

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POST-FLEBITICOS MEDIANTE ANASTOMOSIS VENOSA SAFENO-FEMORAL CONTRO-LATERAL (*)

Dres. Eduardo Palma, Francisco Risi, Francisco Del Campo
y Héctor Tobler.

La enfermedad post-flebitica constituye uno de los procesos mórbidos de más difícil tratamiento.

La mejoría que se obtiene con los medios terapéuticos actualmente en uso para combatir los trastornos post-flebiticos, es generalmente pequeña y a veces nula.

Presentamos la observación de una paciente con trastornos post-flebiticos muy acentuados, en la que se obtuvo una gran mejoría mediante una operación destinada a actuar sobre los factores fisiopatológicos más importantes: la hipertensión venosa y la éstasis sanguínea del miembro.

Enferma R. L. M. de V., 33 años, ingresa a la Clínica Quirúrgica Prof. Palma en Junio 1955 por trastornos post-flebiticos de su miembro inferior izquierdo. Su enfermedad actual comenzó hace 5 años cuando, 8 días después de una colecistectomía por colecistitis crónica litiásica, sobrevino una flebotrombosis de su miembro inferior izquierdo, al nivel de su pierna, con edema, dolor impotencia funcional parcial, etc. Mejoró con el tratamiento instituido, pero 8 meses después, luego de un parto, hizo una tromboflebitis iliaca izquierda, con gran edema de todo el miembro, dolor, impotencia funcional, fiebre, etc., guardando cama durante largo tiempo. Desde entonces ha padecido de grandes trastornos en su miembro, con edema difuso, con caída de los vellos de la pierna y pie, pigmentaciones, pesantez, dolores, disminución de fuerzas, parestesias, etcétera, que han sido rebeldes a todos los tratamientos instituidos. Dos meses antes de su ingreso hizo otro empuje de su enfermedad, con edema, dolor y fiebre, que le obligó a permanecer un mes en cama.

Antecedentes Personales. — Padece de cefalalgia difusa, irregular,

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 25 de junio de 1958.

cada vez más frecuente e intensa, desde hace 2 años. Dispepsia dolorosa crónica de tipo hepato-biliar, que persiste a pesar de su colecistectomía, y con dolores en el hipocondrio derecho, pesantez y distensión epigástrica post-prandial, a veces vómitos. Apendicitis aguda operada hace 21 años. Pleuresía serofibrinosa izq. hace 13 años, que curó luego de 6 meses de tratamiento. Tres embarazos, con 2 partos a término s/p. y un aborto provocado. Menstruaciones 3/30 s/p.

Examen. — Buen estado general. Pulso 76. P.A. 12/8. **Miembros inferiores:** Asimetría acentuada entre ambos miembros, estando el izquierdo elefantíaco, aumentado difusamente de volumen y siendo aún mayor



FIG. 1. — Flebografía que muestra la permeabilidad de los troncos venosos profundos del muslo y sus moderadas dilataciones varicosas.

el aumento proporcional al nivel de la pierna. Hay trastornos tróficos acentuados en pie y pierna izq., con piel lustrosa, pigmentada, con muy escasos vellos y alteraciones de las uñas. Edema difuso del miembro, que predomina en pie y pierna. Masas musculares succulentas, con aumento de volumen aparente, tanto en pierna, como en el muslo. Disminución difusa de fuerzas musculares del miembro izq. en relación al lado opuesto. Dolor a la compresión de la pantorrilla izq. Signo de Homans positivo. Várices acentuadas del sistema safeno interno; prueba de Trendelenburg negativa; comunicantes de muslo y pierna insuficientes; varices aún más acentuadas del sistema safeno externo. Várices suprapúbicas, con llenamiento venoso predominante de izquierda a derecha. Pulsos arteriales conservados en todo el miembro. Examen neurológico s/p.

Abdomen. — Cicatrices de Mac-Burney y sub-costal derecha. Dolor

a la presión en el hipocondrio derecho. Resto del examen s/p.. Los exámenes de laboratorio no ofrecieron particularidades.

La flebografía, realizada mediante descubierta y cateterismo de la vena safena externa, mostró la permeabilidad del sistema venoso profundo tanto en región poplítea como en el muslo, con signos de éstasis circulatoria y moderadas dilataciones varicosas de los grandes troncos venosos."

Primera operación (12-VII-55): Safenectomía interna, desde la parte media de pierna hasta su terminación.

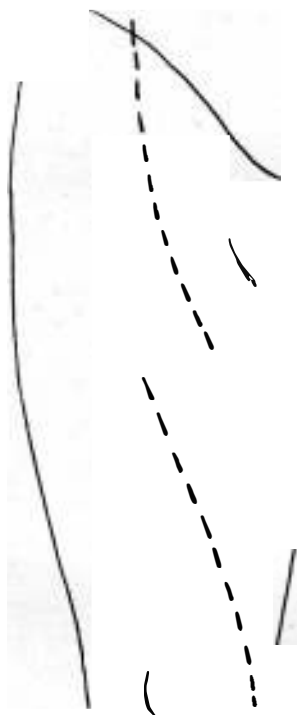


FIG. 2 a). — Trazado de las incisiones para la descubierta de la vena safena interna en el muslo.

La evolución post-operatoria fue sin incidentes, pero la paciente no obtuvo mejoría alguna.

Dos años después, la enferma ingresó al Servicio, persistiendo todos sus trastornos y molestias que habían ido aumentando progresivamente. La paciente sufría de dolores difusos de su miembro inf. izq., aún en el reposo, que se acentuaban en la estación de pie y más aún en la marcha; se acompañaban de dolores glúteos y lumbares inferiores izquierdos. El miembro estaba aún más elefantásico y existía dolor a la presión de las masas musculares del muslo y más aún de la pierna. Los trastornos tróficos eran más acentuados.

Segunda operación (4-V-57): En el triángulo de Scarpa izquierdo se efectuó la descubierta de la vena femoral común y la zona terminal de las femorales superficial y profunda, comprobándose que estaban permeables y con aspecto normal. Se efectuó luego la descubierta de la vena safena interna derecha, desde la rodilla hasta su abocamiento en la femoral, me-

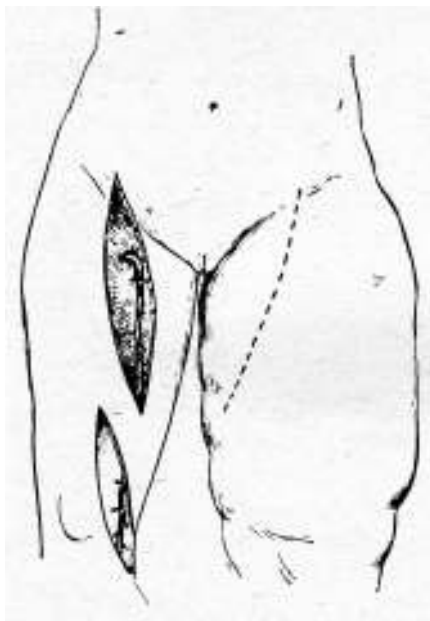


FIG. 2 b). — Liberación de la vena safena interna, previa ligadura y sección de todas sus colaterales.

FIG. 2 c). — Vena safena interna liberada, quedando conectada solamente por su extremidad superior.



diante dos incisiones longitudinales, una en la $\frac{1}{2}$ superior y otra en la $\frac{1}{2}$ inferior del muslo que seguían la dirección del tronco venoso, pero estaban interrumpidas y separadas entre sí en la parte media del muslo. Se procedió luego a liberar la vena safena interna, ligándose y seccionán-

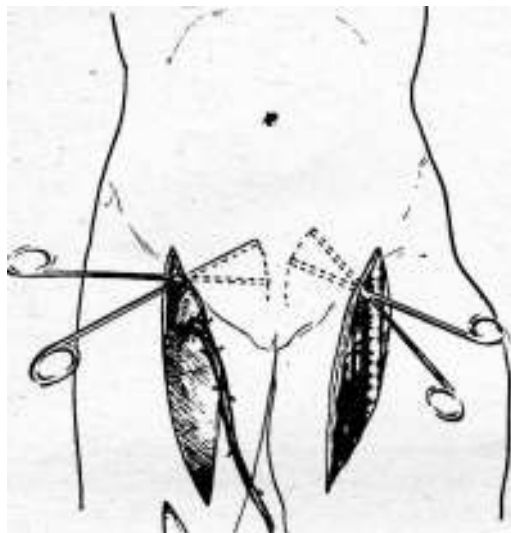


FIG. 3 a). — Se labra el túnel subcutáneo fémoro-pubo-femoral, mediante instrumentos de punta roma.

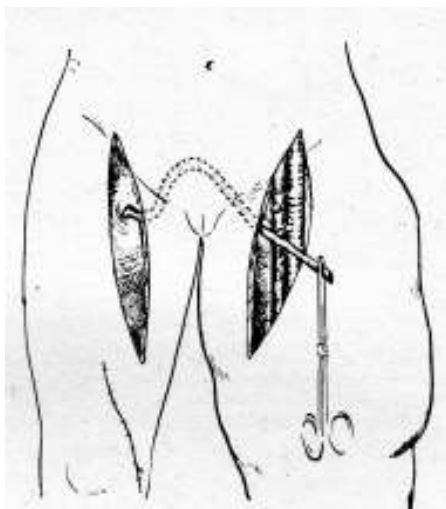


FIG. 3 b). — Pasaje del injerto venoso por el túnel subcutáneo.

dose todas sus colaterales. Se conservó intacta su desembocadura en la vena femoral común y se seccionó su parte distal, a la altura de la rodilla. Se labró entonces un trayecto subcutáneo desde uno a otro triángulo de Scarpa, pasando por la región pubiana y mediante tunelización a ciegas con instrumentos de punta roma. Se enhebró la vena safena,

pasándola de derecha a izquierda por el túnel subcutáneo fémoro-pubo-femoral haciéndose salir su extremidad inferior en el triángulo de Scarpa izquierdo. Se inyectó por vía general 4 cms. de Lique mine i/v., con lo que el tiempo de coagulación se elevó a 2 horas 14'. Se efectuó la anas-

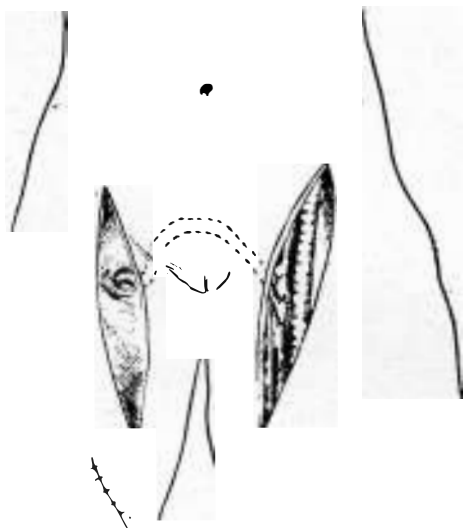


FIG. 3 c). — Anastomosis término lateral del extremo distal de la vena safena a la cara anterolateral de la vena femoral superficial.

FIG. 4 c). — Esquema que muestra el obstáculo a la circulación venosa de retorno por trombosis de las venas ilíacas.



tomosis término-lateral del extremo distal de la safena interna derecha a la zona terminal de la vena femoral superficial izquierda, mediante sutura continua (hilo 5-0), con puntadas muy próximas. Retirados los clamps, la hemostasis era buena y la sutura hermética. Se inyectó 1 cm.

de Protamina i/v. bajando de inmediato el tiempo de coagulación a 1 hora 40'. Se suturaron las heridas en un plano, previo avenamiento del tejido celular de ambos muslos con láminas de goma.

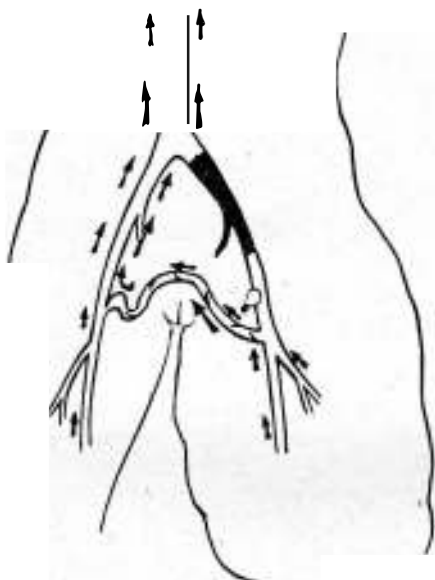
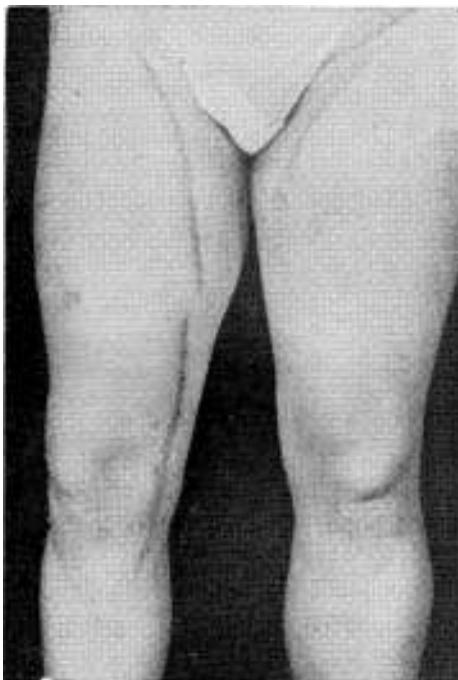


FIG. 4 b). — Esquema que muestra la derivación de la corriente venosa del miembro enfermo a través del injerto valvulado de safena interna, y hacia el sistema venoso contralateral. Las venas ilíacas derechas desaguan la mayor parte de la circulación de retorno de ambos miembros.

FIG. 5. — La elephantiasis y el edema del muslo izquierdo han desaparecido. El edema y la tumefacción de la pierna izquierda se ha reducido mucho.



El post-operatorio fue bueno. Hubo sólo una discreta supuración de la herida del muslo derecho, que curó en poco tiempo con la medicación antibiótica.

La evolución de la enferma ha sido excelente, mejorando casi todas sus molestias. Los dolores del miembro inferior han desaparecido, tanto en reposo, como en la estación de pie y en la marcha; también han cesado los dolores glúteos y lumbares izquierdos. Las sensaciones de tensión y pesantez, han desaparecido, así como la pérdida de fuerzas, el cansancio y la impotencia funcional relativa. Igualmente han cesado las parestesias distales del miembro.

La elefantiasis del muslo izq. ha desaparecido, reduciéndose su volumen hasta ser comparable a la del lado opuesto. Igualmente desapareció la tensión del muslo, el edema y el dolor a la presión de las masas musculares. Las dilataciones varicosas supra-púbicas se redujeron apreciablemente de tamaño.

A nivel de la pierna se produjo una franca disminución de volumen con desaparición de la tensión y del dolor a la presión de las masas musculares, y reducción del edema. A pesar de ello persistió en buena parte el engrosamiento de la pantorrilla, existiendo una diferencia apreciable de tamaño con la del lado opuesto; además ha persistido cierto edema en el cuello de pie. En cambio desapareció enteramente la sensación subjetiva de tensión, pesantez y cansancio de la pierna y dificultad para la marcha.

Los trastornos tróficos del pie y pierna persisten, pero algo atenuados.

La mejoría obtenida por la paciente se conserva enteramente en el momento actual, luego de 1 año y 2 meses de su operación.

La operación que presentamos ofrece características dignas de mención. Se trata en efecto de una paciente cuyos trastornos post-flebíticos habían ido progresivamente en aumento durante 5 años a pesar de todos los tratamientos instituidos. Incluso la safenectomía de su sistema venoso superficial interno no le había producido mejoría, ni alivio alguno de sus molestias.

A pesar de ese cuadro evolutivo tan sombrío, la operación realizada cambió enteramente el cuadro obteniéndose una gran mejoría. La mayoría de los trastornos post-flebíticos desaparecieron.

La persistencia de algunos trastornos tróficos distales, así como cierta tumefacción y edema de la pierna, están vinculados probablemente a la flebo-trombosis profunda posterior de pierna que se produjo en la enferma hace 5 años, como complicación de su operación de colecistectomía.

La operación de plastia y derivación venosa que hemos realizado estaba destinada a actuar solamente sobre la hipertensión venosa y éstasis circulatoria originada por la trombo-flebitis de las venas ilíacas, producida hace 4 1/2 años, como complicación de su puerperio, pero no para corregir los trastornos producidos por la flebotrombosis profunda de la pierna.

Los trastornos post-flebíticos del miembro originados por el bloqueo de las venas ilíacas cesaron enteramente: desapareció la elefantiasis del miembro, cesaron los dolores, las parestesias, la astenia, la impotencia funcional, el muslo recobró sus características normales y disminuyeron las várices suprapúbicas.

La mejoría obtenida por la paciente ha sido sumamente importante. Desde el punto de vista funcional, ella está restituída a la vida normal.

En conjunto no puede considerarse a la enferma curada enteramente de sus trastornos post-flebíticos, pues persisten algunas alteraciones vinculadas principalmente a su flebo-trombosis de pierna, pero quizás pueda decirse que se halla curada de los trastornos post-flebíticos de las venas ilíacas, que eran las que mayores molestias originaban.

La primera operacion de injerto venoso en el tratamiento de los trastornos post-flebíticos fue realizada por Kunlin ⁽¹⁾ en 1952, quien injertó un trozo de vena safena interna de 18 cms. en el miembro enfermo, anastomosando uno de sus extremos a la vena ilíaca externa y el otro a la vena safena interna. El injerto se mantuvo permeable sólo 3 semanas.

Sauvage y Wesolowski ⁽²⁾ también han usado injertos venosos en operaciones experimentales de laboratorio.

Oliver ⁽³⁾ se manifiesta contrario a los auto-injertos venosos, de acuerdo a los resultados obtenidos en experiencias animales. Esta es también la opinión de su alumno Topouzian (citado por Oliver) ⁽³⁾.

Holman y Steimberg ⁽⁴⁾ emplearon con buen resultado un homoinjerto de aorta en el tratamiento de un caso de obliteración de la vena cava superior. Reveno, Reynolds y Dodrill ⁽⁵⁾ también publicaron un caso comparable de obliteración de los dos troncos

innominados, tratados con homoinjerto de aorta. Oliver ⁽³⁾ es partidario también del homoinjerto de aorta.

Los resultados que hemos obtenido en 36 casos de auto-injertos venosos en el tratamiento de las arteriopatías ocliterantes de los miembros inferiores han sido sumamente alentadores y superiores a los obtenidos mediante prótesis con materiales inertes (tubos de Edwards, tubos de dacron).

Estos resultados nos han impulsado a utilizar los injertos venosos en el tratamiento de los trastornos post-flebiticos.

En el caso que presentamos, la técnica de injerto que hemos utilizado presenta la ventaja de mantener la conexión normal del extremo proximal de la vena safena y su abocamiento en la vena femoral común. Esto además de eliminar la sutura de uno de los cabos del injerto, hace que se mantenga la normal continuidad de sus tejidos y su vascularización por los vasa-venorum. Además se conserva intacta la válvula ostial, lo que es de gran importancia para la buena función del injerto.

Una ventaja importante del injerto venoso autógeno, con relación a los injertos con materiales inertes (tubos plásticos u homo-injertos arteriales) es que, además de su perfecta tolerancia, su menor porcentaje de trombosis y ser un injerto vivo, es que posee en su interior una cadena de válvulas que facilitan grandemente la circulación venosa.

Los diversos tratamientos quirúrgicos de los trastornos post-flebiticos empleados hasta el momento actual han dado resultados poco alentadores.

Tanto las operaciones nerviosas (simpaticectomía lumbar, neurectomía del nervio safeno interno), como las resecciones venosas (flebectomías, resección de la red venosa superficial varicosa), como las ligaduras venosas (de las venas comunicantes, de las venas profundas, únicas o múltiples), han ofrecido grandes esperanzas en su comienzo, que luego la observación prolongada de los pacientes ha desvanecido en buena parte.

El injerto venoso, cuando es bien tolerado y activo, ofrece la ventaja sobre los procedimientos usados hasta el presente de que actúa específicamente sobre los dos factores fisiopatológicos

principales en la génesis de la mayor parte de los trastornos post-flebíticos: la hipertensión venosa y la éstasis sanguínea.

CONCLUSIONES

1) - Presentamos un caso de trastornos post-flebíticos, acen-
tuados, de 5 años de antigüedad, de evolución progresiva y rebel-
de a todos los tratamientos instituidos, que fue tratado con bue-
nos resultados mediante injerto venoso.

2) Se ha empleado por primera vez y con buenos resultados,
la técnica de anastomosis venosa safeno-femoral contro-lateral,
mediante la utilización de la vena safena del miembro opuesto.

BIBLIOGRAFIA

- 1) KUNLIN (R. Leriche). — Le rétablissement de la circulation veineu-
se por greffe en cas d'obliteration traumatique ou thrombophlébiti-
que. Greffe de 18 cms. entre la veine saphéne interne et la veine
iliaque externe. Thrombose apres trois semaines de perméabilité.
Mém. Acad. Chir., 79, 109-111, 28 janvier 1953.
- 2) SAUVAGE et WESOLOWSKI. — Anastomoses and grafts in venous
system with special reference to growth changes. Surgery, 37, 714-
719, may 1955.
- 3) OLIVER, C. — Maladies des veines. Diagnostic et traitement. 496-
497. Paris, Masson et Cie.
- 4) HOLMANC, C. W., STEIMBERG, G. — Treatment of superior vena
caval occlusion by arterial graft (preliminary report). J.A.M.A., 155,
1403-1405, August 14, 1954.
- 5) REVENO, W. S., REYNOLDS, L., DODRILL, F. D. — Occlusion of
both innominate veins; Restoration of blood flow by arterial graft.
J.A.M.A., 159, 1192-1195, November 19, 1955.

Dr. Bosch. — Dr. Palma, lo felicito por la comunicación presentada,
el éxito alcanzado y la originalidad terapéutica planteada que, realmente,
nos ha seducido totalmente, en un problema como el de trastornos fle-
bíticos en lo que pese a la multiplicidad de tratamientos propuestos, los
resultados evidentemente no satisfacen. Creo por ello, que el que propone
el Dr. Palma abre horizontes promisorios.