres.

Abdomen: Salvo la circulación colateral desarrollada en la pared, no hay nada anormal.

Exámenes complementarios: Reacción de Wassermann: Negativa. Urea en suero: 0.30 gr. Examen de orina: normal. Tiempo de coagulación: 5 m.; tiempo de sangría: 1 m. Retracción del coágulo: normal.

Radiografías simples de ambas piernas. 8-VII-52. No se observan alteraciones ósea. (Dr. Arias Bellini).

Flebografías: 6-VIII-52. Se descubre la safena externa y por ella se introduce un catéter de polietileno que llega hasta el tercio medio de la vena femoral. Se introduce el medio de contraste, se toma al fin de la inyección una radiografía en decúbito dorsal y se ve que se llenó la vena femoral superficial y la común, lo mismo que la safena interna. El aspecto de la femoral no es normal, es de menor calibre que el habitual, no se observan imágenes valvulares (tronco recanalizado). No se visualizan las venas de la pelvis; en su lugar el medio de contraste llena una amplia vena, dilatada y tortuosa, de la pared abdominal, circunfleja iliaca superficial.

23-I-53: Se hace otra flebografía inyectando la vena dilatada ya señalada. Se comprime fuertemente para tratar de impedir que el medio de contraste ascienda; se liga la safena interna, para que no haya reflujo hacia abajo. No se rellenan las venas de la pelvis.

Operación. 6-II-53. Cirujano: Dr. Rodríguez Juanotena. Ayudantes: Dr. Vigil Sónora y Pte. Lena. Anestesia general, ciclopronano, éter, en circuito cerrado, Pte. Serra. Incisión para-mediana derecha, que de reborde costal llega a unos cinco centímetros por debajo del ombligo.

Abertura de la vaina del recto, y separación de éste hacia afuera. Abertura del peritoneo parietal anterior. Sección del peritoneo parietal posterior en la gotera parieto-cólica derecha; decolamiento del colon ascendente. Se visualiza el simpático lumbar, se libera y se reseca desde la arcada del diafragma, hasta el promontorio, lado derecho.

Se explora el plano prevertebral, comprobándose una vena iliaca primitiva derecha trombosada, sin mayor periflebitis. La cava inferior no se puede visualizar, solamente se halla por fuera de la aorta un tejido esclerolipomatoso, con numerosas venas de circulación colateral. Aunque

se pensaba resecar parcialmente la cava, se desiste de ello, debido a la dificultad de su identificación.

Se deja una mecha en la gotera parieto-cólica derecha. Cierre por planos.

Post-operatorio: El mismo día de la intervención a la hora 18 y 30, el miembro inferior derecho se hallaba seco; el izquierdo sudoroso.

7-II-53: Miembro inferior derecho algo edematoso. Dolor discreto en cara posterior de pierna derecha, en línea media. Se indica Tromexán y ejercicios del miembro inferior.

8-II-53: Abdomen algo distendido. Se saca la mecha. No hay edema en miembros inferiores. Escaso dolor en la pantorrilla. Se continúa con la terapéutica anticoagulante. Tiempo de coagulación: 3 minutos. Tiempo de sangría: 2 minutos.

9-II-53: Evacuó espontáneamente el intestino. No hay edema de los miembros inferiores; discreto dolor en la pantorrilla derecha, línea media. Se continúa con Tromexán. Tiempo de protrombina: 32 segundos.

10-II-53: Buen estado general. Se suspende la medicación anticoagulante.

15-II-53: Se da de alta.

Desde los primeros días del post-operatorio, la enferma notó la desaparición del dolor tipo punzante, que la aquejaba. Puede palpase la zona indurada, sin que experimente ningún dolor. Vista el 23-II-53, no tiene dolor y la zona indurada casi ha desaparecido. Usa medias elásticas, para contener el edema que aún persiste.

Vista el 5-V-53, no hay zona indurada en la pierna, ni tiene dolor espontáneo o provocado. El edema disminuyó mucho, apenas tiene un poco de edema maleolar al fin del día; desde hace más de un mes no usa media elástica.

Consideraciones.

1) El diagnóstico clínico no ofrece dudas. Los antecedentes, el edema bilateral, la celulitis indurada crónica, las algias, la circulación complementaria en los miembros inferiores y en la pared abdominal, nos hacen pensar en la existencia de un síndrome post-trombótico, por trombosis de las venas profundas de ambos miembros inferiores, de las ilíacas y de la cava inferior. Los antecedentes son claros para pensar que primero era una tromboflebitis fémoro-ilíaca, que debido al tratamiento inadecuado se propagó a la cava inferior; todo ello ocurriendo en el curso del puerperio.

2) Frente a este cuadro de tratamiento tan difícil, predominando en él las algias post-flebíticas, en cuya patogenia se

hacen intervenir diferentes mecanismos: fenómenos hidráulicos, fenómenos del tipo causálgico, etc., pensamos en tratar predominante este síntoma. En este caso, los caracteres del dolor corresponden más al tipo causálgico, que al dolor por trastornos hidráulicos. Por eso pensamos realizar la simpaticectomía lumbar.

3) Las flebografías confirmaron el diagnóstico clínico, mostrando la imposibilidad del relleno opaco de las venas pelvianas y de la cava inferior, llenándose, en cambio, las venas de la circulación complementaria de la pared abdominal.

4) Las venas dilatadas del miembro inferior, llevan la sangre en sentido centrípeto, por lo cual no se tocaron. Lo mismo las de la pared abdominal.

5) Con respecto a la vía de abordaje, preferimos la intraperitoneal, a pesar de sus mayores dificultades, pues la vía extraperitoneal según técnica de Poppen, que es la que preferimos, no nos hubiera dado una luz suficiente en nuestro caso, sin seccionar la abundante circulación complementaria de la pared ántero-lateral del abdomen, la cual la consideramos necesario conservar.

6) Finalmente queremos señalar, el buen resultado obtenido con respecto al síntoma dolor, el cual desapareció completamente, igual que la zona indurada. Aunque el edema mejoró mucho, no creemos que la terapéutica instituída logre mejorarlo más, por lo que le aconsejamos a la enferma el uso de medias elásticas. Creemos que de esta manera se prevendrá la aparición de la úlcera, cuya abertura parecía evidente.

7) Como conclusión de este caso pensamos que aunque lo más efectivo es la profilaxis representada por el tratamiento correcto de las trombosis venosas en sus etapas iniciales, cuando se nos presentan enfermos con las secuelas, fundamentalmente el dolor del tipo causálgico, la simpaticectomía lumbar, es el tratamiento que debe intentarse y con el cual obtendremos seguramente resultados bastante buenos, en esta afección de tan difícil curación.