

*TROMBOSIS DE LAS VENAS PROFUNDAS DE LA PIERNA.
EMBOLIAS PULMONARES ITERATIVAS. INTERRUPCION
QUIRURGICA DE LA VENA FEMORAL COMUN. CURACION*

Dres. Walter Suiffet y R. Musso

Los problemas que crea una trombosis aguda de los miembros inferiores, están prácticamente relacionados con las probabilidades de la embolia pulmonar. Esta posible manifestación de las trombosis origina una de las situaciones más angustiantes que se pueden presentar tanto para el enfermo y sus familiares, como para el médico.

Todo cuanto se haga para mejorar rápidamente una trombosis venosa va a dar como beneficio real una disminución en la frecuencia del embolismo pulmonar, lo que dicho en otros términos significa que va a salvar muchas vidas.

Cuando una embolia no fatal ha aparecido en el cuadro clínico de un trombótico venoso, todas las medidas deben ser extremadas y se debe hacer una terapéutica más activa para evitar una nueva embolia que puede ser fatal.

Las venas del miembro inferior son asiento de procesos de trombosis y frecuente fuentes de embolias. Entre ellos, las venas profundas de la pierna son un lugar de elección para su localización.

La importancia de esta localización ha surgido luego de minuciosos estudios clínicos y anatómicos realizados sobre el estado del sistema venoso de los miembros inferiores. Es tal que en el momento actual se tiene el concepto que las venas de la pierna son prácticamente el origen de un porcentaje grande de las trombosis que se presentan con el cuadro de la localización fémoro-ilíaca.

Las búsquedas de Rössle (14), Neumann (13), Frykholm (7), Hunter y col. (9 - 10) en autopsias no seleccionadas muestran una

frecuencia que va del 27 % (Rössle) al 52 % (Hunter) de trombosis de las venas profundas de la pierna en enfermos que fallecen por causas muy diversas. Este porcentaje es tanto mayor cuanto más tiempo de permanencia en el lecho ha tenido el enfermo.

Según De Takats (6) el 50 % de las personas de edad que fallecen de cualquier enfermedad tienen trombosis en las venas profundas de la pierna.

Las investigaciones flebográficas de Bauer (5) en la etapa inicial del proceso, le han permitido afirmar que sin excepción el proceso trombotico tiene su origen en los troncos venosos profundos de la pierna.

La importancia de las venas profundas de la pierna como localización de origen no puede ser discutido luego del gran material anatómico estudiado por estos autores.

Esta localización puede ser fuente de embolias pulmonares.

Belt (3) insiste que ésta es una de las localizaciones más peligrosa como fuente de embolias, que tienen por lo general el carácter de ser pequeñas embolias repetidas. Así lo ha distinguido Neüman quien cree que las venas de la pierna producen pequeñas embolias repetidas, mientras que la gran embolia mortal se fragua en el sistema fémoroilíaco o en las venas de la planta del pie.

La gravedad de estas embolias pequeñas no puede ser menospreciada. En primer lugar su repetición crea cuadros clínicos serios, sobrecarga el aparato circulatorio alterando la dinámica cardíaca y respiratorio, origina una angustia permanente al portador y a su ambiente y en caso de curación, deja secuelas pulmonares que no pueden ser olvidadas. Además, las embolias pequeñas pueden también ser causa de muerte, pues trombos de discreto diámetro, si son largos, pueden plegarse o arrollarse y obstruir vasos pulmonares de mayor volumen o producir fenómenos reflejos fatales.

Hunter y col. (9 - 10) la ha podido observar en sus estudios anatómicos.

Hemos hecho una somera reseña tendiente a destacar la importancia de la localización de la trombosis en las venas profundas de la pierna. Su frecuencia, lo inadvertido de su presencia por su discreta sintomatología, su capacidad de extensión a los

sectores femorales e ilíacos y su alto potencial embólico, la hacen que debe ser muy tenido en cuenta en la patología de la trombosis venosa.

El caso que motiva estas consideraciones es el siguiente:

M. J. C., 41 años, urug., casado.

Hace 25 años este enfermo tuvo un cuadro agudo abdominal, que fué diagnosticado apendicitis, por cuya razón tuvo que guardar cama durante 20 días con hielo al vientre, dieta, etc. Recuerda que en el curso de la enfermedad se le puso tumefacto el miembro inferior derecho y se le hizo diagnóstico de flebitis. Estuvo 3 meses en cama inmovilizado y luego comenzó a moverse lentamente hasta que mejoró y se reintegró a sus tareas.

Hace 19 años, a los 6 años de ese episodio tuvo que guardar cama por un episodio gripal. Inmediatamente se le pone tumefacto de nuevo su miembro inferior derecho y se le hace nuevamente diagnóstico de flebitis. Durante 4 meses hace reposo absoluto en cama con inmovilización de su miembro. Luego comienza a movilizarse y lentamente recupera sus actividades al cabo de los 6 meses de enfermedad. No tuvo en estos dos episodios, ningún accidente embólico.

Luego de este empuje su miembro queda algo edematoso, pesado y con dolor y molestias de carácter discreto. Su tercio inferior se pigmenta.

Hace 18 años aparece una ulceración en el $\frac{1}{3}$ inferior, cara ántero-interna, de la pierna derecha.

Desde entonces ha llevado una vida corriente con molestias discretas y con alternativas de mejoría y reagudización de su ulceración y de sus síntomas.

A fin de enero de 1945 consulta porque su ulceración ha aumentado y nota algunos troncos venosos superficiales muy salientes al nivel de su pierna. Se le diagnostica várices y úlcera varicosa. Se le indica 20 días de reposo para mejorar su úlcera y se le hacen 3 inyecciones esclerosantes en las venas superficiales de Varisclerín (mormato de sodio al 20 %) durante el mes de marzo.

El día 8 de abril como presenta adema y dolor en la pantorrilla se le inmoviliza de nuevo y entonces se instala rápidamente una tumefacción de su miembro inferior derecho con intenso dolor, edema y discreta fiebre, $37 \frac{2}{5}$. Se le inmoviliza con el diagnóstico de Flebitis, durante 50 días. Al cabo de ese tiempo, algo mejorado se levanta. El día 28 de abril, tiene al pararse, la primer embolia pulmonar localizada en el lóbulo inferior derecho; con dolor, lipotimia, cianosis y expectoración hemoptoica. Se le trata y se inmoviliza de nuevo. Desaparece la sintomatología pulmonar en 3 días. Sigue inmovilizado y durante el mes de mayo tiene dos nuevas embolias pulmonares del lóbulo inferior izquierdo, con gran dolor, disnea y cianosis. El 1º de junio nueva embolia pulmonar, muy grave, de lóbulo inferior izquierdo, de la cual mejoró con oxígeno.

terapia permanente, medicación tónica cardíaca y pulmonar, al cabo de varios días de intenso tratamiento.

Las tres últimas embolias aparecieron en el más absoluto reposo con inmovilización del miembro enfermo.

El día 7 de junio vemos por primera vez al enfermo.

Su estado es el siguiente:

Estado general malo. Palidez discreta. Regular estado de nutrición.

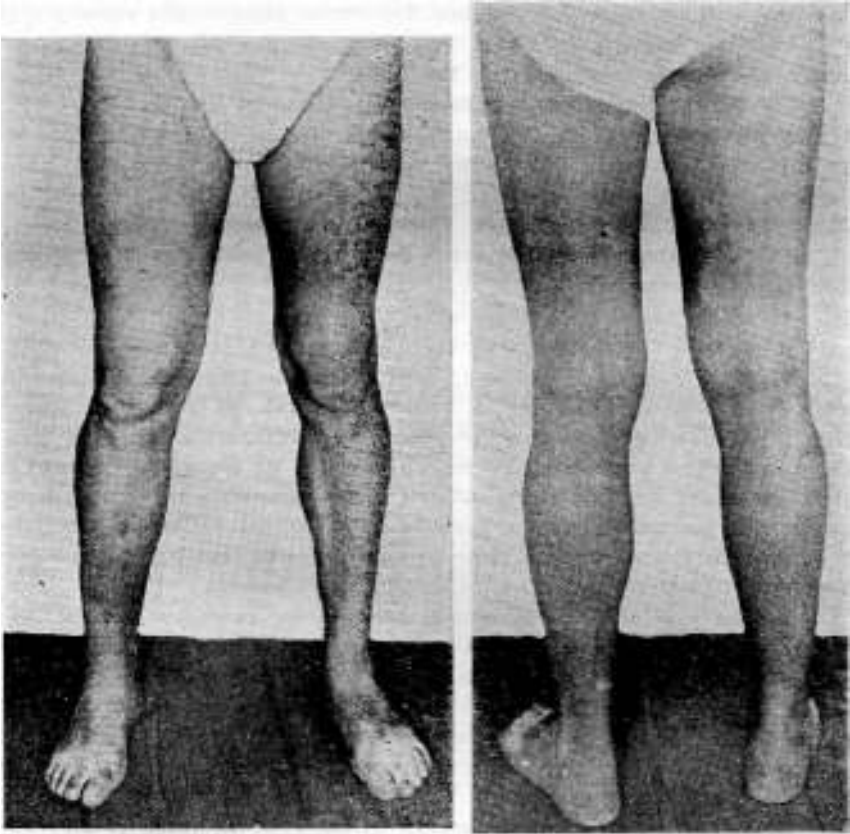


FIG. 1 y 2. — Foto anterior y posterior del enfermo a los 12 meses de operado.

Terrible estado de ansiedad. El enfermo pide que no lo toquen y no lo muevan para evitar una nueva embolia; habla de las anteriores con gran espanto y manifiesta que no toleraría un nuevo accidente. Apirexia. Pulso 80. Lengua húmeda. P.A. 12/6.

El miembro inferior derecho se encuentra en una gotera de madera acolchonada que va de la raíz del muslo al pie. Envuelto totalmente en algodón.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Edema discreto, más marcado en pierna y pie. Temperatura y color normal en todo el miembro, igual al miembro sano. Ulceración en 1/3 inferior cara ántero interna de la pierna casi cicatrizada, sentada en una zona de pigmentación no muy intensa.

A la palpación, dolor en la planta del pie y en la pantorrilla. Dolor a la flexión dorsal del pie y limitación de ésta. Tensión marcada en las masas musculares de la pantorrilla. No hay dolor en el trayecto poplíteo ni femoral de los vasos del miembro. Territorios superficiales venosos s/p.

Latidos femorales normales. Test de McClure y Aldrich: Pierna derecha 30'. Pierna izquierda 50'. Brazo 50'.

Cardio vascular. Pleuro pulmonar y abdominal s/p.

Eritro sedimentación, 15 mm. - 37 mm.; Índice Katz, 16.75; T. coagulación, 5'40; Sangría, 1'20; Urea, 0gr.28; Glób. rojos, 4.896.000; Glób. blancos, 13.400; Valor globular, 0.98; Neutrófilos, 78 %; Eosinófilos, 1 %; Basófilos, 0 %; Linfocitos, 18 %; Grandes mononucleares, 3 %.

Se diagnostica: Trombosis aguda de las venas profundas de la pierna. Embolias pulmonares.

Se indica tratamiento quirúrgico.

Junio 8/1945. — **Intervención:** Anestesia local novocaína al ½ %.

Incisión inguino crural de 15 centímetros de largo. Se descubre la vena safena interna y luego el paquete femoral. Se encuentra alguna dificultad en las maniobras de técnica por la infiltración de los elementos ganglionares regionales. Edema en la vaina de los vasos. Separación de la vena femoral con cierta dificultad. Se reconocen la vena femoral superficial, profunda y común, hasta la arcada crural. La arteria late bien y la vena es gruesa pero no tiene aspecto de estar trombosada. Las maniobras quirúrgicas son extraordinariamente dolorosas.

Se liga y se secciona la safena, que aparece gruesa y casi sin luz; se carga la vena femoral con dos riendas de hilo de algodón grueso, una inmediatamente por debajo de la arcada y otra por encima de la confluencia femoral superficial y profunda. Se hace una incisión transversal en su pared anterior. No hay trombosis. Paredes muy gruesas e íntima de color amarillo marrón. Sangran los dos cabos. Se liga y se secciona arriba transfijando el cabo superior.

Al pinzar y ligar el cabo inferior el enfermo no acusa el más mínimo dolor. Se secciona éste y se transfixia reseándose un trozo de vena femoral para biopsia. Sulfatiazol. Cierre por planos.

Inmediatamente de terminada la operación el enfermo acusa sedación espontánea del dolor de la pantorrilla, pudiendo palpase y flexionarse el pie con menos molestias.

Se le indica movilización inmediata del miembro, lo que es muy dificultosa, no por el dolor que ha desaparecido totalmente, sino por el temor que tiene el enfermo a moverse.

Al día siguiente el dolor espontáneo ha cedido totalmente y las maniobras de exploración son absolutamente indoloras. El edema dis-

creto ha regresado, no habiéndose notado la más mínima acentuación en él en ningún momento.

A las 36 horas se le obliga a levantarse. Siente su miembro liviano y sin dolor. Camina sin molestias.

A las 60 horas de operado abandona el Sanatorio, caminando.

La herida cicatriza bien y la ulceración se cicatriza rápidamente.

A la semana su herida está bien y el estado general ha mejorado enormemente. Se alimenta y se recupera totalmente.

Siente como única molestia un ligero edema en las partes declive del miembro, luego de pasar todo el día levantado. Ese edema regresa rápidamente cuando reposa. En días siguientes va siendo cada vez menor, aunque aparece si permanece mucho de pie.

Su ulceración se ha cicatrizado y el enfermo siente el miembro más liviano y menos molesto que antes de enfermarse.

El estudio histológico del pequeño trozo de vena femoral y safena resecaados muestra:

Vena safena interna: Espesamiento fibroso parietal discreto. Trombo organizado adherido a la pared venosa. Recanalización del trombo. Trombosis de la recanalización. Luz venosa parcialmente conservada.

Vena femoral común: Luz conservada. Trombosis organizada. Dilatación y neoformación de capilares en medio de reacción fibrosa parietal al nivel de la íntima y de la media. Atrofia muscular evidente. No hay proceso patológico al nivel de la adventicia.

Ganglio linfático: Esclerosis fibrosa crónica del ganglio.

Ha pasado muy bien hasta enero de 1946. En esta fecha su ulceración se infecta y supura. Se le hace tratamiento antiinfeccioso local y mejora. Su edema ha desaparecido totalmente, apareciendo solo después de muchas horas de pie una ligera infiltración retromaleolar.

En junio de 1946 el enfermo se halla en perfecto estado de salud. Su miembro no le ocasiona ninguna molestia, aparece un ligero edema en el cuello del pie después de largas estaciones de pie. Su ulceración persiste cicatrizada. Usa media de goma pues con ella se siente mejor. El examen clínico es completamente negativo.

La radiografía de tórax en esta fecha es normal.

El estudio de la presión venosa y su comparación con la presión intra abdominal fué realizado por el Dr. Duomarco, a quien le agradecemos su colaboración. Se encontró un ligerísimo aumento de la presión venosa puncionando una vena de la región rotuliana. Este aumento desapareció haciendo caminar al enfermo. La movilización normalizó inmediatamente la presión venosa estableciéndose la diferencia normal entre ella y la presión intraabdominal.

El interés que tiene esta observación es de indudable valor. Diversos aspectos pueden ser examinados.

El accidente tromboflebítico de este enfermo que data de

25 años lo ha colocado en un estado de inferioridad de condiciones que le ha producido dos nuevos empujes, el reciente de gran gravedad, de su estado de trombosis. Las lesiones anatómicas encontradas en su vena safena interna y femoral común demuestran bien a las claras una lesión venosa que es un lugar de atracción para nuevas trombosis si aparecen circunstancias que la puedan favorecer.

La localización la podemos limitar prácticamente a las venas profundas de la pierna y del pie.

La sintomatología clínica: dolor en la pantorrilla y en la planta del pie, tensión de los músculos posteriores y dolor y limitación de la flexión dorsal del pie con indemnidad de síntomas en el muslo, nos hicieron pensar en una localización a ese nivel. La exploración quirúrgica mostró ausencia de trombosis fresca al nivel de los troncos femorales.

Ya hemos hecho referencia a la importancia de esta localización de la trombosis venosa; esta observación nos ha permitido convencernos que ella existe y que puede ser muy grave.

El cuadro clínico de este caso es el clásico descrito por Homan⁽¹¹⁾ y confirmado por otros autores para esta localización.

En lo que respecta al embolismo destacamos estos hechos: la primera embolia se produjo al movilizarse el enfermo y ponerse de pie, pero las tres siguientes aparecidas en los 30 días que siguen a la primera, fueron todas observadas en la más absoluta y rigurosa inmovilización. Esto nos permite confirmar que hay fenómenos biológicos que rigen la fragmentación del trombo que no están en íntima relación con el movimiento. Si bien este origina en algunos casos la progresión del émbolo, la fragmentación del trombo se origina en factores diversos y muy interesantes además del movimiento sanguíneo.

La indicación operatoria en este caso era formal. El embolismo pulmonar en las trombosis de las venas de los miembros es la situación que crea una indicación absoluta de la interrupción venosa de retorno.

Podrá discutirse la terapéutica quirúrgica en otros momentos de la enfermedad, pero en el embolismo, hay necesidad de cortar el camino a los trombos desplazados.

Según Barker, Nygaard, Walters, Priestly⁽⁴⁾ en un estudio

realizado sobre 1665 trombosis postoperatorias de 172.888 operaciones de la Mayo Clínica:

El 18 % de las embolias pulmonares fatales tuvieron antes una embolia no fatal.

El 20 % de los enfermos que han tenido una embolia no fatal mueren de una segunda embolia pulmonar.

El 33 % de los enfermos que han tenido una embolia no fatal tienen una nueva embolia no fatal.

Welch y Faxon (20) han visto que la segunda embolia da un porcentaje de mortalidad del 10 % de los casos.

Hay una evidente tendencia a la repetición de las embolias y a que en lo sucesivo estas sean más graves y tal vez mortales.

La trombosis roja de estasis que se fragua en miembros inmovilizado va produciendo nuevas fuentes de embolias que se repiten con mayor gravedad. El aumento de volumen de estos o las dificultades que le han creado al aparato circulatorio las anteriores, hacen que las embolias a repetición tengan como carácter una gravedad creciente.

Frente a esa situación solo la interrupción venosa puede poner un dique a una nueva embolia que puede ser fatal.

Como conclusión práctica debemos recordar que la presencia de una embolia en el síndrome de trombosis venosa de los miembros debe plantear con rigurosidad la conducta quirúrgica, como única manera de evitar las contingencias que pueden derivar de una nueva embolia.

Indicada la intervención la conducta que se planeó seguir, fué la exploración de los vasos femorales en la región inguinal. Ella nos permitió reconocer la ausencia de trombosis a ese nivel lo que confirmó nuestra presunción clínica que la localización correspondía a las venas de la pierna. Se practicó la interrupción al nivel de la femoral común previa venotomía exploradora para reconocer el estado de la luz venosa.

La interrupción al nivel de la femoral superficial es en estos casos preferida por algunos autores dado que la fuente de origen de las embolias es tributaria de esa vena. Allen y col. (1), de Takats (6), Welch y Faxon (16), prefieren esta conducta, aún en casos de trombosis fémoro-ílica en la cual se practica la trombectomía por aspiración.

Sin embargo Linton (R.) (12), Fine y Starr (8), Homans (11)

han visto embolias luego de la ligadura de la femoral superficial, originadas en la femoral profunda. Las búsquedas necrósicas de Frikholm (7) han demostrado la importancia de la trombosis de la vena femoral profunda y de los músculos aductores.

Es por esa razón, una conducta más segura realizar la interrupción al nivel de la femoral común que da un margen mayor de tranquilidad.

Se ha dicho que la interrupción femoral común da más edema que la superficial, dado que el conflicto circulatorio que crea al retorno venoso es mayor. El edema inmediato puede ser mayor pero los resultados alejados son tan buenos como los de la ligadura superficial. Este caso nos demuestra que el edema residual es mínimo y en la misma forma lo hemos podido comprobar en el enfermo que presentamos a esta Sociedad en fecha noviembre de 1944 (Suiffet y Musso¹⁵) y en algunos otros que hemos tratado en esta forma.

Allen, Linton y Donaldson (1-2) sobre 579 interrupciones femorales han visto edema inmediato en 80 % de los casos de interrupción femoral común y en 47 % de los casos de interrupción femoral superficial. En cambio el edema tardío, aunque discreto, se vió en 46 y 42 % respectivamente.

Esto nos demuestra que la reparación es similar en ambos casos, aunque más lenta en la interrupción sobre la femoral común.

La interrupción femoral común es algo más difícil del punto de vista técnico, pero no son escollos que impidan su realización. Si es posible se debe conservar la safena y su cayado, colocando la ligadura por debajo para tener una vía de derivación que puede ser útil. En este caso preferimos ligarla, pues francamente enferma e insuficiente hubiera sido un factor nocivo más que favorecedor.

Los resultados en este caso fueron francamente favorables. Las embolias no se repitieron. El enfermo se calmó completamente de sus dolores en forma espectacular luego del acto quirúrgico, desapareciendo también la tensión de los músculos de la pantorrilla y del edema que aunque discreto, existía.

A las 36 horas se movilizó y caminó sin molestias. Es práctica corriente cuando realizamos la ligadura venosa, la movilización lo más rápida posible, a veces inmediata, para evitar la

trombosis de estasis tanto por encima como por debajo de la ligadura.

Con esto hacemos profilaxis de nuevas embolias o de extensión de las trombosis por debajo con dolor, edema y probabilidad de mayores secuelas.

Otro hecho a resaltar en este caso es la rapidez en la mejoría de la ulceración de su pierna. Inmediatamente a la intervención se cerró en pocos días, permaneciendo así durante 6 meses. Al cabo de ese tiempo se instaló de nuevo persistiendo con mejorías y exacerbaciones hasta la fecha.

Está consignado en muchos trabajos al respecto, esta manera de evolucionar las úlceras post-flebíticas luego de la ligadura venosa.

La simpatectomía que se realiza al hacer la liberación del paquete e interrupción con sección venosa puede tener un efecto sobre las ulceraciones, de carácter temporario.

Esa puede ser la explicación de la evolución sufrida por la ulceración de nuestro enfermo.

Los problemas que derivan del trombo-embolismo son múltiples y muy diversos; nos hemos referido en concreto a esta observación que por sus diversos motivos de interés la hemos traído a consideración de los colegas de nuestra Sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALLEN (A. W.), LINTON (R. R.), DONALDSON (G. A.). — Venous thrombosis and pulmonary embolism Further experience with thrombectomy and femoral vein interruption. *The Journal of the American Medical Association*, Chicago, Illinois, 128: 1945, p. 397.
2. ALLEN (A. W.), LINTON (R. R.) DONALDSON (G. A.). — Trmbosis y Embolias. *Annals of Surgery* (Vers. Castell.) 2: 1943, p. 1680.
3. BELT (T. H.). — Thrombosis and Pulmonary Embolism. *Amer. Jour. Path.* 40: 1934, p. 129.
4. BARKER (N. W.), NYGAARD (K. K.), WALTERS (W.), PRIESTLY. A Statistical Study of Postoperative Venous Thrombosis and Pulmonary Embolism. Proc. Staff. Meet. *Mayo Clin.* 15: 1940, p. 769. — 16: 1941, p. 1, 16: 1941, p. 17, 16: 1941, p. 33.
5. BAUER (G.). — Venous thrombosis. Early diagnosis with the aid of phlebography and abortive treatment with heparin. *Arch. Surg.* 43: 1941, p. 462.
6. DE TAKATS (G.), FOWLER (E. F.). — The Problem of Thrombo-Embolism. *Surgery*, 17: 1945, p. 153.

7. FRYKHOLM (R.). — The patrogenesis and mechanical prophylaxis of venous thrombosis. *Surg. Gynec. y Obstr.* 71: 1940, p. 307.
8. FINE (J.), STARR (A.). — The surgical therapy of thrombosis of the deep veins of the lower extremities. *Surgery*, 17: 1945, p. 232.
9. HUNTER (W. C.), SNEEDEN (V. D.), ROBERTSON (T. D.), SNYDER (G. A.). — Thrombosis on the deep veins of the legs; its clinical significance as exemplified in three hundred and fifty-one autopsies. *Arch. Int. Med.*, 68: 191, p. 1.
10. HUNTER (W. C.), KRYGIER (J. J.), KENNEDY (J. CH.), SNEEDEN (V.). — Etiology and prevention of thrombosis of the deep leg veins.
11. HOMANS (J.). — Circulatory diseases of the extremities. New York, 1939 (Mc. Millan).
12. LINTON (R. R.). — En (Allen, Linton y Donaldson).
13. NEUMANN (R.). — Ursprungszentren und entwicklungsformen der beinthrombose. *Virchows Arch. f. Path. Ant.*, 301: 1938, p. 708.
14. RÖSSLE (G.). — Ueber die Bedeutung und die Entstehung der Wadenvenen Thrombosen. *Virchows Arch. f. Path. Ant.* 300: 1937, p. 180.
15. SUIFFET (W.), MUSSO (R.). — Flebitis de la vena safena izquierda. Flebotrombosis femoro ilíaca. Infarto pulmonar por embolia. Flebotomía, aspiración de los coágulos de la ilíaca externa. Resección de la vena femoral común. Curación. *Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay*, 15: 1944, 334.
16. WELCH (C.), FAXON (H.). — Thrombophlebitis and Pulmonary Embolism. *J.A.M.A.* 117: 1941, p. 1502.

Dr. Karlen. — Yo tuve oportunidad de estudiar y operar a una anciana de 72 años, antigua varicosa, que sufría también de várico-flebitis de la pierna, con grandes paquetes varicosos en el territorio de la safena interna y de la safena externa. Había tenido pequeños accidentes, probablemente flebíticos, ya años atrás, pero últimamente había sufrido un proceso inflamatorio, con dolor, calor local y cordones venosos palpables. Por este motivo había sido inmovilizada en cama durante siete semanas. Toleraba muy mal la cama, pues era una anciana obesa, y en el curso de su enfermedad tuvo dos embolias pulmonares: la primera más pequeña, y la segunda, de real gravedad, con gran fatiga, angustia e hipertermia, de la cual salió con tónicos cardíacos y penicilina. En vista de que la permanencia en cama se le hacía insostenible y para evitar el peligro de nuevas embolias, se le propuso la intervención.

Anestesia local. Extirpación de trozos de la vena safena externa y de su cayado, de algunos paquetes y afluentes de la safena interna y de una comunicante que unía la safena externa con la safena interna. Algunas de las várices estaban trombosadas y otras tenían intensa reacción inflamatoria periflebitica. Después de comprobar que todos los extremos venosos sangraban libremente se procedió a su ligadura. La enferma toleró muy bien la intervención, pero hizo un empuje febril intenso al

día siguiente, cuya causa no pudo establecerse. El cuadro cedió rápida y radicalmente, con penicilina y heperina. Se levantó al 3er. día y luego el post-operatorio fué completamente normal. Las heridas operatorias cicatrizaron normalmente y el edema de la pierna fué retrocediendo, al punto que al cabo de unos veinte días la enferma se podía considerar completamente curada. Desde entonces ella baja diariamente de su apartamento, de un primer piso y hace una vida completamente normal. Este es el único caso de várico-flebitis con embolias que traté quirúrgicamente y donde he podido apreciar un resultado similar al que obtuvo con su interesante caso el Dr. Suiffet.

Dr. Stajano. — Lo realmente interesante es el conjunto de los casos que ha estudiado y el cambio de conducta referente a la várico flebitis y a la trombosis venosa, que con tanto empeño están estudiando los doctores Suiffet y Musso. Evidentemente las cosas que hemos visto son extraordinarias y no eran habituales con los tratamientos anteriores, con los tratamientos clásicos, al punto que esos miembros gigantescos, con edemas crónicos, irreductibles, como verdaderas taras y secuelas irreductibles de muchos procesos venosos corrientes, son cosas que realmente hoy no vemos, evitando que aparezcan y siempre que sean tomadas en el momento propicio. Claro que cuando vienen inmediatamente procesos ya organizados ya de mucho tiempo atrás no es posible hacer el tratamiento máximo eficaz cual es el tratamiento cruento inmediato en el curso de la trombosis.

Con él hemos visto casos realmente espectaculares: abrir la safena o la femoral, aspirar coágulos y reseca trozos de venas para evitar el reflejo veno-motor, determinante del edema. Antes se opinaba en el origen mecánico de la obliteración venosa. En realidad la resección de trozos venosos con la peri vena inflamada, reducen el edema casi de un día para otro.

El proceso del bloqueo del simpático, con la anestesia simpático-lumbar, ya da un índice al cirujano, que va a reducir ese edema quirúrgicamente, suprimiendo las causas: la vena y la perivena inflamada responsables del edema vaso motor, dinámico. Esta serie de observaciones que se van acumulando incesantemente, van a modificar nuestro criterio en esta enfermedad, tan habitual y con tan múltiples complicaciones en la cirugía y en la obstetricia. Me ha enterado el Dr. Suiffet de casos interesantes en el Servicio de Obstetricia donde ha provocado asombro por los resultados inesperados, o mejor dicho, no observados por las tácticas de la gotera, en posición prolongada, el reposo en cama de 40 días, que no evita ni el edema, ni las embolias a repetición por más prudente reposo que se haga. Al contrario favorece las embolias y las complicaciones severas, graves en todos los órdenes. De manera que me place felicitar a los comunicantes en el seno de la Sociedad de Cirugía, porque realmente nos presentan un trabajo de gran aliento y me complazco en felicitarlos por ser los primeros en nuestro medio que hacen este aporte.

Dr. Alejandro Pou de Santiago. — Habíamos tenido ya ocasión de oír algo con respecto a estos interesantes trabajos del Dr. Suiffet, con motivo de las Jornadas de Ginecología de este año. Sabíamos que hacía tiempo que en la Clínica del Profesor Stajano se trabajaba en este sentido. Propusimos a la Comisión Directiva de las Jornadas de Ginecología este tema y pedimos al Dr. Suiffet presentase su trabajo. Realmente fué un comunicado que llamó la atención, no sólo en el ambiente ginecológico nacional, sino también a los ginecológicos argentinos presentes. A raíz de dicha comunicación, el Prof. Infantozzi, con la amplitud de espíritu que lo caracteriza, invitó al Dr. Suiffet a que hiciera demostraciones prácticas de estos métodos en la Clínica Obstétrica de su dirección. En lo que va del año, mejor dicho de estos dos últimos meses, hemos tenido en la Clínica casos realmente espectaculares; espectaculares en cuanto a los resultados y espectaculares en cuanto a la modificación total de la conducta terapéutica seguida. El Dr. Suiffet seguramente los relatará en alguna otra oportunidad, y tal vez los publique en su tesis. Son cuatro casos distintos, tratados todos ellos del punto de vista funcional: un caso con "flegmasia alba dolens" típica, un caso con várico-flebitis con embolias a repetición y 2 casos con una várico-flebitis tratadas quirúrgicamente, y todos ellos con resultados realmente brillantes. Realmente en el ambiente ginecológico y obstétrico, estos métodos van a ser motivo de un progreso evidente, como dice muy bien el Dr. Stajano y ya aquello casi clásico de que "flegmasia alba dolens" era igual a 40 días de cama se modificará totalmente. Creo que si los hechos confirman lo que dice el Dr. Suiffet realmente los enfermos que sufren de esa flebitis van a tener un diagnóstico distinto. Felicito al Dr. Suiffet.

Dr. Prat. — La interesante comunicación de los Dres. Suiffet y Musso, nos ponen bien de manifiesto los excelentes resultados que puede obtener la cirugía en estos casos de tromboflebitis o flebo trombosis de los miembros inferiores. La fuente común de estas embolias, son las cardiopatías o las flebitis de los miembros inferiores; el cirujano tiene que conocerlas para poder tratarlas en forma correcta y contrariamente a lo que se ha hecho, en la práctica, empleando una inmovilización prolongada, que según algunos autores, admiten hoy día que favorece más la flebotrombosis o la tromboflebitis. Disponemos actualmente de un elemento fundamental de exploración, que nos ha permitido progresar y que permite al cirujano establecer bien la situación del émbolo o la situación de la lesión para poderla tratar en debida forma. Me refiero a la flebografía, que hoy día se ha generalizado bastante. En nuestra Clínica, hace tiempo que nos venimos ocupando de este asunto y esta flebografía nos da datos importantes, fundamentales.

Muchos casos de várices que parecen no tener importancia, se demuestra en ellos con flebograftas bien hechas, que hay obliteración de flebotrombosis o tromboflebitis de los miembros inferiores; lo mismo se comprueba en la elefantiasis, que muy a menudo se debe a la oblitera-

ción de las venas del miembro. Como medio de contraste más conveniente para la flebografía empleamos el Nosilan. Hay que establecer que si se quiere visualizar las venas profundas del miembro y tener datos interesantes para localizar la obliteración de las venas profundas, hay que hacer la inyección por la safena externa. Está establecido categóricamente en los trabajos de Leriche y todos los que han estudiado esta cuestión, que esa inyección hay que hacerla por la safena externa que es la que permite visualizar el sistema venoso profundo, porque por la safena interna se visualiza sólo el sistema de la safena interna o la femoral arriba.

La lectura e interpretación de la flebografía es a veces muy difícil, porque la constricción de los músculos pueden dar la impresión de que hay un obstáculo; por eso hay que saber leer muy bien estas radiografías.

Otro dato que tiene también importancia en la interpretación es que donde desembocan dos o tres venas colaterales en el tronco principal, desaparece la sombra opaca, y parece una obliteración, cuando en realidad no hay tal obstrucción por trombo sanguíneo. Estas dificultades semiológicas con un poco de experiencia se resuelven perfectamente y esta exploración nos ha permitido modificar nuestra práctica: antes inmovilizábamos estos enfermos días y semanas, hoy día vamos rápidamente a la intervención quirúrgica con un diagnóstico preciso y no tenemos inconveniente en resecar el cayado y aun mismo la femoral si está trombosada y extender la resección más arriba o más abajo del cayado con resultados muy buenos.

Por medio de la flebografía, podemos establecer el sitio donde hacer la resección venosa y hemos visto, que al resecar la femoral, como en el caso del Dr. Suiffet, ha habido un edema más pronunciado en los días siguientes, pero que en dos o seis días desaparece y si realizamos una flebografía post operatoria vemos con qué facilidad se hace la circulación complementaria por las venas de las regiones vecinas; región de los abductores, glúteos, venas pelvianas y se hace una reconstitución circulatoria excelente como lo demuestra este enfermo que acabamos de ver.

Quiere decir pues que estamos en un momento de cambio fundamental de la terapéutica de estas lesiones flebíticas de los miembros y sobre todo en su relación con las complicaciones.

Los Dres. Suiffet y Musso nos presentan un caso de brillante resultado: producida la embolia, la suprimen con la ligadura de la vena femoral y se cura el enfermo. Demuestran que estando obliterado el sistema profundo, en un enfermo que está haciendo esputos hemotoicos y en inminencia de hacer una embolia, le hacen la ligadura y resección y el paciente cura perfectamente. Quiere decir que una gran cantidad de cirujanos están adoptando ya esta práctica terapéutica con muy buenos resultados como también hemos tenido ocasión de hacerlo en nuestra Clínica, pero no en casos de embolias pulmonares, sólo en las trombosis, trombo flebitis y flebo trombosis. Felicítamos a los autores de esta comunicación, por ese brillante resultado.

Dr. Stajano. — Me permite aclarar: ligadura y resección en algunos casos; en otros, aspiración de trombos intravenosos del cabo superior y yo le decía a los Dres. Musso y Suiffet que se debía aspirar a su vez del cabo inferior. En realidad, esta aspiración del cabo inferior tiene que ser útil, puesto que hay una serie de coágulos no organizados que pueden ser suprimidos. Al no hacerlo se organizan "in situ".

Dr. Suiffet. — En primer término, quiero agradecer todas las elogiosas y bondadosas manifestaciones de las personas que han hecho uso de la palabra. Nosotros en este asunto hemos trabajado durante varios años, y no hemos hecho más que poner en práctica algunos hechos consignados en la literatura, que nos habían impresionado favorablemente por los resultados que consignaban.

Además de agradecer a todos, quiero hacerlo al Dr. Stajano, no sólo por los conceptos de este momento, sino por su amplitud como profesor y Jefe de Servicio. El nos ha permitido que realizásemos ciertas intervenciones que aparentemente, cuando se desconocían sus resultados, parecía que eran una cosa verdaderamente tremenda en nuestro medio, puesto que estábamos acostumbrados a hacer el tratamiento ultra conservador. Las primeras experiencias nos fueron dando ánimo y hemos podido con el tiempo, ir afinando las indicaciones y los detalles técnicos. Así vimos que los resultados confirman completamente todo lo que las publicaciones extranjeras han demostrado: que el tratamiento quirúrgico da muy buenos resultados en la etapa aguda de los procesos trombóticos.

Lo que el Dr. Karlen ha manifestado, es un hecho de un valor extraordinario porque pone de manifiesto dos cosas: 1º que las trombosis superficiales de los miembros inferiores son capaces de dar embolias; concepto que evidentemente nosotros no lo teníamos antes, de acuerdo con la experiencia que habíamos adquirido y con las enseñanzas que habíamos recibido. Eso que el Dr. Karlen ha dicho está consignado en todos los trabajos.

La trombosis del sistema venoso superficial es capaz de producir la muerte por embolia pulmonar y eso hay que grabarlo bien, dado el sistema venoso superficial es mucho más abordable quirúrgicamente que el sistema venoso profundo. En 2º término, la intervención quirúrgica es la terapéutica de elección en esos casos. Si esa enferma que el Dr. Karlen operó obligado por las circunstancias, a 3 meses del tratamiento por inmovilización, hubiera sido intervenida en el primer momento, como creo que es la terapéutica que se debe realizar, no hubiera tenido ninguna embolia y se habría levantado a los dos o tres días. No lo digo como crítica a la conducta de la persona que trató a la enferma. Se que el Dr. Karlen se hizo cargo del caso luego de aparecidas las embolias pulmonares. Lo hago notar como utilización de este hecho del punto de vista científico.

Otro elemento a tener en cuenta en la trombosis de los sistemas venosos superficiales, es que muy a menudo no son más que la manifes-

tación de una trombosis del sistema venoso profundo, y como táctica quirúrgica se debe realizar la exploración del sistema venoso profundo cuando se interviene una trombosis alta del sistema superficial. Eso que Welch y Faxon hacen notar es un hecho evidentemente real. Este enfermo que nosotros hemos mostrado, que corresponde a nuestra comunicación anterior, fué operado por una várico flebitis; al abordar el cayado de la safena vimos que la trombosis llegaba a la femoral. Se liberó ésta de la vaina del paquete, se hizo una venotomía, se aspiraron los trombos y se seccionó la femoral entre dos ligaduras.

De manera que como principio de táctica, todo enfermo que tenga una trombosis alta del sistema venoso superficial debe ser explorado su sistema venoso profundo; en la safena externa ir a la poplitea y en la interna a la femoral.

Puede suceder que una intervención incompleta a nivel del sistema venoso superficial se vea invalidada por una embolia fatal originada en el sistema venoso profundo. Nosotros como conducta, en las trombosis, várico flebitis, o várico trombosis extensas del sistema superficial, abordamos siempre los cayados de las safenas correspondientes, de acuerdo con la localización de la trombosis y exploramos el sistema profundo. Si éste está indemne, nos limitamos al superficial y luego con la seguridad de que el sistema venoso profundo está libre, seguimos la terapéutica por la movilización inmediata, desde la mesa de operaciones para evitar la trombosis de estasis que puede ser fatal. Nuestra experiencia en estos asuntos era limitada al campo quirúrgico y ginecológico del Servicio del Profesor Stajano. Gracias a la deferencia del Prof. Infantozzi y del Dr. Pou de Santiago, hemos tomado contacto con las complicaciones venosas de la obstetricia, y hemos podido observar que en ellas, tienen aplicación las mismas normas de conducta que nosotros realizábamos en las trombosis post operatorias o en las de los enfermedades médicas.

También insistimos mucho siempre, en la posibilidad de las embolias pulmonares solapadas, es decir en el cuadro pulmonar agudo que no tiene la sintomatología clásica de la embolia. En el estudio del embolismo pulmonar se ha progresado mucho hoy día. No es sólo aquel cuadro clásico que habíamos conocido en nuestra época de estudiantes, sino que está demostrado que mucha sintomatología del post operatorio corresponde a embolias que pasan inadvertidas. Eso lo hemos podido comprobar. Este enfermo que hemos mostrado y que corresponde a nuestra comunicación anterior, ingresó a una sala de Cirugía con dolor intenso de fosa ilíaca derecha. En ese momento no se encontró causa de ese dolor y como apareció un cuadro pulmonar agudo pasó a una sala de Medicina. Allí se encontraron un cordón safeno indurado e hicieron diagnóstico de várico flebitis y por eso fuimos consultados. Nosotros pensamos que tenía una embolia pulmonar y la exploración comprobó una trombosis fémoro-ilíaca. En concreto: algunos cuadros pulmonares del post operatorio pueden corresponder a pequeñas embolias pulmonares; eso es una cosa que hoy sabemos y que es necesario insistir.

Respecto a la flebografía, nosotros no la hemos empleados en la etapa aguda del proceso. Algunos errores ya nos ha hecho cometer la flebografía en secuelas de tromboflebitis y esto nos ha decepcionado un poco. En la próxima sesión vamos a traer dos observaciones de enfermos en que la flebografía mostraba que tenían obstruido su sistema profundo. La exploración operatoria de la femoral, mostró un sistema indemne de trombosis. Eso que es un hecho que está dicho en todas partes: la posibilidad de error en la interpretación y resultados de la flebografía. En el momento actual, aquellos que eran muy entusiastas de la flebografía, prácticamente la reducen sólo a los casos de duda. No es para ellos un procedimiento de rutina, dada la dificultad de técnica, de interpretación y los errores a que puede dar lugar. Nosotros no tenemos experiencia en las etapas agudas, porque no la hemos realizado, pero vamos a traer esas placas para que se vea el error a que nos llevó la flebografía, en dos casos de secuelas trombo flebíticas.

