

boflebitis ha estado orientada en una primera etapa a la ligadura venosa, para evitar las embolias, y luego en una segunda etapa, a la evacuación quirúrgica de los trombos seguida de la ligadura venosa. La cirugía de urgencia de la tromboflebitis, efectuada en esta forma, la iniciamos en 1955 en nuestro país; en el curso de perfeccionamiento sobre afecciones vasculares efectuado en el año 1959, en participación de especialistas extranjeros, argentinos y chilenos, pusimos el punto en debate y señalamos nuestra experiencia, mostrando que la evacuación de los trombos en las obliteraciones venosas ilíacas, femorales o poplíteas, otorgaba un gran beneficio a los pacientes, aunque fuese acompañado de la ligadura del vaso. No hemos hecho, desde luego lo que aconsejaba Leriche, la extirpación de las venas; él pretendía que los reflejos simpáticos de la pared venosa eran causa muy importante de agravación de los trastornos, y efectuaba entonces la flebectomía, que sus discípulos no han seguido. Pero la mayor parte de las publicaciones de cirugía de la tromboflebitis en los últimos años, han sido de extracción de los trombos, con ligaduras proximales. Hay sin embargo, algunas tentativas, con pocos casos, de cirugía con extracción de los trombos y reparación de la vena. Pero en conjunto puede decirse que esta cirugía está recién naciendo, aunque existan algunas tentativas premonitorias.

Debo decir también que además de haber vacilado largo tiempo para hacer la flebografía en pleno empuje evolutivo de la tromboflebitis, he vacilado largo tiempo, desde el año 1955 hasta ahora, para dejar de hacer la ligadura de los troncos venosos, porque el peligro de embolia, para todo el que ha visto una muerte por embolia, está siempre presente en el espíritu, y es lo que ha detenido a la mayor parte de los cirujanos. Indudablemente el uso de los anticoagulantes intraoperatorios y post-operatorios, así como se ha dicho, el mejor conocimiento de la técnica quirúrgica, va a permitir hacer esta etapa más radical de la cirugía de la trombosis venosa profunda.

Finalmente, respecto a la pregunta del Dr. Vigil, señalamos que estos enfermos no tienen en este momento control flebográfico post-operatorio, pero que ellos están en vías muy próxima de realización.

Dr. Raúl C. Praderi:

(El siguiente comentario aparece con título, letra grande y bibliografía, por haber sido ya publicado por error de esta manera en el N° 2, año 1962 de los Boletines de la Sociedad de Cirugía, donde apareció involuntariamente como si fuese un trabajo científico de la media hora previa, en lugar de un comentario al trabajo de los Dres. Palma, Bercianos, Del Campo, Schiaffarino, Goller, Perillo y Fernández).

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 (19), 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 acotadura 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 (18).

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 trombosadas 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 "flegmasia coerulea dolens" que pueden provocar la muerte, (embolia, anuria), la gangrena del miembro o dejar una secuela post-flebitica 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 trombosis accesibles a la cirugía, relativamente fáciles de extraer (pues adhieren poco a las paredes venosas) y tienen pocas colaterales que traigan coágulos (hipogástrica).

Existe un atencencia 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

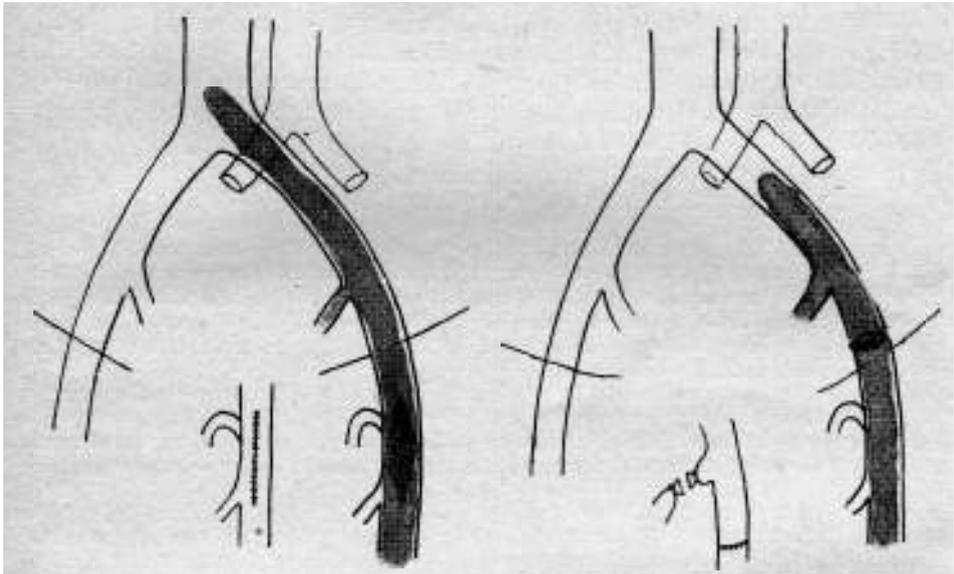


Fig. 1. — A la izquierda se ve el procedimiento de Lawen a través de la femoral; a derecha el que utilizamos con apertura de ilíaca externa y ligadura de hipogástrica.

quedaba obstruido 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 excluimos 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 afemoral a través de la safena KULEN-KAMPF^(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.

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 ctnoralada 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 iliaca izquierda por lo cual sospechamos que se ha vuelto a trombosar esa porción por seguir actuando el mecanismo compresivo de la arteria iliaca.

Consideramos que sin pretender obtener la curación 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 iliaca.

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

Destaquemos finalmente que los mecanismos obstructores de la vena iliaca izquierda (art. iliaca, 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 thrombosis. 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' Beiträge 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 phlebitis 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 ausräumung der v. iliaca. ZBlit. F. Chir. 65:1258, 1938.
- 13) KULENKAMPF, D. — Über die ausräumung des thrombus bei saphenathrombose. Bruns' Beitr. 165:75, 1937. (Citado por Lawen, ¹²).

- 14) LANGE, K. — Beitrag zur operativen behandlung der blanden venentrombose. ZBl. F. Chir. 65:2422, 1938.
- 15) LÄWEN, A. — Weitere erfahrungen über operative thromben-fernung bei venen thrombose. ZBl. F. Chir. 65:1257, 1938.
- 16) LÄWEN, A. — Weirere erfahrungen über operative thromben-fernung bei venen thrombose. ZBl. 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 Körpervenen. Georg Thieme Verlag. Sttutgart, 1956.

Dr. Palma. — He aquí las flebogrfías post-operatorias del paciente de la observación N^o 1. Fueron efectuadas por punción de la vena safena interna en el cuello de pie, inyectándose 20 c.c. de sustancia órgano-yodada al 35 %, conjuntamente con la heparina, para evitar las trombosis; a la vez, se colocaron varios lazos de goma para impulsar la corriente venosa hacia la profundidad.

Las radiografías de pierna muestran que todas las venas profundas (tibiales, posteriores, anteriores y peroneas) están permeables y sin dilatación, lo que corrobora la ausencia de hipertensión venosa, como se ve en los síndromes post-flebíticos habitualmente.

La radiografía siguiente muestra que la vena poplítea está también permeable y sin dilatación. Las radiografías de muslo muestran que las venas femoral superficial y su canal colateral y la vena femoral común, están todas ellas ampliamente permeables y sin dilataciones. No existen venas varicosas. Es decir que el estudio flebográfico ha demostrado la restitución "ad integrum" de la circulación venosa del miembro, siendo normales las venas que sufrieron el accidente tromboflebítico.

En lo referente al caso presentado por el Dr. Praderi, la interpretación que damos al caso es totalmente diferente. Nosotros iniciamos en el país la cirugía de urgencia de la tromboflebitis en el año 1955, efectuando la apertura de las venas trombosadas y la evacuación y aspiración de los coágulos, seguida de la ligadura del tronco principal (vena femoral o iliaca), para evitar las embolias. En el año 1959, efectuamos en la clínica un curso de especialización en Angiología, con participación de especialistas extranjeros, y describimos nuestros resultados y la técnica utilizada. Desde entonces el procedimiento ha sido utilizado en numerosos casos. Pero lo que hemos presentado en nuestro trabajo es una técnica diferente, que representa un gran paso

hacia adelante, pues se efectúa la reconstrucción de los troncos venosos, luego de la evacuación de los trombos, suturándose las heridas de las paredes de las venas. De esta manera se restablece enteramente la circulación venosa del miembro y se evita la éstasis y la hipertensión venosa. Durante varios años, hemos tenido el propósito de efectuar este procedimiento, pero el temor a la posibilidad de una embolia nos había detenido en su realización. Sólo recientemente, con una mayor experiencia y la técnica más perfecta, hemos logrado iniciar en el país este tratamiento quirúrgico de urgencia de la tromboflebitis, con conservación integral de la circulación en los grandes troncos venosos.

El caso presentado por el Dr. Praderi es enteramente diferente al nuestro. Se trataba de una paciente con una tromboflebitis de la vena ilíaca interna, producida en una paciente con infección puerperal. El Dr. Praderi efectuó la ligadura de la vena ilíaca interna, para evitar las embolias, pero no la sutura reparadora de la vena ilíaca.

En lo referente a la vena ilíaca externa el Dr. Praderi, que había efectuado una laparatomía transperitoneal, incindió esta vena que también estaba trombosada, le extrajo sus coágulos, efectuó su sutura. Manifiesta que logró extraer a través de ella un coágulo de 40 cms. de largo que correspondía a una trombosis que se extendía hacia la periferia y tomaba la vena femoral común, la vena femoral superficial y la vena poplítea. Esto es a nuestro juicio muy difícil. Los trombos en las venas son distintos a los trombos en las arterias, y son de una gran friabilidad y falta de coherencia importante. Hemos realizado muchas intervenciones por trombosis venosa y consideramos difícil que pueda extraerse por tracción longitudinal de los coágulos de las venas de un miembro, más de un trombo de 8, 10 o 12 cms. Además, dichos coágulos dejan siempre láminas adherentes a las paredes de las venas que exigen maniobra cuidadosa para su extracción y que no pueden extraerse longitudinalmente por tracción a distancia. Es a nuestro juicio difícil extraer a través de una incisión en la vena ilíaca externa un largo coágulo que se extienda a través de las venas ilíaca externa, femoral común, femoral superficial y poplítea y deje dichos troncos enteramente libres. Por otra parte las maniobras de "ordeño" de las venas del miembro no pueden efectuarse a través de todos los planos de cobertura, piel, tejido celular, aponeurosis y muslo. Además tampoco puede aspirarse los trombos que se insinúan en la desembocadura de las venas afluentes colaterales (especialmente las venas femoral profunda, etc.), que a la vez que anclan el trombo de la vena principal e impiden su extracción fácil "in toto", quedan obliterando dichos afluentes colaterales y constituyen un factor de rémora circulatoria venosa.

El Dr. Praderi ha señalado que su enferma tuvo al día siguiente una hemorragia intra-peritoneal, importante, de 1 litro, por lo que de-

bió ser reintervenida. Ha dicho que después la enferma evolucionó perfectamente bien, curándose de sus trastornos flebíticos, a pesar de que se reprodujo la trombosis de la vena ilíaca externa. Las flebografías que ha mostrado el Dr. Praderi, confirman sus manifestaciones, no relleniéndose dicha vena ilíaca externa. Además tal como lo ha dicho el Dr. Praderi, se ven en la flebografía las venas pubianas y circunflejas dilatadas y tortuosas, que derivan la sangre, frente al obstáculo originado por la obstrucción de la vena ilíaca externa. Las flebografías muestran las venas poplítea y femoral ampliamente permeables, pero si se analizan las placas se ve que están dilatadas tal como corresponde a una hipertensión venosa distal, por síndrome post-tromboflebítico. En suma, en la observación del Dr. Praderi, los dos grandes troncos venosos trombosados, la ilíaca interna y la ilíaca externa, no han sido restablecidos en su circulación: una ha sido ligada y la otra se ha vuelto a trombosar. La paciente ha mejorado y se encuentra bien, según manifiesta el Dr. Praderi. La flebografía muestra los signos de hipertensión venosa distal de los grandes troncos y el desarrollo de la circulación venosa colateral que corresponde a un síndrome post-tromboflebítico, por persistencia de la obliteración de las venas ilíacas.

Nuestras observaciones son las primeras que se han efectuado en el país de cirugía de urgencia de la tromboflebitis, con reparación de los grandes troncos y restablecimiento en ellas de la circulación venosa.