

Clinica Quirúrgica del Prof. Carlos Stajano

FLEBITIS DE LA VENA SAFENA INTERNA IZQUIERDA - FLEBOTROMBOSIS FEMORO ILIACA - INFARTO PULMONAR POR EMBOLIA. ELEBOTOMIA - ASPIRACION DE LOS COAGULOS DE LA ILIACA EXTERNA - RESECCION DE LA VENA FEMORAL - CURACION.

Dres. Walter R. Suiffet y Romeo Musso

Vamos a distraer la atención de nuestros colegas, con la lectura de una observación que traduce para nosotros la primera experiencia en el tratamiento quirúrgico de ciertas formas de flebitis. Tiene además el carácter de nota previa y seguiremos comunicando a nuestra Sociedad los resultados que obtengamos en nuevas oportunidades que intervengamos en la misma forma.

H. D. 34 años. Sexo masculino. — Ingresa al Hospital "Pasteur" por dolores difusos en el abdomen localizados en la región hipogástrica y ambas fosas ilíacas, de mediana intensidad datando de 24 horas antes, con tránsito intestinal normal y sin vómitos. Ligeramente febril con conservación perfecta del estado general. Se le deja en observación con bolsa de hielo no catalogándose exactamente el origen de este sufrimiento. Al día siguiente acusa dolor discreto en el hemitórax derecho con un poco de tos y expectoración mucosa y hemoptoica. No tiene chuchos de frío.

Como único antecedente de importancia el enfermo dice ser poseedor de un ulcus gástrico que ha sido diagnosticado radiográficamente aunque desde hace tiempo no sufre el más mínimo trastorno. En estas condiciones pasa al Servicio de Medicina del Prof. Plá donde es atendido por el Jefe de Clínica Dr. Ibarra. La historia de ese Servicio dice lo siguiente:

Enfermo despejado, con buen estado general. Temp. 37 y $\frac{1}{2}$. Pulso 100 regular. Lengua húmeda.

Al examen de su tórax se comprueba submacidez en el tercio inferior del pulmón derecho, con aumento discreto de las vibraciones en dicha zona y respiración soplante con algunos estertores subcrepitantes. Cardio vascular s/p. Presión arterial 12/8. Abdomen ligeramente doloroso en la fosa ilíaca izquierda. La Radioscopia de tórax (Dr. Ibarra) muestra paracardiaca en el 1/3 inferior del hemitórax derecho, difusa, de límites poco netos. A los seis días de estar internado por su proceso pulmonar el enfermo se queja de dolor intenso en el triángulo del Scarpa izquierdo con impotencia funcional en ese miembro. Dice el enfermo que ese dolor lo tiene aunque mucho menos intenso desde el comienzo de su enfermedad pero no le había dado importancia. Se comprueba al examen: muslo izquierdo en flexión discreta con edema en su 1/3 superior. Safena interna indurada y muy do-

lcrosa en su trayecto femoral. Dolor en el trayecto de los vasos fémoro ilíacos a la presión. Pierna con discreto edema con dolor al nivel de la región poplitea y tibial posterior al realizar la dorsiflexión forzada del pie. Cianosis discreta del miembro, circulación venosa superficial marcada. Se hace el diagnóstico de flebitis de la safena interna y flebo trombosis de los vasos fémoro ilíacos. Se interpreta el cuadro pulmonar como una embolia a punto de partida venoso.

Se hace bloqueo simpático lumbar izquierdo con 25 c.c. de novocaína al 1%. Desaparece el dolor rápidamente y la extensión se hace perfectamente. El cordón de la safena interna permanece indurado. Al día siguiente está mejorado subjetivamente. Persiste la induración venosa y el edema en el miembro. Se decide ir a la intervención con el diagnóstico de trombosis fémoro ilíaca para evitar la posibilidad de nuevas embolias y con objeto de practicar la resección parcial de la vena femoral previa aspiración de los coágulos.

Operación: Dres. Romeo Musso y Walter R. Suiffet. Anestesia local con novocaína al ½. Incisión en "S" itálica alargada en sentido vertical descubriendo la vena safena interna y la femoral desde la unión de la femoral profunda con la superficial hasta la arcada. Abierta la vena safena interna se ve que están engrosadas sus paredes y totalmente ocupada por un coágulo que penetra en la vena femoral. Se incide transversalmente ésta y se nota también que está ocupada por un coágulo rojo blando que se extiende hacia arriba hasta la vena ilíaca. Este coágulo se desprende con facilidad del endotelio venoso. Se aspiran los coágulos de la vena femoral e ilíaca extra-yéndose una cantidad regular de ellos y se detiene cuando comienza a venir sangre de la vena ilíaca. Se reseca parcialmente la vena femoral y la vena safena interna entre dos ligaduras. Sulfatiazol y crines en la piel.

Postoperatorio: Por la tarde se nota que han desaparecido los dolores en el trayecto venoso safeno interno restante. A las 48 horas la temperatura ha descendido; mueve el miembro con facilidad, no quejándose del más mínimo dolor. Ha desaparecido el edema. Gran linforragia por la herida. Se le hace movilizar los miembros inferiores haciendo ejercicios de flexo-extensión. A los seis días de operado está bien, herida con buen aspecto, miembro inferior izquierdo indoloro y sin edema. La placa de tórax es informada: normal. Se da de alta. A los 13 días de operado notamos ligero edema en la pierna y en la región maleolar. Dolor en la pantorrilla al caminar. La circulación venosa superficial se hace muy evidente. A los cuarenta días reanuda su trabajo de chofer de ómnibus conservando un ligero edema y cianosis de la pierna izquierda. Nota cansancio y pesadez en la pantorrilla cuando pasa varias horas de pie. A los setenta días de operado el enfermo se encuentra totalmente recuperado sin sentir ninguna molestia y notándose sólo al examinarlo una ligera circulación venosa superficial más marcada que del lado derecho.

En resumen este es el resultado que hemos obtenido por la resección de la vena femoral y aspiración de los coágulos del sector ilíaco venoso en un caso de flebitis de la vena safena interna izquierda con flebo trombosis fémoro-ilíaca y embolia pulmonar.