Trombosis aguda axilohumeral en un portador de muletas * **

Dres. HUGO MENDEZ y YAMANDU PORRAS

Enfermo de 40 años (I. R. V.) que por una secuela de poliomielitis, desde su niñez (4 años) apoya una muleta en su axila izquierda, lo que nunca le ocasionó trastornos hasta hace unos días, en que comienza con sensación de parestesias en los dedos de la mano (hormigueo, frialdad) que él alivia acostándose y poniendo la mano en declive. Además, nota la desaparición de los relieves venosos a nivel del pliegue del codo. Bruscamente siente dolor en el brazo con enfriamiento, palidez y cianosis de uñas, ingresando al Hospital.

Visto de inmediato, estamos frente a un hombre con gran desarrollo del tórax y brazos, en contraposición a la hipoplasia y deformación de sus miembros inferiores, sobre todo el izquierdo, por su secuela de polio. Intensamente dolorido, al examen encontramos un M.S.I. con gran palidez, frialdad y cianosis, más marcada en antebrazo y mano. No existe relleno venoso. No se palpa pulso ni humeral, ni cubital, ni radial. Se palpa recién a nivel de la axilar por encima del borde de los pectorales.

En la piel de la región húmero-axilar existe un grueso callo por el apoyo de la muleta, doloroso, por encima del cual recién se encuentra el latido arterial. El resto del examen es totalmente normal.

Con el diagnóstico clínico de trombosis de la arteria axilar, se decide hacer tratamiento médico preoperatorio en base a: liquemine, 1.000 unidades; tromexán, 2 comprimidos; papaverina y roniacol, inyectables. A las 4 horas el cuadro clínico permanece igual, por lo que se practica la intervención.

Operación (20-X-65; Dres. H. Méndez, Y. Porras y Laborde): Anestesia local: novocaína al 1 % potencializada con petidina intravenosa. Incisión de piel y aponeurosis desde la axila hasta el pliegue del codo, siguiendo el trayecto de los vasos humerales. En la parte alta de la incisión, grueso colchón de tejido esclerodiposo duro, firme, que engloba piel, celular subcutáneo, aponeurosis y se continúa en la vaina del paquete axilohumeral estrangulando la arteria. Se hace la liberación de la arteria, siendo dificultosa a nivel del callo, viéndose a ese nivel terminar bruscamente los latidos. Se clampea la arteria por encima con sonda Nélaton. Se hace arteriotomía longitudinal de

2 cm., encontrándose un trombo rojo que se desprende fácilmente, sangrando rápidamente al cabo proximal. Hacia la parte distal, se extraen por expresión más trombos rojos, pero no viene flujo sanguíneo, por lo que se hace otra arteriotomía sobre la humeral, un par de centímetros antes de la bifurcación, extrayéndose otro trombo más organizado en forma de V, apareciendo entonces el flujo desde el cabo distal.

Cierre de ambas arteriotomías con seda 6-0 surget.

Se controla la hemostasis, se deja drenaje en tubo de goma y se cierra sólo piel con puntos separados.

Durante la intervención se inyectó liquemine (4 cm.) por vía intraarterial, estando al fin de la intervención la sangre prácticamente incoagulable. En este momento se comprueba excelente pulso radial y miembro bien coloreado y caliente.

Excelente postoperatorio, continuándose con tromexán durante dos semanas, en que se da el alta.

Creemos de interés destacar en este caso varios aspectos:

El diagnóstico positivo de trombosis axilohumeral y su exacta topografía por la clínica.

El tratamiento inmediato con anticoagulantes (pre, intra y postoperatorio) en altas dosis.

La intervención precoz perfectamente tolerada, con anestesia local, potencializada con petidina intravenosa durante dos horas y media.

Tiene interés la patología de la lesión, provocada por el apoyo prolongado de la muleta que ha constituido un callo de todos los elementos, desde piel a periarteria, hasta estrangular a ésta, que no presentaba ninguna lesión intrínseca.

Por último, el hecho de haber evitado la pérdida o lesión grave del miembro de un hombre en plena actividad, que por su lesión secuela de polio, prácticamente se desplaza a expensas de sus miembros superiores.

* Servicio de Cirugía, Hospital de Mercedes.
Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 26 de octubre de 1966.