(Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A" del Prof. A. Chifflet)

TRATAMIENTO DE LAS TROMBOFLEBITIS ILIACAS CON TROMBECTOMIA Y SUTURA VENOSA (*)

Dr. Raúl Praderi

Haremos unas breves consideraciones sobre la patología de las trombosis venosas profundas de los miembros inferiores:

1) Ellas se inician en general en plexos venosos y no en los troncos. Los plexos plantares, del triceps sural, de los aductores y la pelvis constituyen los lechos de origen de las flebitis (DE TAKATS) (2) que secundariamente invaden el sistema principal ya sea a la altura de la poplítea, femoral o ilíaca.

Esto ha sido probado en innumerables publicaciones y es detallado en los textos de patología venosa como DODD y COCKETT (4), OLIVIER (20), WANKE (21) o en las publicaciones estadísticas de GIBBS (10), FONTAINE (7), FELSENREICH (6), etc.

2) Las trombosis ilíacas son más frecuentes a izquierda pues existen allí varios mecanismos que favorecen la éstasis venosa (y la trombosis en nuestro caso), son ellos: la compresión de la ilíaca primitiva izquierda por la arteria ilíaca primitiva derecha (ASCHOFF) (1), la acodadura de la vena por debajo del promontorio y la existencia de válvulas y estenosis en la desembocadura de la ilíaca en un alto porcentaje de casos EHRICH (5), WANKE (21), MAY (19).

3) Las trombosis de la femoral e ilíacas se disponen con una porción libre en forma de "cola" que sigue hacia arriba llegando hasta la cava muchas veces.

4) Las flebitis pelvianas de la hipogástrica propagadas a la ilíaca primitiva trombosan de manera retrógrada a la femoral y poplítea con coágulos largos poco adherentes a las paredes que son fáciles de extraer desde arriba.

5) No así las trombosis plantares y surales que llegan por múltiples venas a la poplítea a cuya pared adhieren enseguida íntimamente.

6) Las trombosis ilíacas, si obstruyen todo el sistema venoso del miembro, se transforman en formas graves: "flegmasia alba dolens" y

(*) Trabajo presentado en la ½ hora previa en la Sociedad de Cirugía el día 6 de junio de 1962.

"flegmasia coerulea dolens" que pueden provocar la muerte, (embolia, anuria), la gangrena del miembro o dejar una secuela post-flebítica grave.

7) No así las flebitis poplíteas o fémoro-poplíteas que responden rápidamente al tratamiento médico.

Es decir que las trombosis más graves (ilíacas) están constituídas por trombos accesibles a la cirugía, relativamente fáciles de extraer (pues adhieren poco a las paredes venosas) y tienen pocas colaterales que traigan coágulos (hipogástrica).

Existe una tendencia contemporánea a operar las tromboflebitis ilíacas por esas razones, no así las poplíteas pues los coágulos son difíciles de despegar y quedan múltiples colaterales tapadas que volverían a obstruir los troncos. FONTAINE ([7] - [8]), DE WEESE ([3]), HALLER ([11]), FELSENREICH ([6]), MAHORNER ([17] - [18]).

Por otra parte en estas últimas los riesgos operatorios y la frecuencia de la retrombosis no darían mejores resultados que el tratamiento médico.

Es evidente que desobstruir venas trombosadas no es tan fácil como las arterias en las cuales atrás del trombo hay sangre a presión, que mantiene la arteria permeable después. En las venas hay muy poca presión periférica y por delante de la trombosis está la aurícula derecha hacia la cual no es conveniente que se escapen los coágulos.

Se han extraído trombos de las femorales e ilíacas practicando después la ligadura de ellas o de la cava, desde luego que estos procedimientos poco arreglaban porque el sistema principal del miembro quedaba obstruído y a menudo se volvía a trombosar.

Pero muchos de nosotros hemos sacado coágulos de las ilíacas y femorales a través de la safena dejando permeable y cerrado el sistema principal del miembro que no ligábamos. Sólo excluímos por ligadura a la safena interna, sistema prescindible y flebítico. Pues, ¿por qué no hacer lo mismo con las ilíacas?, sacar los coágulos de la ilíaca externa por una flebotomía que se sutura sin obturar el sistema principal y ligar después la vena hipogástrica flebítica que trae los coágulos.

Poco antes de la última guerra varios cirujanos alemanes que extraían los coágulos de la femoral a través de la safena (KULENKAMPF) ([12] - [13]) modificaron su técnica extrayendo los trombos por

una incisión vertical en la femoral común que después suturaban en vez de ligar.

Existen publicadas observaciones de FRÜND (9) 1 caso, LÄWEN (15 - 16) 2 casos, LANGE (14) 3 casos, tratados en general con buenos resultados.

Después de la guerra se divulgó la técnica que fue utilizada en Francia por FONTAINE (7) el cual publicó en 1957 (8) 26 casos tratados así aunque dando pocos detalles de técnica.

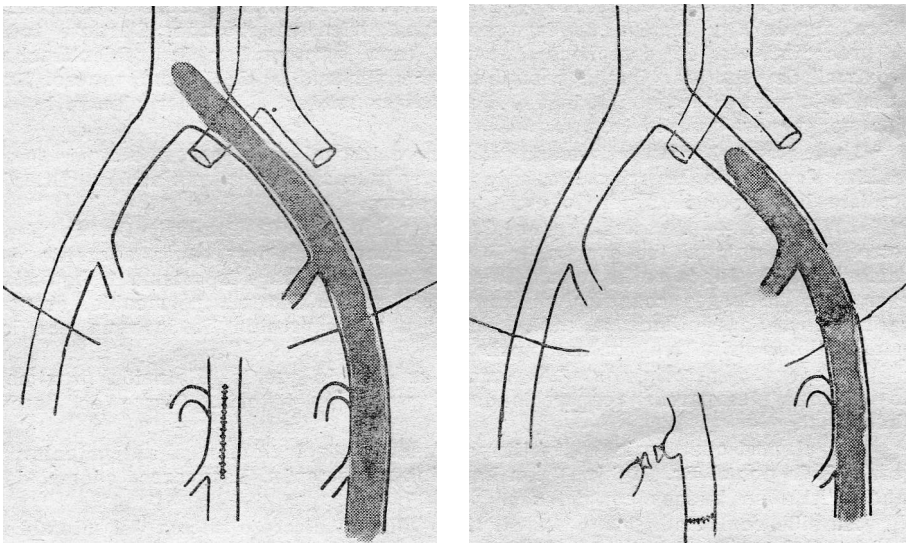

Fig. 1. — A la izquierda se ve el procedimiento de Lawen a través de la femoral; a derecha el que utilizamos con apertura de ilíaca externa y ligadura de hipogástrica.

FELSENREICH (6) en Alemania analiza en 1956 la literatura del tema que llama trombectomía ideal y agrega 6 casos propios.

El perfeccionamiento de los anticoagulantes y su manejo permite obtener mejores resultados y así MAHORNER (17 - 18) publica 16 casos más y puntualiza los detalles de la técnica, finalmente hay publicaciones recientes de HALLER (11) que agrega 5 observaciones y DE WEESE (3) otras 13.

O. S. 31 años. — Antecedente de fractura de pelvis y dos abortos. Ingresa al Hospital de Clínicas con cuadro febril de dos días de evolución. Flegmasia cerúlea dolens izquierda (edema, cianosis, pulso femoral imperceptible). Embarazo de dos meses. Se hace diagnóstico de obstrucción de la vena ilíaca izquierda a comienzo pelviano, pues el edema se inició bruscamente en todo

el miembro y se palpa por el examen genital el paquete venoso obturatriz doloroso y posiblemente trombosado.

No se considera necesaria la flebografía pues el diagnóstico de obstrucción ilíaca es evidente.

Luego de 24 horas de tratamiento con anticoagulantes mejora la cianosis y aparece el pulso femoral, pero como persiste dolor y edema importante, se resuelve operar.

12/12/61. — Anestesia general. Operación Dr. R. Praderi, Dr. L. Praderi. Mediana infraumbilical. Trombosis de la ilíaca primitiva interna, externa y femoral izquierdas. Flebotomía transversal de la ilíaca externa, extracción de largo coágulo distal de 40 cms. y proximal que llega hasta el cruce de la arteria ilíaca, ligadura y sección de la vena hipogástrica trombosada. Durante todo el procedimiento se comprime la vena cava para evitar la vehiculización proximal de trombos. Queda completamente permeable el sistema venoso. Sutura de la vena ilíaca con seda 0000, puntos separados, cierre por planos, heparina per y post-operatoria.

La enferma hace una hemorragia intraperitoneal en el post-operatorio pues se hizo demasiado heparina. Se hace sangre y coagulantes, protamina, vit. K, persiste la hipotensión por lo cual se reopera.

13/12/61. — Anestesia general. Operación Dr. R. Praderi, Dr. O. Fregeiro. Incisión igual, se evacúa 1 litro de sangre, no hay causa aparente de hemorragia, la ilíaca se ha trombosado de nuevo, se abre la misma flebotomía y se extraen largos coágulos exactamente iguales. Sistema permeable, sutura de la vena. Se confirma la existencia de una compresión de la vena por la arteria ilíaca primitiva contralateral.

Se carga la arteria con una goma y se aprecia que la dilatación proximal de la vena desaparece reapareciendo al soltar la arteria. Cierre de pared abdominal.

En el post-operatorio se instituye nuevamente tratamiento anticoagulante (controlado por el Br. Gighino) con heparina y tromexán. Desaparece edema, del muslo. Alta en buenas condiciones.

Ha sido controlada hasta ahora, tiene sólo un discreto edema del miembro. Se hizo flebografía dos meses después de la operación demostrando la permeabilidad de la vena poplítea y femoral, no así de la ilíaca izquierda por lo cual sospechamos que se ha vuelto a trombosar esa porción por seguir actuando el mecanismo compresivo de la arteria ilíaca.

Consideramos que sin pretender obtener la curacion de todos los enfermos flebíticos este método puede evitar en muchos pacientes las graves secuelas de esta enfermedad.

Los resultados serán mejores cuando se operen precozmente y siempre que se trate de trombosis de femoral e ilíaca.

Es posible que sea útil el procedimiento utilizado aquí, es decir, además de la trombectomía y sutura de la femoral o ilíaca externa ligar la safena o hipogástrica cuando sean las causantes de la obstrucción.

Destaquemos finalmente que los mecanismos obstructores de la vena ilíaca izquierda (art. ilíaca, válvulas, estenosis) al seguir actuando determinarán un porcentaje de fracasos.

BIBLIOGRAFIA

1) ASCHOFF. — Tratado de Anatomía Patológica. Labor. Barcelona, 1924
2) DE TAKATS, G. — Vascular Surgery. Saunders, Phil, 1959.
3) DE WEESE, J., JONES, T., LYON, J., DALE, A. — Evaluation of thrombectomy in management of ilio femoral venous trombosis. Surgery 47:140, 1960.
4) DODD, H., COCKETT, F. — The pathology and surgery of the veins of the lower limb. Livingstone, Ed. 1956.
5) EHRICH, W., KRUMBHAAR, E. — A frequent obstructive anomaly of the mouth of the left common iliac vein. Am. Heart jour 26:737, 1943.
6) FELSENREICH, F. — Die "Ideale trombektomie" Als behandlungsmethode der blanden venösen thrombosen. Bruns' Beitrage Zur Klinischen Chirurgie 192:7, 1956.
7) FONTAINE, R. — Venous thrombosis and its sequelae. Surgery 41:6, 1957.
8) FONTAINE, R., MANDEL, P., APPRILL, G. — Contribution a l'etude biochimique des phlebites et a leur traitement chirurgical. Mem. Acad. Chir. 73:662, 1947.
9) FRÜND, H. — Thrombektomie als prophylaxe gegen lungenembolie. Zblt. F. Chir. 64:1202, 1937.
10) GIBBS, N. — Venous thrombosis of the lower limbs with particular reference to bed rest. Brit. J. of Surg. 45:15, 1957.
11) HALLER, J. — Thrombectomy for acute iliofemoral venous thrombosis in the post-partum period. S.G.O. 112:75, 1961.
12) KULENKAMPF, D. — Die verhütung scwerer oder tödlicher embolien durch ausrämung der v. iliaca. ZBlt. F. Chir. 65:1258, 1938.
13) KULENKAMPF, D. — Über die ausrämung des thrombus bei saphenathrombose. Bruns' Beitr. 165:75, 1937. (Citado por Lawen, [12]).
14) LANGE, K. — Beitrag zur operativen behanldung der blanden venentrombose. ZBlt. F. Chir. 65:2422, 1938.
15) LÄWEN, A. — Weitere erfahrungen über operative thromben-fernung bei venen thrombose. ZBlt. F. Chir. 65:1257, 1938.
16) LÄWEN, A. — Weirere erfahrungen über operative thromben-fernung bei venen thorombose. Zblt. F. Chir. 65:1257, 1938.
17) MAHORNER, H., CASTLEBERRY, J., COLEMAN, W. — Attempts to restore function in mayor veins which are the site of massive thrombosis. Ann. of Surg. 146:510, 1957.
18) MAHORNER, H. — Venous thrombosis and pulmonary embolism. pag. 205 en Artz and Hardy: Complications in surgery and their management. Saunders, Phil, 1960.
19) MAY, R., THURNER, J. — The cause of the predominantly sinistral occurrence of thrombosis of the pelvic veins. Angiology 8:419, 1957.
20) OLIVIER, C. — Maladies des veines. Masson. Paris, 1957.
21) WANKE, R. — Chirurgie der grossen korpervenen. Georg Thieme Verlag. Sttutgart, 1956.