Clínica Quirúrgica del Prof. del Campo

OBSTRUCCION DE LA VENA AXILAR POR ESCLEROSIS PERIVENOSA (*)

Dr. Alberto Valls

Hace cuatro años nos ocupamos de la cirugía de la vena ilíaca y la vena axilar. (1) Con motivo de un enfermo, volvemos sobre el tema.

ANATOMIA DEL TRONCO VENOSO AXILO SUBCLAVIO

Este tronco venoso corresponde a sectores móviles del miembro superior y del sistema muscular respiratorio superior del tórax, masa escalénica, que puede determinar por sí misma, o por ascenso del tórax compresiones. La vena está sometida a la aspiración torácica y hay factores que se oponen a su colapso.

El tronco venoso empieza a la altura del borde inferior del dorsal ancho, a veces recubierto del arco axilar del Langer. Resulta de la confluencia de la vena humeral interna y la basílica (de ahí que se haga la flebografía por la basílica para diagnosticar la obstrucción de la vena axilar; por la cefálica se puede explorar axilar proximal y subclavia.

La vena humeral externa forma el tronco colateral de Gabriel, que desemboca en la axilar en medio de la axila. La vena es oblicua arriba y adentro y está situada en la parte interna del paquete. Pasa debajo del músculo subclavio y de la clavícula, transformada en subclavia, que junto con la yugular interna forma el tronco venoso braquicefálico. A esa altura tiene un juego valvular.

La vena está cubierta, junto con el paquete, por un manguito celuloso que facilita su disección. Reposa de abajo a arriba sobre dorsal ancho, subescapular, primera costilla tapizada de Serrato, escaleno anterior que a veces se desdobla para envolverla y domo pleural.

Por delante tiene: 1º Coracobraquial, que se retira afuera al seccionar el segundo ligamento de Gerdy, 3º Pectoral menor, 4º Aponeurosis clavipectoral que se fija en la vena manteniéndola abierta, 5º A veces el arco axilar de Langer. Todos estos pueden ser factores de compresión junto con subclavio y adenopatías axilares o supraclaviculares con periadenitis o no, con el nervio del subclavio o algún nervio frénico accesorio.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 11 de junio de 1962.

La vena se mantiene abierta por la fijación 1º de la aponeurosis clavipectoral; 2º la vaina del subclavio, que forma un tabique similar a la facia transversalis en la región inguinal y que se continúa formando la vaina de la vena. Su arista anterior es el ligamento bicorne de Caldani. 3º La aponeurosis media del cuello. 4º Las ramas venosas de la vena axilar, que una vez seccionadas facilitan su colapso.

Los obstáculos de la circulación pueden ser:

A) Espontáneos: Por: 1º) Trombosis (trombosis de esfuerzo); 2º) Compresiones venosas (permanentes o intermitentes, Tagariello. [2] y [3]

Las compresiones pueden ser por los elementos anatómicos (Mc Cleery y Col [4]), en movimientos de retropulsión y descenso del brazo, o por procesos patológicos peri-venosos tumorales o inflamatorios ganglionares y periganglionares como el caso que describimos y que fuera señalado por Wanke [5] en la vena ilíaca.

B) Después de vaciamientos axilares en amputación del seno. Tiwisina [6] dice que en general un solo factor no alcanza para explicar las lesiones, por lo que las vías de abordaje deben ser amplias.

SINDROME DE OBSTRUCCION VENOSA

Como consecuencia del obstáculo venoso aparece un síndrome clínico radiológico, manométrico de obstrucción venosa.

Clínicamente aparece tumefacción edematosa con cianosis y circulación colateral subcutánea que aumenta con los esfuerzos.

La flebografía, hecha con brazalete con compresión de la circulación venosa superficial muestra el stop brusco en la trombosis, con afinamiento venoso en las periflebitis. Pero para estar seguro del diagnóstico es necesario la presencia de circulación colateral (Tagariello), porque en los momentos fisiológicos de aumento de presión, la columna de contraste se detiene a nivel de las válvulas.

Del punto de vista manométrico se ve con los esfuerzos un aumento progresivo de la presión venosa (Veal [7], [8] y [9]

TRATAMIENTO: Después de un período de 6 o 7 semanas de espera, en que el desarrollo de la circulación colateral puede compensar la obstrucción venosa, se debe intervenir si esta persiste (Tiwisina).

La intervención debe hacerse: 1º) con anestesia general, con intubación (posibilidad de neumotórax); 2º) Con vía de abordaje amplia, empezar por axila, espacio deltopectoral, respetando la circulación colateral, con sección de los pectorales; 3º) liberar la vena axilar, con lo que se realiza una simpaticectomía perivenosa y se puede notar un obstáculo perivenoso, (sección de bridas compresoras y extirpación de

adenopatías. Al abordar la vena se puede seccionar un arco axilar de Langer, pectoral menor, o subclavio compresores.

Si es necesario se aborda la región supraclavicular, por incisión aparte o por sección de la clavícula. Se libera igual la vena, de facículos del escaleno, adenopatías, nervio del subclavio, frénicos accesorios o costilla cervical.

Si la vena está trombosada Tiwisina hace la extirpación, con un criterio similar a la arteriectomía de Leriche.

Fig. 1.

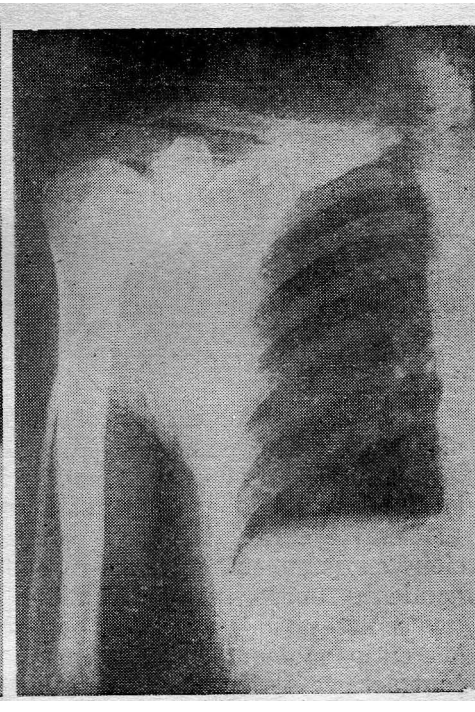

Fig. 2.

Se ha intentado restablecer la circulación por injertos. Los injertos venosos son malos se colapsan y trombosan. Meyer y Brugdorff hicieron con éxito injertos arteriales en perros. Kunlin [10] para evitar el colapso a nivel de las suturas venosas, realiza estas fijando los puntos anillos de vitalio colocados concéntricamente.

En nuestro enfermo, habíamos planeado si había una trombosis, inspirados en la técnica del Prof. Palma [11], [12] y [13] en miembros inferiores, liberar la vena yugular externa, seccionándola a la altura de la parótida hacerle un trayecto a través de la vaina del subclavio, des-

pués de resecado éste, y anastomosarle a la axilar debajo de la obstrucción.

HISTORIA CLINICA

R. P. F. 34 años. M. Registro 161.934.

Ingreso 5/XII/61. Sala 4/1/62. Alta 19/1/62.

Consulta por tumefacción y cianosis del miembro superior derecho que aumenta con el esfuerzo.

En julio de 1962 tiene un flemón de cuello. Le hicieron penicilina mejorando. La última inyección, en el brazo derecho fue muy dolorosa. 25 días des-

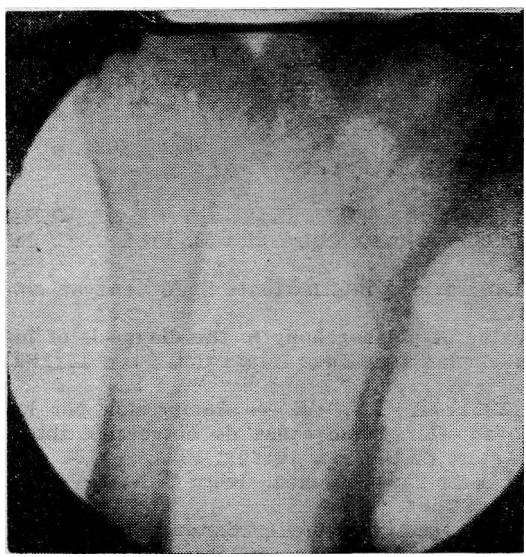

Fig. 3.

pués nota tumefacción, cianosis y venas dilatadas en pasaje cérvico-axilar con el esfuerzo. Disminución de fuerzas. El reposo lo mejora.

EXAMEN: Miembro superior derecho más tumefacto que el izquierdo (4 cms. más de diámetro). Moderada cianosis que se exagera con los movimientos haciéndose evidente una circulación colateral marcada en muñón del hombro se nota la vena cefálica muy bien. Axila derecha se palpan adenopatías de 1 ½ a 2 cms.

23/12/62. — **Flebografía.** (Fig. 1). Estenosis en vena axilar, afinamiento progresivo como en compresiones por fibrosis perivenosa. Obstrucción total a nivel de segunda costilla.

30/12/61. — **Flebografía por la cefálica.** (Fig. 2). Esta desemboca en la parte alta de la axilar, viéndose su continuidad con la subclavia.

En el sentido distal termina bruscamente. Con las dos flebografías se puede delimitar el segmento obstruído.

8/1/62. — **Presión venosa:** Presión inicial 12 cms. de agua, con el esfuerzo sube rápidamente a 27 cms.

Operación: 11/1/62. Dr. Valls, Dr. Lanza, Dr. Zamosky, Pract. Rodríguez. Anestesia General: Dr. Grois.

Incisión en espacio deltopectoral, se respeta la circulación colateral. Sección del ligamento de Gerdy. Se diseca el paquete axilar y se libera la vena de un magma fibroso, que la estenosa. La flebografía operatoria muestra que la vena está dilatada en el sector antes estenosado, no se ve pasaje de sustancia de contraste a la vena subclavia.

Como la flebografía topografiaba el obstáculo en la axila se decide terminar la intervención. Sutura de los tendones y las oponeurosis.

Lino en la piel tubo de drenaje con aspiración contínua.

Se hace inmovilización del muñón del hombro por 3 semanas por la sección tendinosa e inmovilidad activa de la mano para aumentar el flujo sanguíneo por la vena axilar.

Post operatorio excelente desapareció la cianosis y la circulación colateral; la recuperación es total.

Presión venosa 12 cms. de agua, que no asciende con el esfuerzo (6/II/62). Se realiza flebo-cinematografía (Fig 3) que muestra la vena axilar a través de la cual se hace perfectamente la circulación. Se ve además el tronco colateral de Gabriel.

BIBLIOGRAFIA

1. VALLS, ALBERTO. — CIRUGIA DE LA VENA ILIACA Y DE LA VENA AXILAR. 21 Sesión para Graduados Clínica Quirúrgica B. Prof. J. C. del Campo. Agosto de 1957, 42-54.
2. TAGARIELLO, PIETRO. — L'ostruzione intermittente della vena subclavia. Omnia Medica 30:215, 1952.
3. TAGARIELLO, PIETRO. — Value of pblebography in the diagnosis of intermittent obstrucion of the subclavian vein. Jour Intern Coll Surg. 17:189, 1952.
4. MC CLEERY, KESTERTON KIRTLEY Y LOVE. — Compresión por los músculos subclavio y escaleno anterior, como causa de obtrucción intermitente de la vena subclavia. Anales de Cirugía. 10:692, 1951.
5. WANKE R. — Chirurgie der grosser Koerpervenen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, pág. 70, 91, 112 y 126, 1956.
6. TIWISINA, TH. — Der. Achselvenenstav, seine erkennung, behandlung und begutachtung. Der chirurg, 24:292, 1953.
7. VEAL, ROSS J. — The pathologig basis for swelling of the arm following radical amputation of the breast. Surg. Gynec. obst., 67:752, 1938.
8. VEAL Y COTSONAS. — Diseases of the superior vena caval sistem with special consideration of pathology and diagnosis. Surgery, 31:1, 1952.
9. VEAL Y HUSSEY. — The use of "exercise tests" in connection with venous pressure measurements for the detection of venous obstruction in the upper and lower extremities. Am. Hearth. Jour, 20:308, 1940.
10. V. KUNLIN (París). — Techoniques de la suture veineuse suspendive (anastomoses ou greffes). La presse Médicale 69. Nº 44, 1917. 1961.
11. PALMA, E., ESPERON, R. — Tratamiento del síndrome post tromboflebítico mediante trasplante de safena interna. Angiología, 11, 87, 1959.
12. PALMA, B. C., RISSI, F., DEL CAMPO, F., TOBLER, HECTOR. — Tratamiento de los trastornos post flebíticos mediante anastomosis venosa safeno-femoral contralateral. BM. Soc. Cir. del Uruguay 25 de junio 1950.
13. PALMA, E. C., ESPERON, R. — Vein transplants and grafts in the surgical treatment of the postphlebitic syndrome. The journal of cardiovascular Surgery. 1, 94, 1960.