

TRATAMIENTO DEL SÍNDROME POST - TROMBO - FLEBITICO, MEDIANTE TRASPLANTE DE SAFENA INTERNA (*)

Dres. Eduardo C. Palma y Ruben Esperón
(Montevideo — Uruguay)

El Síndrome Post-Trombo-Flebítico es frecuente en el Uruguay, como en todos los países del Mundo. Popkin (1) señala que en EE. UU. hay alrededor de 10.000.000 de habitantes que padecen de esta secuela.

Los diversos tratamientos médicos y quirúrgicos empleados hasta el momento han dado resultados poco alentadores, obteniéndose mejorías pequeñas y a veces nulas.

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.

Muchos de los métodos preconizados como eficaces, han tratado en realidad de corregir los defectos circulatorios venosos, creando una nueva deficiencia, sin eliminar las existentes. Así, cuando se pretende subsanar las secuelas de la recanalización, la falta de válvulas y la hipertensión venosa, procediendo a efectuar ligaduras únicas o escalonadas, no se hace más que agregar un nuevo obstáculo a los ya existentes y aumentar la hipertensión venosa.

El tratamiento de la Enfermedad Post-Trombo-Flebítica me-

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 8 de abril de 1959.

diente injerto venoso apenas había sido intentado hasta el presente, y sin resultados positivos.

La primera operación de injerto venoso en el tratamiento de los trastornos post-flebíticos fue realizada por Kunlin (2) 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 (3) también han usado injertos venosos en operaciones experimentales en animales.

Olivier (4) 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 Olivier (4)).

Holman y Steimberg (5) 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 (6) también publicaron un caso comparable de obliteración de los dos troncos innominados, tratado con homoinjerto de aorta. Olivier (4) es partidario también del homoinjerto de aorta.

Palma y colaboradores (7) presentaron en junio de 1958 el primer caso de trasplante de la vena safena interna para el tratamiento de los trastornos post-flebíticos.

OBS. Nº 1. — R. L. M. de V., 33 años, ingresa en junio de 1955 por trastornos post-flebíticos de su miembro inferior izquierdo. — ENF. ACT. Comenzó hace 5 años, luego de una colecistectomía, en que sobrevino una flebotrombosis de su pierna izquierda, con edema, dolor, impotencia funcional parcial, etc. Mejoró con el tratamiento médico, pero 8 meses después, luego de un parto, se produjo una tromboflebitis ilíaca izq., con gran edema de todo el miembro, dolor, impotencia, fiebre, etc. Mejoró con el tratamiento instituido, pero desde entonces padece de importantes secuelas: edema difuso de todo el miembro, trastornos tróficos, pesantez, dolores, disminución de fuerzas, parestesias, etc., que han sido rebeldes a todos los tratamientos realizados. Dos meses antes de su ingreso, hizo otro empuje de su enfermedad con fiebre y recrudescimiento de sus dolores y edema.

El examen mostró un miembro inferior elefantíaco con gran edema difuso y trastornos tróficos, disminución de la fuerza muscular en pierna y muslo, dolor a la compresión de la pantorrilla, signos de Homans positivo; grandes várices supra-púbicas y de los sistemas safeno externo e interno, con venas comunicantes del muslo y pierna insuficientes.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

La flebografía, mediante cateterismo de la safena externa, mostró un sistema venoso profundo permeable en región poplítea y muslo, pero con éstasis y dilataciones varicosas.

La safenectomía interna (VIII-55) no produjo mejoría alguna.

La enferma reingresó en 1957, con sus molestias acentuadas: dolores difusos en todo el miembro, aún en el reposo, que aumentaban en la marcha y estación de pie; dolores glúteos y lumbares inferiores; mayor elefantiasis; dolor a la presión de las masas musculares del muslo y de la pierna; mayores trastornos tróficos.

Fue operada (V-57) con anestesia local, efectuándose el trasplante de su vena safena interna derecha al muslo izq., pasando subcutáneamente por la región pubiana y anastomosándose su extremo distal a la zona terminal de la vena femoral superficial izq. La enferma mejoró de casi todas sus molestias; cesaron sus dolores, tanto en reposo, como en la marcha y en la estación de pie; desapareció la sensación de tensión y de pesantez, la pérdida de fuerzas, la astenia, la parestesias y la impotencia funcional relativa; desapareció la elefantiasis del muslo, cuyo volumen se hizo comparable al del lado opuesto; las dilataciones varicosas supra-púbicas se redujeron enormemente. Al nivel de la pierna, se redujo el edema, desapareció la tensión y el dolor a la presión de las masas musculares; persistió el engrosamiento de la pantorrilla y un discreto edema del cuello del pie.

Actualmente la intervención ha sido realizada con resultados favorables en 5 casos.

OBS. Nº 2. F. R. de A., 36 años, ingresa por un nuevo empuje de trastornos post-flebíticos de su miembro inferior izq. ENF. ACT. — Hace 9 años, en el post-operatorio de una intervención en su riñón der., hizo una flebotrombosis de su pierna izq. Cicatrizadas sus lesiones, quedó con dolores y edemas moderados del miembro. En 1955, hizo una tromboflebitis aguda de su miembro inferior izq. quedando desde entonces con parestesias, dolores, en la marcha y estación de pie, grandes edemas y trastornos tróficos, dificultad para caminar, pesadez, astenia y dolores nocturnos. Tuvo además, en 3 oportunidades (la última en IX-58), pequeños empujes de recaída de flebitis. El examen mostró un miembro elefantiásico, con edemas difusos, grandes trastornos tróficos, ulceración en el 1/3 inf. de pierna, hiperestesia cutánea, etc., etc. La circunferencia de ambos muslos reveló una diferencia de 16 cms. entre uno y otro, siendo la desigualdad en las piernas, al nivel de las pantorrillas, de 13 cms. La flebografía transósea mostró la obstrucción progresiva de la vena femoral superficial a partir de su origen en el canal de Hunter, hasta hacerse total en su 1/3 medio.

Fue operada con anestesia local, realizándose el trasplante de su vena safena interna derecha, que fue disecada hasta el 1/3 inferior de la

pierna y pasada luego por 2 túneles sucesivos: primero subcutáneamente por la región pubiana hasta el triángulo de Scarpa; luego a lo largo de la vaina del Sartorio y por debajo del músculo hasta el Canal de Hunter. La vena femoral común así como la femoral superficial en sus 2/3 superiores estaban obliteradas. Se anastomosó el extremo distal de la safena interna derecha a la cara anterior de la femoral superficial izquierda, al nivel de la parte inferior del canal de Hunter.

La evolución de la paciente ha sido favorable. **Luego de una** linforragia prolongada, la herida del muslo izq. cicatrizó normalmente. Los trastornos funcionales mejoraron mucho, no teniendo la paciente parestesias, dolores, pérdida de fuerzas, ni dificultad para la marcha, etc. La úlcera de pierna cicatrizó y disminuyeron los edemas del miembro.

OBS. Nº 3. — C. R., 32 años, ingresa por trastornos post-flebíticos de su miembro inferior derecho, especialmente edema y dolores musculares. ENF. ACT.: En abril de 1958, en el postoperatorio de una colecistectomía, hizo una complicación trombo-flebítica. Desde entonces padece de parestesias, calambres, dolores, edemas y astenia del miembro inf. que han sido rebeldes a todo tratamiento médico instituido. El examen reveló dolor a la compresión de las masas musculares y edema difuso en el miembro.

La flebografía transósea mostró la obliteración de la vena ilíaca externa derecha, con gran desarrollo de la circulación colateral.

Fue operado (IX-58) efectuándose el trasplante de su vena safena interna izq. al muslo derecho y anastomosándose su extremo distal al tronco venoso en la confluencia de las venas femorales superficial y profunda. En el post-operatorio tuvo linforrea prolongada, cicatrizando luego normalmente la herida. El paciente mejoró de casi todas sus molestias, desapareciendo las parestesias, los calambres, los dolores (de reposo, en la marcha y en la estación de pie) y reduciéndose de manera acentuada el edema distal.

OBS. Nº 4. — Ch. P. A., 59 años. Enfermo que hace 25 años hizo una fiebre tifoidea por el que guardó cama 3 meses. Posteriormente absceso de cara externa de muslo. Posteriormente edema generalizado de todo el M. I. I. Fue visto por médico y le indicó tratamiento médico y reposo. Posteriormente lesiones tróficas de pierna izq. Hace 8 años se le hizo ligadura del cayado de safena interna izq. Mejora algo el edema pero después persistió igual. Actualmente: dolores, edema y trastornos tróficos. **Examen:** Estado general, bueno. **M. I. I.:** Edema hasta el muslo. Lesión ulcerada de 1/3 inf. de pierna cara externa. **S. nervioso:** s/p. Pulsos arteriales normales. **M. I. D.:** normal. **Flebografía transósea:** Obstrucción vena femoral desde la poplítea hasta la vena ilíaca externa. **Operación:** 31-III-59: Trasplante del sistema safeno interno derecho, que se une en un tronco único, y se lleva hasta anastomosarlo con la poplítea del lado opuesto. **Postoperatorio:** Desapareció el edema. Mejoró el trastorno trófico.

OBS. Nº 5. — L. G., 32 años. **Historia:** Comenzó hace 1 año con edema de pantorrilla izquierda, dolores que son más intensos en el reposo y en posición de pie. Persistió igual y desde hace 9 meses edema total del M. I. I. con cianosis y dolores del tipo descripto. Se le hizo tratamiento antiflogístico que mejoró sus dolores, pero no sus edemas. En estos últimos meses no podía caminar, ni calzarse. No tuvo trastornos urinarios, ni intestinales. No ha tenido trastornos tróficos. No ha tenido enfriamiento de miembro inferior, ni claudicación intermitente. **Ant. Pers.:** Fiebre tifoidea en su niñez. Fumador y etilista discreto. **Examen:** Buen estado general. **M. I. I.** Edema total, con "godet", tinte cianótico, más intenso en la extremidad inferior. No presenta lesiones tróficas. Discreta hiperpigmentación en región maleolar. **S. nervioso:** Reflejos y sensibilidad normales. Ulsos arteriales normales.

Flebografía: Obstrucción vena femoral total y poplítea. **Operación** (marzo 28/59): Injerto libre de safena controlateral, desde la femoral común hasta el tronco de venas poplíteas.

Postoperatorio: Por dos días tuvo edema de ambos pies. Después retrocedió y ahora están completamente normales. Linforragia. Camina perfectamente.

Los resultados obtenidos con el trasplante de la safena interna en estas 5 observaciones son dignos de mención.

En la 1^{er}. observación el síndrome post-flebítico era cada vez más intenso, luego de 5 años de tratamientos ineficientes; la safenectomía interna tampoco había producido mejoría alguna. A pesar de ello, el trasplante venoso le produjo una gran mejoría de casi todos sus síntomas, que se mantiene luego de 2 años de realizada. Sólo han persistido algunas alteraciones distales, originadas por la obturación de las venas de la pierna; esto se comprende, pues la derivación venosa se implantó más arriba, en la vena femoral. En cambio desaparecieron los trastornos producidos por el bloqueo de las venas ilíacas.

En la 2^a observación también se observó una gran mejoría de los trastornos, cicatrizando la úlcera de pierna y desapareciendo los dolores. El edema en cambio se ha reducido sólo en parte.

En la 3^a observación la mejoría fue también muy importante.

En la 4^a observación el enfermo aún no está totalmente recuperado, pero ya hay mejoría evidente. Lo mismo sucede con la 5^a observación.

El procedimiento utilizado está destinado a actuar sobre los

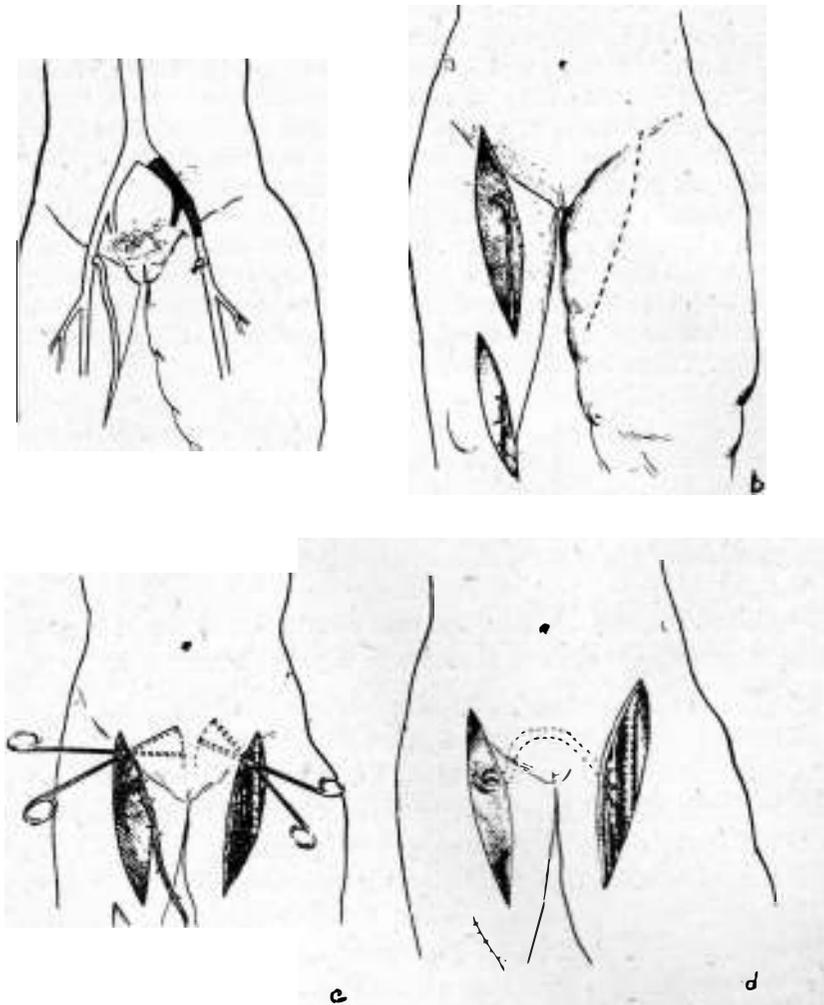


FIG. 1. — Se esquematizan los tiempos principales del Trasplante de vena safena. a) Enferma con obstrucción de vena ílfaca izq.; b) Disección vena safena controlateral y se marca la incisión sobre el triángulo de Scarpa del lado enfermo; c) Elaboración del puente suprapúbico subcutáneo; d) El trasplante ya realizado.

factores fisiopatológicos más importantes de la enfermedad post-flebítica, la hipertensión venosa y la éstasis sanguínea.

A diferencia de la mayoría de los métodos quirúrgicos utilizados hasta ahora, que entorpecían el retorno venoso, este procedimiento por el contrario trata de sustituir el grueso vaso oblite-



FIG. 2. — Flebogradias: a y a' del enfermo R., C. Obs. N° 3 — b y b' del enfermo Ch., P. A.; Obs. N° 5 — c, Caso N° 1, enferma L. de V., R.

rado por otro de calibre suficiente, para restablecer el drenaje y el equilibrio circulatorio del miembro.

Para realizar esta derivación circulatoria hemos preferido recurrir a los autoinjertos en vez de las prótesis con plásticos y los homoinjertos, basándonos en los resultados favorables obtenidos en un gran número de autoinjertos venosos efectuados como derivación circulatoria en las arteriopatías obliterantes de los miembros inferiores. (8)

El injerto autógeno ofrece la ventaja sobre los materiales

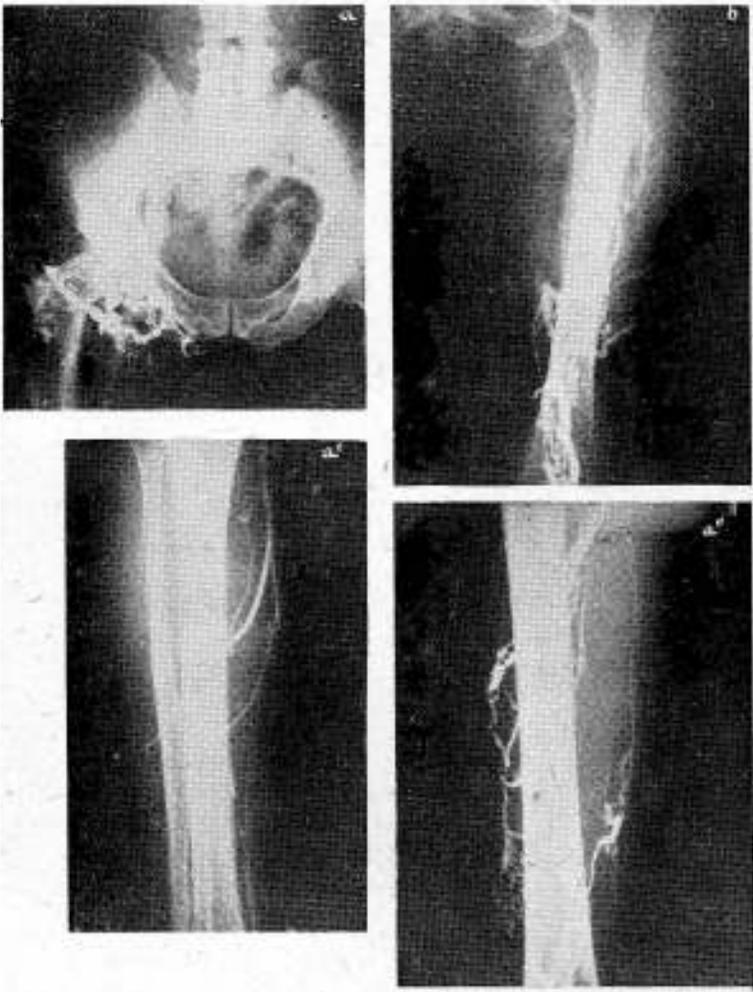


FIG. 3. — a, a', a'', Obs. N° 5 (G., J.); b, Obs. N° 2 (F. de A., Ma.).

inertes (tubos plásticos y homoinjertos arteriales) que no presenta intolerancias, ni capacidad antigénica, incorporándose sin dificultad en la zona de su nueva implantación, pues es un tejido vivo. Hallándose recubierto internamente de endotelio, se reducen las posibilidades de complicaciones trombóticas.

El mantenimiento de su cadena de válvulas internas facilita la circulación venosa de retorno.

Hemos preferido el trasplante al injerto libre, en los casos posibles, lo que mantiene normalmente la conexión y continuidad de los tejidos en el extremo proximal de la vena safena y su abocamiento a la vena femoral común. Esto elimina la necesidad de realizar la sutura anastomótica, a ese nivel, a la vez que conserva la vascularización por los vasos vasorum y la integridad total de la válvula ostial, lo que es de gran importancia para la buena función del injerto. Además se abrevia la duración de la intervención.

También se conservan las venas afluentes del cayado de la safena interna (las subcutáneas abdominales, pudendas, etc.) lo que mantiene permanentemente el flujo sanguíneo normal por el extremo proximal del injerto y sostiene su nutrición y dificulta la complicación trombótica. En algunos casos se utiliza todo el sistema safeno, pues hemos comprobado que después de subdividirse, vuelven a juntarse en tronco único.

Para poder efectuar la intervención ha sido fundamental, además del examen clínico cuidadoso del paciente, realizar el estudio flebográfico de los vasos profundos. Esto permite confirmar la obliteración de los troncos venosos, establecer su localización, su extensión, y lo que es más importante, las zonas permeables en las que puede implantarse el trasplante.

Hemos utilizado de preferencia la vía transósea (transmaleolar, condílea o pubiana, según la topografía), que ofrece las ventajas de su más fácil ejecución y menos porcentaje de complicaciones. A pesar de ello, es un procedimiento no exento de peligros por la posibilidad de reactivar la trombosis, por lo que sistemáticamente procedemos a la inyección del contraste (solución órgano-yodado al 35 %) con una inyección de suero heparinizado, que se vuelve a repetir una vez terminado el examen y antes de retirar la aguja. Además, el líquido de contraste se inyecta conjuntamente con una pequeña dosis de heparina.

Igualmente, durante la intervención quirúrgica y un momento antes de proceder a efectuar la sección distal de la vena safena, se hepariniza al paciente hasta volver su sangre incoagulable. Una vez terminada la anastomosis venosa término-lateral de derivación, se restablece la coagulación sanguínea normal, mediante protamina intravenosa.

La operación puede realizarse perfectamente mediante anestesia local, lo cual ofrece ventajas en la evolución del caso.

Ya en el postoperatorio inmediato se efectúan ejercicios musculares, para activar la circulación venosa de retorno, completando luego con el levantamiento precoz.

La operación es de fácil ejecución pues se efectúa sobre zonas bastante superficiales, de fácil abordaje y con pocos riesgos quirúrgicos.

Debe realizarse cuidadosamente de manera de conservar al máximo posible todas las vías de derivación venosa que se hubieren establecido anteriormente. De esta manera, la intervención no tiene posibilidad alguna de agravar al paciente, pues no interferirá con las vías venosas supletorias existentes.

El injerto debe ser colocado de manera tal que no sea comprimido por las contracciones musculares. Si se le ha enhebrado en la vaina del sartorio, debe efectuarse la resección longitudinal del 1/3 del espesor del músculo, para hacer lugar a la vena safena.

El procedimiento ha sido aplicado en 5 casos. El número es aún reducido para establecer conclusiones. Sólo un número mayor de casos, controlados durante un tiempo más prolongado, permitirán establecer conclusiones firmes.

Conclusiones

1º Se presentan 4 casos de trasplante de vena safena interna, como tratamiento del síndrome postflebítico y 1 caso de injerto libre de safena interna.

2º Los resultados obtenidos hasta el momento han sido favorables, obteniéndose una gran mejoría de casi todos los trastornos.

BIBLIOGRAFIA

- 1) POPKIN, R. J. — Post-thrombophlebitic syndrome. California Medicine, Vol. 85, Nº 6, p. 402 - 405, December, 1956.
- 2) KUNLIN (R. Leriche). — Le rétablissement de la circulation veineuse par greffe en cas d'obliteration traumatique ou thrombophlébitique. Greffe de 18 cm. entre la veine saphéne interne et la veine iliaque externe. Thrombose apres trois semaines de perméabilité. Mém. Acad. Chir. 79, 109 - 11, 28 janvier 1953.
- 3) SAUVAGE et WESOLOWSKI. — Anastomoses and graft in venous

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

- system with special reference to growth changes. *Surgery*, 37, 714 - 719, may, 1955.
- 4) OLIVIER, C. — *Maladies des veines. Diagnostic et traitement.* 496 - 497, 1957. Paris, Masson et Cie.
 - 5) HOLMANS, C. W., STEIMBERG, G. — Treatment of superior vena caval occlusion by arterial graft (preliminary report). *J.A.M.A.*, 1955, 1403 - 1405, August 14, 1954.
 - 6) 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.
 - 7) PALMA, E. C.; RISI, F.; DEL CAMPO, F.; TOBLER, H. — Tratamiento de los trastornos post-flebiticos, mediante anastomosis venosa safeno-femora lcontro-lateral. *Sociedad de Cirugía de Montevideo*, 25 junio 1958.
 - 8) PALMA, E. C.; PASSANO DE MOIZO, MARIA. — Ateriopatías hemodinámicas. *III Congreso Uruguayo de Cirugía*, p. 63 - 104, 10 - 12 diciembre 1957.