

EMBOLECTOMIA INMEDIATA, SIN MEDICACION PREVIA Y POST-OPERATORIO DIRIGIDO (*)

Dr. Abel Chifflet

La Srta. M. de 45 años es una mitral en asistencia con el Dr. Tornaría. El colega había prevenido a los familiares sobre un posible accidente embólico y sobre la necesidad de llamar urgentemente. El día 4 de setiembre la Dra. Kasdorf es llamada por un accidente agudo del miembro inferior izquierdo y hace el diagnóstico de embolia. El Dr. Tornaría la ve inmediatamente y ordena su internación urgente.

En el momento de ingresar, el miembro inferior está frío, inmóvil, con cianosis de los dedos y manchas violáceas que llegan hasta el $\frac{1}{3}$ superior del muslo. No hay latidos tibiales ni poplíteos y la arteria femoral late sólo en la vecindad de la arcada crural. Es evidente que el émbolo se ha desplazado con relación al examen realizado en la casa, donde no había latidos en la femoral.

Practicamos operación dentro de la mayor brevedad posible, antes de la 5ª hora, con el Dr. Varela Soto. Anestesia general. Amplia exposición de las arterias femorales por su lado externo, sin ver la safena ni la vena femoral. La parte alta late bien. A la altura de la bifurcación no late y hay disminución de calibre y color oscuro en la femoral superficial hasta el tercio inferior del muslo. Liberación arterial arriba y abajo. Simpaticectomía peri-arterial. Se carga la arteria. Pinza de hemostasis temporaria de Pott arriba y abajo. Abertura longitudinal de 3 cms. Extracción del émbolo. Aspiración. Control de buena circulación. Heparinización local. Sutura con puntos separados de seda 6 ceros. Restablecimiento de la circulación inferior comprobada por la aparición

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa al día 7 de octubre de 1953.

del pulso tibial y la coloración y temperatura normal en el pie. Cierre.

En el postoperatorio se trata el estado cardíaco y en lo referente al miembro inferior se hace: medicación anticoagulante controlada, elevación del pie, movilización periódica pronta y frecuente del miembro inferior, refrigeración, antiespasmódicos. La evolución se hace sin ninguna particularidad y a los 7 días se retiran los puntos y se va de alta. Actualmente a los 30 días de operada su miembro inferior es normal.

Presentamos esta historia con el fin de insistir en ciertos hechos.

En lo referente a oportunidad operatoria creemos que frente al diagnóstico de embolia la intervención debe ser inmediata. La expectativa o la terapéutica incruenta facilitando la progresión del émbolo puede ser muy perjudicial. Los que la realizan antes de tentar la embolectomía olvidan que la intervención cruenta es más difícil en vasos más periféricos más finos y de más difícil exposición amplia. Pero sobre todo están equivocados al considerar que el sistema arterial tiene una jerarquía funcional en relación con el calibre del vaso. En los miembros la disposición arterial es tal que existen zonas críticas, en la unión de los sectores articulares (circulación colateral actual) y los sectores musculares (circulación colateral de necesidad). En el miembro inferior, por ejemplo, una obstrucción del tronco tibio peroneo es más grave que cualquier obstrucción en un tronco más grueso, desde la aorta. Consideramos que debe operarse al enfermo en cuanto se hace el diagnóstico de embolia.

El acto operatorio no tiene mayor importancia si se actúa con la suavidad resultante de un buen dominio de la anatomía y de la disciplina técnica.

El postoperatorio tiene una gran jerarquía. La medicación anticoagulante es habitualmente utilizada aunque no siempre correctamente.

Consideramos de interés la elevación del pie con el fin de facilitar la circulación general del miembro. Suprime además el encharcamiento venoso que es el responsable de la tromboflebitis que hace perder miembros salvados de la obstrucción arterial.

Efectuamos movilización pronta y frecuente del miembro elevado con el mismo fin de evitar el encharcamiento venoso.

Hacemos refrigeración del miembro para disminuir el metabolismo celular y la vasodilatación superficial, permitiendo así la normal nutrición de los tejidos con la sangre que puede venir desde la raíz del miembro. De todas maneras prohibimos el uso del calor.

En fin, actuamos sobre los fenómenos vasculares funcionales por medio de la medicación antiespasmódica.
