

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A". — Prof. A. Chifflet

LOS RESULTADOS DE LA OPERACION DE LINTON EN EL TRATAMIENTO DE LAS SECUELAS POST-FLEBITICAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES (*)

Dr. Héctor A. Ardao

Son bien conocidas las dificultades y los fracasos de los numerosos tratamientos empleados para corregir los trastornos de la insuficiencia valvular del sistema venoso profundo de los miembros inferiores y la invalidez progresiva que acarrea esta situación.

En esta comunicación presentamos el resultado en 17 observaciones de casos tratados mediante el procedimiento de Linton cuya evolución post-operatoria ha sido seguida en un lapso que va desde 50 meses hasta 1 mes. Además, hacemos algunas consideraciones sobre el síndrome y la técnica empleada.

El síndrome post-flebitico

El término Flebitis es empleado aquí en su significación amplia. Incluye además de los procesos infecciosos los procesos trombosantes agudos de las venas profundas de los miembros inferiores trombo-flebitis y flebo-trombosis primitivas o secundarias, de venas normales o varicosas, espontáneas o provocadas por intervenciones sobre las propias venas). La unidad la establecen la identidad del proceso de esclerosis parietal con conservación de la luz y la misma perturbación funcional de la circulación venosa: un tubo rígido, avalvulado, donde la sangre circula en el sentido de la gravedad.

El diagnóstico ha sido fundado en:

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 9 de setiembre de 1959.

- a) el antecedente que el enfermo relata y el cuadro clínico actual;
- b) la prueba de Trendelenburg demostrativa de la incompetencia y del reflujo en las comunicantes;
- c) la comprobación operatoria del proceso de flebitis productiva fibrosa y la periflebitis fibro-adhesiva a la vaina y a la arteria femoral;
- d) la histología microscópica del fragmento resecado de la vena femoral.

En todos los casos se encuentra la luz ampliamente permeable y las paredes espesadas.

El cuadro clínico ha estado representado a nivel de la pierna por dolor en la marcha, linfoedema duro, dermatitis descamativa, celulitis superficial, várices, pigmentación y finalmente la úlcera con sus complicaciones.

El cuadro resumido de las observaciones revela:

12 casos en mujeres y 5 en hombres. La mayoría se encuentran alrededor de los 50 años. El más joven tiene 37 años y el más viejo 67. Todos tienen una larga historia de sufrimientos y de tratamientos fracasados. El reposo y la media elástica han sido los más eficaces en la curación temporaria de la úlcera. El caso 9 corresponde a un vendedor de diarios que trabajaba sentado en el suelo en una esquina. En una oportunidad pasó 6 meses en cama para curar su úlcera que recidivó cuando inició el trabajo.

En la Obs. 7 (flegmasia alba dolens post-parto normal) la flebitis íleo-femoral tratada mediante embolectomía y cayadectomía de la safena no impidió la instalación precoz del síndrome completo (4 úlceras de pierna al mes de la flebitis que tardaron 3 años en cicatrizar).

La úlcera recidivante de pierna aparece generalmente después del año de establecida la flebitis y en nuestra serie ha sido el síntoma determinante de muy diversos tratamientos inclusive de la operación cuyo resultado analizamos. En las flebitis post-operatorias se destaca el alto porcentaje de intervenciones pelvianas (cesárea, histerectomía, prolapso genital, hernia inguinal, apendicitis, etc.) o sobre órganos vinculados a la pelvis por su circulación venosa (fractura de fémur, nefropexia). En un caso sucedió al sexto día de un parto normal con la enferma ya en su casa.

Del cuadro clínico pre-operatorio merece destacarse que el

edema, la pesadez y el dolor en posición de pie son los síntomas más precoces y constantes sucediendo sin intervalo al episodio agudo de la flebitis. El resto del cuadro aparece más tarde.

La existencia de la úlcera es una contraindicación momentánea para la operación que debe realizarse cuando está curada. La curación se puede lograr por: a) tratamiento ambulatorio con media elástica o bota de Unna; b) reposo con pierna elevada, y c) injerto de Thiersch.

El tamaño y carácter de la úlcera deciden la conducta a seguir. Hay úlceras dolorosas o cuyo tamaño (úlceras anulares) excluyen el tratamiento ambulatorio.

Con el reposo en cama en el curso de dos o tres meses cicatriza la mayor parte de las úlceras. Una vez que se ha logrado la cicatrización espontánea es conveniente a fin de prevenir el desarrollo de infecciones post-operatorias retardar dos o tres semanas más la intervención y ésta realizarla bajo el signo de los antibióticos. En algunos casos se comprueba la aparición de várices superficiales en la pierna y el muslo afectado después de la flebitis.

En determinados casos la flebitis profunda no parece haberse acompañado de flebitis superficial y las várices serían secundarias a la hipertensión venosa que llega a las venas superficiales desde la profundidad. En otros casos las várices pre-existentes fueron el asiento de un proceso trombosante inicialmente y luego se instaló el cuadro de la insuficiencia profunda (inyección esclerosante).

En dos casos de úlceras inveteradas (obs. 5 y 10) del tercio inferior de pierna, el linfoedema crónico producía la típica deformación de la elefantiasis tal como se observa en el linfoedema congénito.

La Técnica Empleada

R. Linton ha publicado dos procedimientos operatorios para el tratamiento de las secuelas post-flebíticas. Uno en 1948 ⁽¹⁾ y el otro en 1953 ⁽²⁾. El primero consistía en la interrupción de la vena femoral superficial y resección con el flebotractor de las venas safenas interna y externa. Según el autor, al cabo de tres años comprobó la recidiva de la úlcera en el 60% de los casos, habiéndolo abandonado.

En 1953 presenta un nuevo y más radical procedimiento.
Consiste en:

1) Sección y ligadura de la vena femoral por debajo de la femoral profunda (fig. 1).

2) Resección con flebotractor de las venas safena interna y externa y de las venas superficiales varicosas en la pierna.

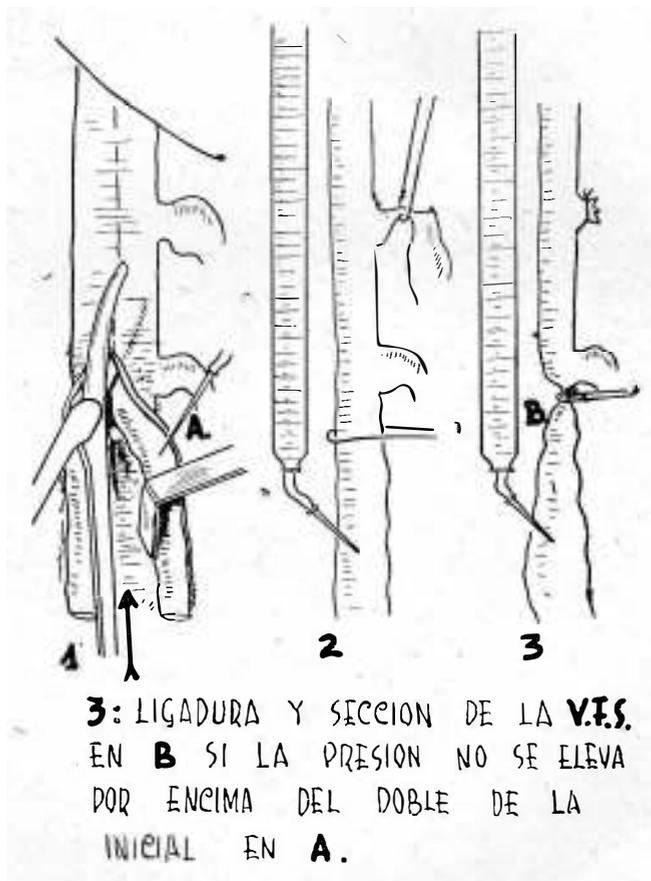


FIG. 1

3) Sección y ligadura por vía subaponeurótica, de las venas comunicantes internas y posteriores de la pierna (figs. 2 y 3).

4) Resección parcial de la aponeurosis de la pierna (fig. 4).

Los esquemas y fotografías adjuntas ilustran algunos tiempos de la técnica operatoria. Este segundo procedimiento ha sido empleado en los casos que se presentan.

Resultados

No hemos tenido ningún caso de necrosis de los colgajos cutáneos. Si se tiene la precaución de detener la movilización del colgajo anterior sin disecarlo frente al maleolo tibial en el mo-

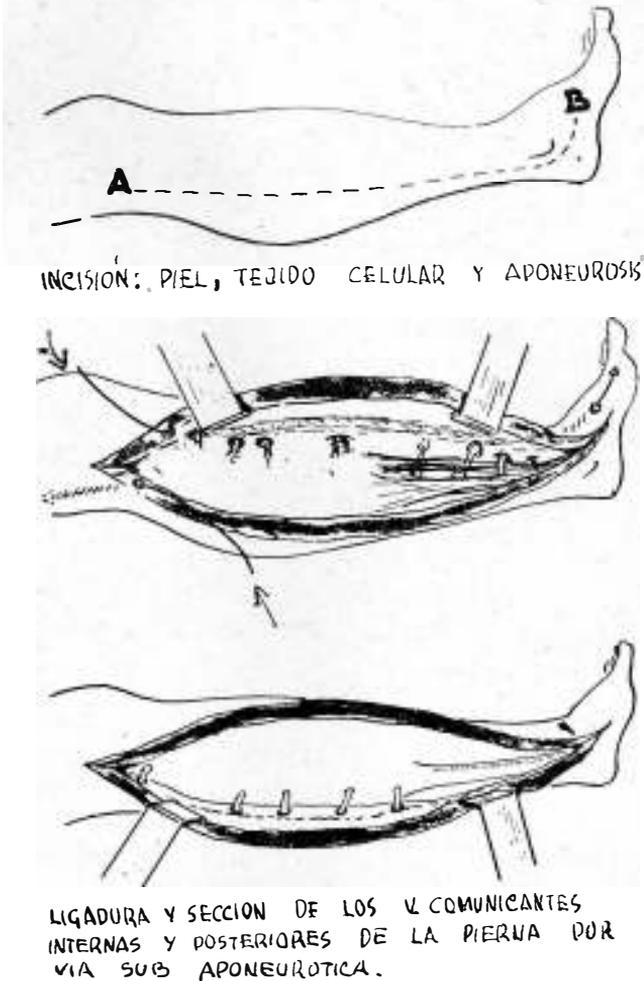


FIG. 2

mento de la ligadura de las comunicantes se tiene asegurada la vitalidad de los tejidos peor irrigados. En un caso (obs. 10) tuvimos una supuración prolongada de la herida que cicatrizó sin tratamiento quirúrgico. El empleo de puntos separados en la

sutura de la piel de la incisión de la pierna es aconsejable. Linton usa hilo de acero para esta sutura cutánea.

La úlcera que estuvo presente en 15 casos, en dos recidivó

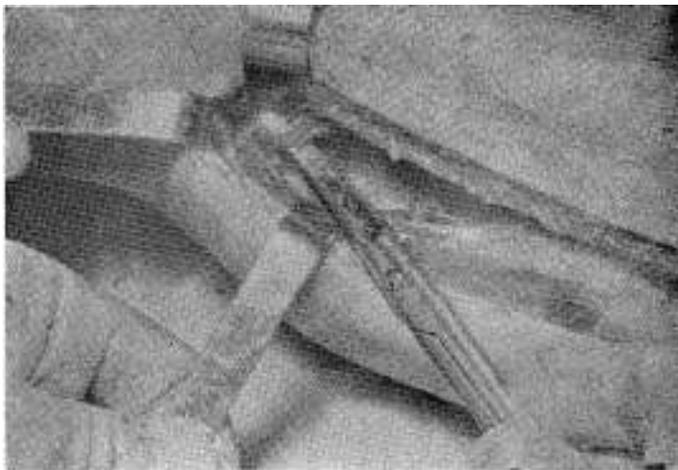


FIG. 3

antes de los ocho meses. Ambos corresponden (obs. 5 y 10) a grandes úlceras supramaleolares en miembros elefantíasicos con edema crónico irreductible. La participación del sistema linfático

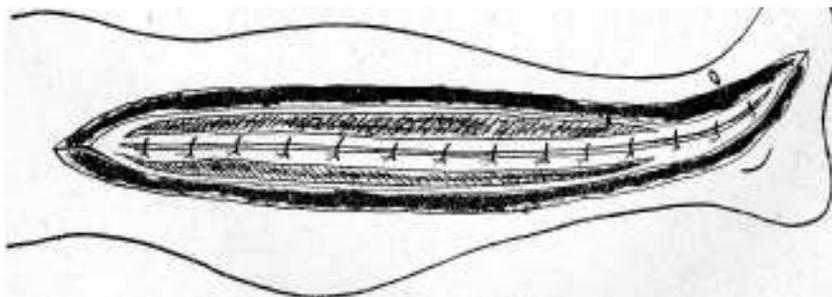


FIG. 4

del compartimento subcutáneo, en algunos casos, es evidente pero el mecanismo del trastorno que lleva a la estasis así como su participación en el origen de la úlcera, todavía es oscuro.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

En el caso 10, otro cirujano cubrió de nuevo la úlcera con un injerto Thiersch que mantuvo el cierre por tres meses. Luego, reapareció la úlcera, y actualmente la enferma está de nuevo internada en el mismo estado de invalidez.

En consecuencia, en dos casos el fracaso del procedimiento ha sido completo y parecería que en las úlceras de miembros elefantíasicos no sería aconsejable. Pero es necesaria mayor experiencia todavía.

La úlcera de pierna ha permanecido curada en 13 casos durante plazos de observación que en algunos no nos ha sido posible poner al día. En estos casos y en los que son de fecha reciente, el resultado no se puede computar al procedimiento. En otros, por el contrario, el resultado ha sido francamente favorable porque la curación de la úlcera se prolongó durante un tiempo que antes no había alcanzado, y se mantiene a pesar de la marcha. El cuadro siguiente ilustra los resultados:

ULCERA	CASO	CURACION	RECIDIVA
A. B. de Mor.	1	35 meses	
L. Rod.	4	33 "	
R. Car.	5		A los 8 meses
M. F. de Oliv.	6	14 meses	
	7	4 "	
	8	1 "	
R. F. de Mat.	9	50 "	
A. P. de Izq.	10		A los 3 meses
M. R. de Sor.	11	31 meses	
	12	9 "	
	13	16 "	
R. L. de Ces.	14	32 "	
	15	10 "	
	16	4 "	
	17	9 "	

Hay casos en que grados moderados de linfedema crónico desaparecen después de seis a ocho meses de marcha, quedando la pierna aún más delgada que la otra (obs. 6).

Esto se logra más fácilmente mediante el uso constante durante el día de una media elástica. Algunas enfermas, sin em-

bargo, sin media elástica logran reducir el linfoedema; otras deben usarla definitivamente, por el resto de su vida.

La pigmentación oscura del cuello del pie y de la pierna es el trastorno más permanente y difícil de desaparecer.

El síntoma más constantemente mejorado ha sido el dolor. Además, casi todas las enfermas expresan sensación de bienestar en la marcha. Dicen que ahora "no sienten" la pierna al caminar o que "está más liviana", y que pueden andar todo el día. Sin la úlcera y sin el dolor el beneficio es real. En dos casos se señaló la aparición de dolores pre - menstruales en la raíz del muslo.

Es probable que este procedimiento no sea la solución definitiva del intrincado problema de la circulación de retorno en los miembros post - flebíticos, pero en el momento actual es conveniente presentar resultados a fin de juzgar los merecimientos de los procedimientos en uso. Esta es la finalidad de la comunicación.

BIBLIOGRAFIA

- 1) LINTON, R. R. y HARDY, I. B. (Jr.). — "Síndrome post - trombótico de la Extremidad Inferior. Tratamiento por interrupción de la vena femoral superficial y ligadura y flebo - tracción de las venas safenas corta y larga". Surg. 24: 452; 1948.
- 2) LINTON, R. — "La úlcera post - trombótica de la extremidad inferior. Su etiología y tratamiento quirúrgico". Annals of Surgery 138: N° 3; 1953.

Dr. Giuria. — Hemos tenido la suerte de que en este año se hayan presentado dos trabajos realmente importantes sobre el tratamiento de estos problemas tromboflebíticos. Uno, fue el trabajo presentado por el profesor Palma sobre los trastornos venosos, tanto desde el punto de vista del injerto como de la derivación, y ahora, tuvimos la suerte de oír el trabajo presentado por el profesor Ardao que es sumamente interesante.

Es evidente, que sólo el tiempo podrá decir cuál de los dos procedimientos es mejor. En ese sentido quisiera exhortar al doctor Ardao para que más adelante, el año próximo o dentro de dos años, podamos reunir las dos experiencias y comparar, porque realmente éste es un problema de una jerarquía tremenda desde que produce verdaderos inválidos que sería de extraordinario beneficio reintegrar a la sociedad.

Dr. Marella. — La comunicación del profesor Ardao sobre la solución para los síndromes post-flebíticos me parece de mucho interés.

Los síndromes post-flebíticos determinan, como decía el Dr. Giuria,

invalideces de una gravedad tremenda. Estadísticas hechas en Suecia revelaban que las sumas por subsidio que pagan las cajas de trabajo debido a las invalideces determinadas por los síndromes post-flebíticos son muy grandes.

Las distintas soluciones que se han querido dar, sea de orden médico o de orden quirúrgico, han hecho variar el criterio terapéutico desde el tratamiento conservador hasta el tratamiento radical.

En 1948 Bauer, cirujano sueco, publicó un trabajo aparentemente sugestivo sobre este problema, diciendo que la solución estaba en la ligadura y resección de la poplítea. Sin embargo, únicamente en sus manos los resultados fueron más o menos, y, últimamente, después de 11 años de experiencia ya nadie lo acepta.

Dr. Ardao. — Agradezco a los que han hecho uso de la palabra.

Estamos de acuerdo sobre la gravedad del problema que ocasiona esta complicación de la trombosis profunda del miembro inferior.

Al doctor Giuria expreso que son justamente los resultados de los tratamientos y técnicas propuestas juzgados a través del tiempo lo que más interesa conocer.

En cuanto al doctor Marella, también estamos de acuerdo en que hay una cierta cantidad de estos enfermos que son una carga social, y cuando llegan a la etapa de la úlcera gastan su fortuna consiguiendo sólo curaciones temporarias, sin lograr beneficios definitivos.

No tengo experiencia sobre la operación de Linton I, porque no la he utilizado. Ignoro que el propio autor haya publicado estadísticas sobre el Linton I. Lo único que hemos hecho es el Linton II. Cuando estuve con Linton en 1954, un año después de estar probando su II operación, se mostraba muy conforme con los resultados que iba obteniendo, y todavía la realiza.

El fin de esta comunicación es mostrar resultados, sobre todo cuando hay en uso una serie de procedimientos quirúrgicos que, desde el injerto de piel libre — procedimiento de Homans — hasta las resecciones venosas superficiales, con o sin resección de aponeurosis, conducen frecuentemente al fracaso. En nuestra serie hay enfermos con síndrome post-flebotómico que han vivido treinta años con úlcera recidivante de pierna.

En cuanto al doctor Valls, señalo que el problema de la circulación venosa de estos miembros es de muy difícil determinación. El propio método flebográfico es insuficiente para determinar si la vía de retorno de la sangre es normal o patológica.

Existe un hecho evidente. La sección de la vena femoral es inocua. Linton ha seccionado más de 5.000 venas femorales superficiales sin consecuencias perjudiciales. Es el seccionador de venas femorales más grande de los Estados Unidos y del mundo entero. Es un autor serio y de vasta experiencia. Dice que solamente en un caso puede pensar que esa sección de la vena femoral haya producido una úlcera de pierna. Para decidirlo controla la presión con un manómetro de agua en el momento

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

operatorio tomándola en la femoral. Si ésta no se eleva por encima del doble de la inicial después de la ligadura de la safena en la femoral superficial debajo de la femoral profunda, procede a seccionar la femoral sin más trámite. En el momento actual hacemos la resección de la vena femoral superficial sin temer que ocasione trastornos cuando la prueba manométrica revela que la ligadura no ocasiona trastorno en la presión endovenosa.

En lo que se debe estar de acuerdo es que la trombosis o flebitis trombosante en el sistema profundo, no ocasiona oclusión. Al cabo de muy poco tiempo la vena está permeable. El hecho concreto es: que fisiopatológicamente la vena se canaliza, pierde sus válvulas y conduce la sangre en el sentido de la gravedad. Es contra la hipertensión venosa ambulatoria consiguiente que hay que luchar porque ella es responsable de las lesiones de la pierna.

Tal vez ésta no sea una solución definitiva, siendo tan sólo una operación sintomática. Todos nos sentiríamos halagados si hay otra mejor. Pero en la hora actual necesitamos conocer los fracasos y los éxitos de los procedimientos en uso o que se preconizan a fin de orientarnos hacia lo mejor.