

Tromboembolismo pulmonar originado en trombosis traumática de vena subclavia

Dres. Jorge Bermúdez, Bolívar Delgado y Pedro Heguy

Se presenta un caso de tromboembolismo pulmonar grave, recidivante, secundario a una trombosis traumática de vena subclavia. Ante el fracaso del tratamiento médico, se procedió a la ligadura del tronco braquiocefálico izquierdo, con excelente resultado funcional pulmonar y sin secuela en el miembro superior.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Thromboembolism.

CASO CLINICO

31 años, ♂, fumador intenso. Un mes antes del ingreso presenta un traumatismo importante de hombro izquierdo, con fractura de húmero, clavícula y costillas 3ª y 4ª. Es tratado con yeso colgante. Desde el inicio presentó aumento de su expectoración habitual, en ocasiones con estrias hemáticas. Cuatro días antes del ingreso, puntada de lado en base axilar derecha, chuchos de frío, disnea de esfuerzo progresiva hasta hacerse al mínimo esfuerzo y expectoración hemática. Se le retira el yeso y trata con antibióticos y expectorantes. La persistencia de la sintomatología obliga al traslado a Montevideo.

Al ingreso se presenta polipnéico, con respiración superficial de 28 p/m., con la Rx. de tórax (fig. 1) El examen respiratorio revela matidez de la base axilar derecha, con soplo tubopleural intenso (punción negativa), taquicardia de 92 p/m. y una gasometría de 60 PaO₂, 35 de PCO₂ y 7.40 pH. Se interpreta como tromboembolismo pulmonar, iniciándose de entrada la heparinización, luego de comprobar la normalidad de la coagulación sanguínea. El centellograma pulmonar (fig. 2) muestra en el campo pulmonar derecho numerosas áreas hipoperfundidas, que confirman la presunción clínica. La evolución durante las primeras 48 horas no muestra mejoría alguna, persistiendo la disnea progresiva, apareciendo elementos en el E.C.G. de sobrecarga derecha y el aumento de la expectoración hemática. Se solicita entonces una flebografía del M. Superior Derecho (fig. 3) que muestra trombosis parcial de la vena subclavia izquierda. La Rx. de Tórax no muestra más que un velo pleural. Frente a la gravedad del cuadro y la falta de respuesta al tratamiento médico, se decide efectuar la ligadura venosa distal al trombo, es decir, en el tronco braquiocefálico izquierdo. La operación se rea-

Hospital Británico. Montevideo.

liza el 10/11/79, cinco días después del ingreso, abordando el pasaje cévico-torácico mediante toracotomía izquierda por el 2º espacio intercostal izquierdo, sección transversal del esternón, con sierra Gigli, prolongando la incisión al 2º espacio derecho, pero sin abrir la pleura. Se realiza una doble ligadura del tronco braquiocefálico, contra el origen de la vena cava superior. Drenaje pleural izquierdo.

La evolución del paciente fue excelente, mejorando rápidamente de la disnea, sin presentar en ningún momento edema del M.S.I. El control alejado durante estos meses confirmó la normalidad funcional respiratoria y del miembro.

COMENTARIO

La trombosis venosas profundas del territorio cava superior son de por sí muy poco fre-

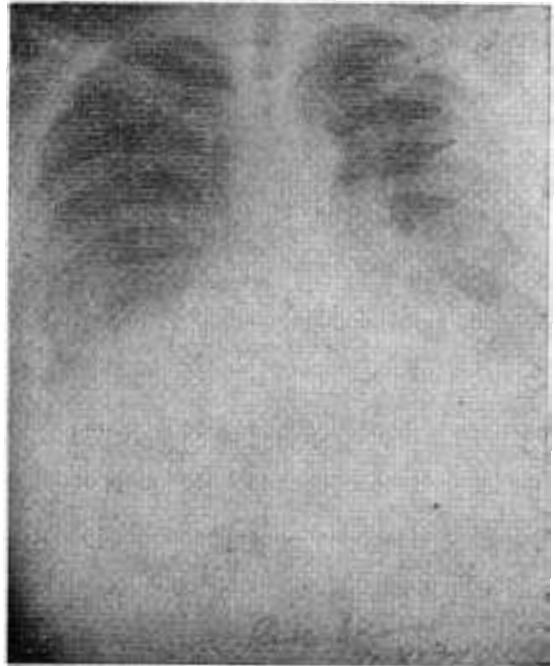


FIG. 1.— Rx. al ingreso: velo pleural derecho, vena pulmonar engrosada.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 7 de mayo de 1980.

Residente y Profesor de Clínica Quirúrgica, Fac. Med. Montevideo y Médico del Hospital Británico.

Dirección: Osorio 1275, Montevideo (Dr. J. Bermúdez).

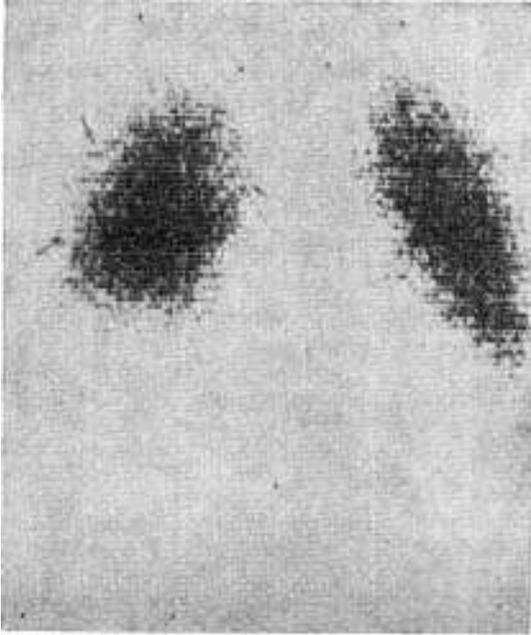


FIG. 2.— Centellograma pulmonar por perfusión. Las flechas marcan las áreas hiperperfundidas.



FIG. 3.— Flebografía axilo - subclavia: obstrucción parcial.

cuentas, variando según los autores entre un 1,7 % según Aufses (1), 2 % Campbell (2) y más recientemente Navarini (7) un 12 %. Hay un aumento notable en los últimos años, debido fundamentalmente al cateterismo venoso central, de empleo cotidiano en todos los hospitales. En las clásicas recopilaciones, como la de Hughes (4), que reunió 320 casos en 1949, la causa principal estaba constituida por la trombosis de esfuerzo, o síndrome de Paget - Schoel-ter, constituyendo el traumatismo solamente un 5,6 %. De ellos muy pocos presentaban

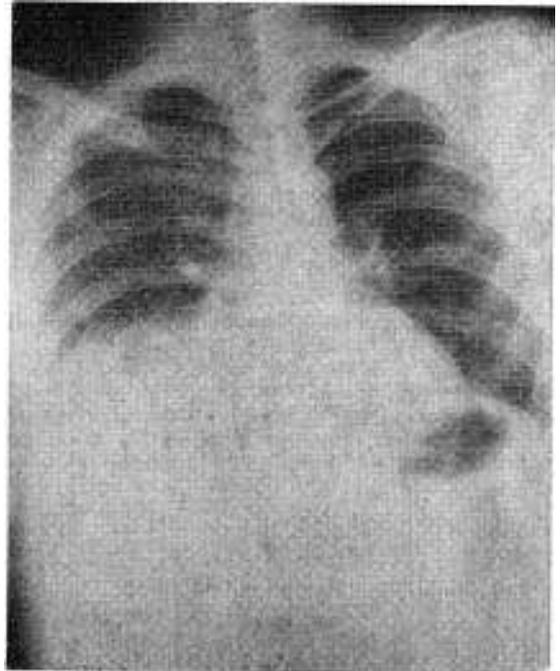


FIG. 4.— Rx. preoperatoria. Persiste la congestión hilar.

embolia pulmonar, 1 % (4) a 9 % (9). El diagnóstico se sospecha por la clínica y se confirma con la flebografía y el scintigrama. El tratamiento es en principio médico, siendo los intentos de desobstrucción infructuosos (trombectomía) (9). No hemos encontrado mención en la literatura a un caso en el cual el tromboembolismo recidivante grave haya obligado a efectuar la ligadura venosa, a excepción de los casos sépticos.

El abordaje empleado, que resultó muy adecuado y sencillo, no es el recomendado habitualmente por los autores. Campbell (2), Mérola (6), Swinton (9), recomiendan abordajes complejos, con resección de clavícula o sección vertical y transversal combinada del esternón.

Por todas estas consideraciones de frecuencia, indicación quirúrgica y abordaje, creemos de interés la presentación de este caso en esta Sociedad.

RESUME

Thrombo - embolisme pulmonaire dû à une thrombose traumatique de la veine sous - clavière

On présente un cas de thrombo - embolisme pulmonaire grave, récidivant, dû à une thrombose traumatique de la veine sous - clavière.

Devant l'échec du traitement médical, on a procédé à la ligature du tronc brachio-céphalique gauche, ayant obtenu un excellent résultat fonctionnel pulmonaire. et aucune séquelle dans le membre gauche.

SUMMARY**Pulmonary Thromboembolism
Caused by Traumatic Thrombosis**

Report on a case of grave recurrent thromboembolism, secondary to traumatic thrombosis of subclavian vein. Medical treatment having failed, the left brachiocephalic trunk was ligated with excellent functional pulmonary results and no sequella to upper limb.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AUFSES AH. Venous Thrombosis of the Upper Extremity. Complicated by pulmonary embolus. *Surgery*, 35: 957, 1954.
2. CAMPBELL Ch B, CHANDLER JG, TEGTMEYER Ch J and BERNSTEIN EF. Axillary, Subclavian and Brachiocephalic Vein Obstruction. *Surgery*, 82: 816, 1977.
3. COON WW. Epidemiology of Venous Thromboembolism. *Ann Surg*, 186: 149, 1977.
4. HUGHES ESR. Venous Obstruction in the Upper Extremity (Paget-Schoelster's Syndrome). Review of 320 cases. *Int Abst Surg*, 88: 89, 1949.
5. MATAS R. On the so called Primary Thrombosis of the Axillary Vein caused by Strain: report of a case and comments in diagnosis, pathogeny and treatment of this lesion with its medicolegal relation. *Am J Surg*, 24: 642, 1934.
6. MEROLA L. Fractura de clavícula. Lesión vascular. *Bol Soc Cir Urug*, 22: 507, 1951.
7. NAVARINI E. Tromboembolismo Pulmonar. Mesa Redonda. *Congreso Nacional de Medicina Interna*, 9º, 1: 5, 1978.
8. PAGET, SIR J. Clinical Lectures (cit. por Hughes).
9. SWINTON NW, EDGETT JW and HALL RJ. Primary Subclavian - Axillary Vein Thrombosis. *Circulation*, 38: 737, 1968.

Lipoma del intestino delgado

A propósito de un nuevo caso

Dres. Alberto Piñeyro, José P. Perrier, Juan C. Castiglioni,
Héctor Turturiello y Luis A. Falconi

Se publica un nuevo caso de lipoma de intestino delgado, que se presentó como una hemorragia digestiva.

Se hace una revisión del tema, sus caracteres clínicos y anatómo - patológicos.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Intestinal Neoplasms.

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de una paciente de sexo fem., de 74 años, T.D., con antecedentes de 6 meses de evolución, de cuadros dolorosos de abdomen, de tipo suboclusivo. Ingresó por episodio de enterorragias, con moderada repercusión hemodinámica.

El examen abdominal y el tacto rectal, no aportan datos de interés, el estudio radiológico contrastado de colon por enema mostró una imagen estenosante de colon izquierdo, vecina al ángulo izquierdo, compatible con el diagnóstico de neoplasma de colon. No se pudo disponer de fibrocolonoscopia.

Con el diagnóstico clínico - radiológico de neoplasma de colon, se operó, constatándose: colon sin lesiones luego de exhaustiva exploración sobre todo en zonas

terminal, sobre sus últimos 30 cm., tumoración polipoidea, pediculada, de 8 x 5 cm., que modificaba la superficie externa intestinal, esbozando claramente una invaginación intestinal.

Considerando la topografía de la lesión, se efectuó una hemicolectomía derecha, abarcando los últimos 40 cm. del delgado que incluían la lesión.

El postoperatorio fue bueno, restableciéndose el tránsito intestinal al 4º día y dándose de alta la paciente al 10º día.

El estudio anatómo - patológico mostró: segmento de resección intestinal abierto. En su porción media hay una lesión polipoidea, pediculada, implantada en la submucosa de 5 x 4 cm. de superficie revestida de mucosa, de superficie de sección amarillo uniforme, con los caracteres macroscópicos de un lipoma. En las porciones vecinas, la submucosa presenta un estado lipomatoso difuso.

Macroscópicamente se observan fragmentos que corresponden a un lipoma de la submucosa intestinal, con áreas de microulceraciones de la mucosa que se acompaña de muscularis - mucosae. Contacta con la muscular propia. Es circunscripto y encapsulado.

En suma: Lipoma de la submucosa intestinal.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 11 de junio de 1980.

Asistentes y Ex Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica, Fac. Med. Montevideo y Anatomopatólogo del Hospital Italiano.

Dirección: Ibicuy 1116, Montevideo (Dr. A. Piñeyro). Vecinas al ángulo cólico izquierdo. A nivel del ileon

COMENTARIO

El caso que traemos hoy a la Sociedad de Cirugía, nos pareció de interés, desde un doble punto de vista: