
SEÑOR PRESIDENTE. — Tiene la palabra el Dr. Walter Suiffet.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Profesor Dr. Carlos Stajano

LA TROMBOSIS DE LAS VARICES DE LOS MIEMBROS INFERIORES

Dres. Walter R. Suiffet y Romeo Musso

Consideraciones generales.

Las venas varicosas del miembro inferior pueden sufrir el proceso de trombosis aguda.

Juegan un papel fundamental en su producción:

—la lentitud circulatoria;

—las lesiones parietales venosas.

La lentitud circulatoria es uno de los elementos fisiopatoló-

gicos habituales en los varicosos. Los gruesos troncos insuficientes, tienen como patrimonio funcional fundamental, la incapacidad circulatoria de retorno. En ellos la sangre circula lentamente, estableciendo estasis y remansos propiciadores de la iniciación de la trombosis.

Las lesiones parietales existen siempre. En un primer término encontramos las lesiones propias de la afección varicosa. Pero las más importantes son las lesiones flebíticas, que se observan fundamentalmente en los enfermos portadores de lesiones tróficas, verdaderas puertas de entrada a la infección. La linfangitis indiscutible de estas lesiones, conduce la infección a la pared venosa. Hay así una linfangitis parietal y una flebitis que llevan a la trombosis. Esta puede aparecer en zonas alejadas de la lesión puerta de entrada o en su vecindad.

Los enfermos portadores de gruesas lesiones tróficas y ulcerados, tienen por debajo de ellas, el tronco o una rama importante de la safena interna. Este sector venoso es habitualmente presa de la trombosis por el camino de la linfangitis y la periflebitis séptica. De allí la trombosis puede ascender, llegar a sectores más alejados y penetrar aun en los troncos profundos.

Las condiciones de aparición de la trombosis son diversas. La propician:

- los traumatismos directos sobre los troncos venosos;
- los traumatismos en zonas alejadas;
- el simple reposo en el lecho, aun a consecuencia de afecciones triviales;
- el post operatorio;
- el puerperio;
- la terapéutica esclerosante;

siendo por último necesario decir que frecuentemente aparece en forma espontánea sin causa evidente de producción.

Es fácil comprender como actúan estos factores sobre un factor venoso comprometido en su anatomía y en su funcionalidad.

Del punto de vista anatómico existe:

- un proceso de flebitis parietal;
- un proceso de trombosis aguda.

El proceso de trombosis puede existir con mínima o nula

participación parietal. Correspondería esta forma a la descrita por Ochsner y De Bakey con el nombre de *flebotrombosis*. Primarían en su producción la lentitud circulatoria y las alteraciones bioquímicas hemáticas.

El proceso de trombosis puede ser producido por, o estar acompañado de una intensa lesión parietal. Esta forma es una auténtica *tromboflebitis*, pudiendo ser secundaria a la trombosis primitiva o a la infección parietal de tipo linfangítica.

A la primera forma la designamos *Varicotrombosis* y a la segunda *Varicoflebitis*, terminología que expresa el proceso y su tipo anatómico.

Esta distinción es exacta, pero es fundamental expresar que ambas formas anatómicas pueden coexistir en el mismo tronco. Por encima de una zona de tromboflebitis varicosa puede extenderse hasta alturas insospechadas una trombosis blanda, o trombosis roja sin la presencia de la más mínima lesión parietal.

En su evolución, el proceso de trombosis asciende a lo largo del tronco safeno, por una coagulación sanguínea progresiva difícil de detener espontáneamente luego que se inicia la trombosis. La zona alta corresponde a la trombosis blanda, más reciente, con mínimas lesiones parietales.

En su evolución la trombosis puede llegar a la altura del cayado que hace el tronco superficial cuando se vuelca en el profundo y aun penetrar en el sistema profundo.

Hemos observado la cabeza del trombo en situación cercana al cayado, a pocos centímetros de él; en la unión safeno femoral, asomando dentro de la luz del vaso profundo y lo que es aún más importante, la trombosis femoral producida a consecuencia de la propagación de la trombosis superficial al sistema profundo.

Estos hechos anatómicos son de capital importancia y son fundamentales en la orientación del diagnóstico y la terapéutica, porque surge de ellos el concepto que la trombosis de los territorios superficiales, tratada por métodos conservadores puede propagarse al sistema profundo.

Este hecho bien documentado justifica la adopción de una conducta terapéutica más activa y dirigida a evitar esta nefasta posibilidad.

Expresión clínica de la trombosis varicosa.

La trombosis varicosa se caracteriza por síntomas que permiten su diagnóstico. La superficialidad de los troncos enfermos es el mejor aliado del diagnóstico en etapas iniciales.

Se observa:

—*Dolor provocado*, o espontáneo y provocado sobre el trayecto varicoso enfermo;

—*Tumefacción* perceptible por la inspección y palpación, de extensión variable. Esta tumefacción es irreductible. Los paquetes varicosos se hacen algo más consistentes y no desaparecen al realizar la palpación suave. En algunos casos, es este el único signo de la trombosis que comienza.

—Participación de los planos superficiales con enrojecimiento y edema circunscripto a la zona que está sobre la vena trombosada. En algunos casos, la tumefacción inflamatoria difusa hace imposible la palpación del tronco venoso que se halla por debajo.

Por lo general no hay edema difuso en el miembro y en casos excepcionales puede verse discreto edema en el dorso de pie o en las regiones pre y retro maleolares. Aun con extensión grosera de la trombosis en el territorio safeno, esta localización es pobre en manifestaciones edematosas.

Las razones son lógicas:

—la obstrucción venosa aun extendida, no crea trastornos a la dinámica circulatoria de retorno. Es una obstrucción que queda limitada al territorio superficial con respeto del profundo;

—la falta de una rica red adventicial vegetativa venosa y peri venosa, dado el aislamiento de la vena safena interna en el tejido celular sin arteria principal a su lado; hace que las reacciones vasomotoras patológicas sean leves o estén ausentes. De ahí que el dolor y el edema estén limitados al foco tromboflebítico, como manifestación directa de la presencia del proceso trombótico local;

—la importancia mínima de la estasis linfática en su ambiente, dada la indemnidad de las grandes vías de drenaje perifemorales e ilíacas.

Cuando una trombosis superficial se acompaña de edema apreciable, deberá sospecharse la localización profunda de la

trombosis. Esta será la causa o la consecuencia de la localización superficial.

Será la causa, en aquellos casos en que la trombosis profunda, al obstruir la desembocadura de las safenas propicie la trombosis de éstas.

Será la consecuencia, en aquellos casos en que la trombosis se ha propagado de la superficie a la profundidad en la forma ya indicada.

Es muy importante por tanto, investigar semiológicamente el estado de los troncos venosos profundos, siempre que haya una trombosis superficial, porque ambos pueden evolucionar en forma simultánea.

Resumiendo diremos:

En toda trombosis superficial hay que investigar la trombosis profunda, aunque aparentemente esté ausente.

Toda trombosis superficial que evoluciona con edema ostensible, tiene seguramente junto a ella, una trombosis profunda.

Como formas clínicas extremas observamos:

—*una forma flebítica - Varicoflebitis* con periflebitis, dolor, tumefacción, rubor y aun participación linfática inflamatoria (linfangitis, adenitis);

—*una forma trombótica - Varicotrombosis*, con poco dolor, sin periflebitis ni rubor local, con tumefacción casi indolora;

—*una forma mixta*, donde ambos tipos anatomo clínicos se asocian a distintas alturas del tronco afectado.

La complicación embólica es excepcional en las formas a localización superficial pura. Puede observarse cuando llega la trombosis a la unión con el sistema profundo, pero siempre que ha aparecido la complicación embólica, deberá investigarse la trombosis en el territorio profundo.

No hemos observado embolia pulmonar en nuestros 16 casos de trombosis varicosa.

Los casos donde aquella había existido el enfermo tenía asociada una trombosis profunda que había pasado inadvertida.

Tratamiento.

La trombosis de los territorios venosos superficiales varicosas deben ser sometidas a tratamiento quirúrgico inmediato.

En esa forma:

—evitaremos la propagación de la trombosis al territorio profundo;

—evitaremos la siempre latente posibilidad de embolias;

—evitaremos la posibilidad de trombosis profunda asociada, dado que permite la movilización inmediata del enfermo, con lo cual se activa el régimen circulatorio profundo;

—evitaremos el reflújo y la estasis sanguínea, factores que favorecen la extensión de la trombosis. La resección del cayado hace desaparecer la insuficiencia valvular con sus consecuencias: el reflujo, la lentitud circulatoria y la estasis sanguínea;

—tratamos una gran parte o el todo de la afección causal: las várices. Al resecar el cayado, se realiza una intervención preventiva de la propagación ascendente y profunda de la trombosis y una intervención etiológica sobre la afección causal;

—si además de la resección del cayado, se practica, cuando es posible, la extirpación del foco trombovenoso, habremos realizado el tratamiento completo de la afección causal: las várices; y de su complicación: la trombosis.

Dejamos absolutamente de lado a la inmovilización como método terapéutico. La consecuencia directa de este método es la extensión de la trombosis y su propagación a territorio profundo. Debe ser desterrada como medio de tratamiento.

Los anticoagulantes podrían emplearse y ser efectivos impidiendo la extensión de la trombosis, pero quedaría siempre latente el problema de la recidiva, dada la persistencia de la enfermedad causal. Esta tendría que ser tratada quirúrgicamente a posteriori, de modo que habría que ir indefectiblemente a la intervención.

Creemos más oportuno hacerlo en la etapa aguda, pues es simple y evita ulterioridades al enfermo, y no le crea a éste ningún riesgo.

Permite además, en los casos que hay indicación, la exploración del sistema profundo, lo que constituye una ventaja apreciable sobre otros métodos terapéuticos.

La interrupción quirúrgica se deberá realizar siempre a la altura de los cayados safenos.

En esa forma:

—se respeta la premisa que debe primar en el tratamiento

quirúrgico de la trombosis venosa: *interrupción en vena sana y libre de trombosis*;

—se puede explorar el tronco profundo si existe indicación de ello;

—permite la resección total del cayado y todas sus ramas con lo cual se hace tratamiento causal.

El primer aspecto es indiscutible. El abordaje más bajo, realizado inmediatamente por encima de la zona aparente de trombosis, nos puede conducir a un tronco con una trombosis roja de escasa expresión clínica. En ese caso la interrupción es imposible y la operación está invalidada por un hallazgo indebidamente imprevisto.

Si el abordaje a la altura del cayado nos demuestra que la trombosis ha llegado a la zona de unión safeno femoral o poplítea, estamos capacitados para continuar la intervención descubriendo y explorando el tronco profundo.

Las indicaciones de realizarlo surgirán de los hallazgos anatómicos.

En el caso de trombosis de la safena interna, acostumbramos a exponer ampliamente el cayado y sus ramas como tiempo inicial. Seccionadas todas ellas, tendremos a la safena liberada totalmente. Una pequeña venotomía transversa, a unos 5 centímetros de la unión safeno femoral permitirá reconocer si la trombosis llegará a ese nivel. Si no la hay, la interrupción se realizará simplemente en la unión safeno femoral, terminando así la intervención.

Si aparece trombosis a ese nivel, realizamos una pequeña venotomía transversa en la safena interna, en la zona cercana a su desembocadura. Si a ese nivel no hay trombosis se termina la intervención con la interrupción por encima de la venotomía. Si hay trombosis, es necesario descubrir el tronco femoral común desde la arcada crural hasta la unión femoral profunda y femoral superficial y explorar si existe trombosis en él. Esto se puede realizar por la venotomía hecha en la vena safena interna, a la manera de Kühlenkampff, aspirando la cabeza del trombo en su entrada en la femoral, conservando la integridad de ésta. Sin embargo, cuando hay trombos en la femoral, hecho que se reconocerá por el aspecto macroscópico y por la palpación, creemos

más acertada la acción directa sobre este tronco, con venotomía aspiración y resección de un segmento de vena femoral común.

Esta conducta pone a cubierto de ulterioridades desagradables y permite una exploración más correcta.

En el caso de trombosis aislada del sistema safeno externo, hecho poco frecuente, seguimos la misma táctica. Si la trombosis llega al tronco poplíteo, hecho apreciable luego de su exposición, aconsejamos la exploración de la vena femoral sin actuar sobre el tronco poplíteo. La interrupción se realizará en la femoral superficial, si la trombosis no ha llegado a esa altura. Si ha alcanzado la femoral común, la conducta será la habitual en estos casos.

Preferimos esta orientación a actuar sobre la vena poplítea porque la extensión de la trombosis hacia arriba puede desbordar las posibilidades en la zona de abordaje inicial. El abordaje femoral permitirá una acción más lógica y eficiente que dará una mayor seguridad a la terapéutica.

La exploración del sistema profundo nos ha permitido reconocer la trombosis profunda que había sido sospechada por la clínica, pero que no presentaba signos ostensibles.

Es esta una disciplina de incalculable valor, pues pone a cubierto de contingencias graves y permite un correcto tratamiento en cada caso.

Como complemento de la intervención se podrá actuar sobre el foco trombo-venoso en la siguiente forma:

—si hay una colección supurada perivenosa se realizará drenaje simple;

—si hay una trombosis localizada con pocas manifestaciones periflebíticas, se realizará la flebectomía parcial extirpando el sector venoso trombosado;

—si hay intensos fenómenos periflebíticos se hará tratamiento local antiflogístico y general antiinfeccioso y antibiótico;

—si la extensión del foco trombosado es grande no se realizará la extirpación, aun cuando no haya fenómenos periflebíticos intensos. La extirpación obligará a incisiones muy amplias y complicará la intervención.

En estos casos acostumbramos a realizar un vendaje elástico suave en el sector trombosado para favorecer su rápida organización y el colapso venoso en los sectores no trombosados.

* Inmediatamente de realizada la intervención se moviliza el enfermo y se le hace caminar. Corrientemente se observa un alivio franco en el dolor del sector trombovenoso, lo que permite el fácil desplazamiento y la activación de la circulación en el sector profundo.

El postoperatorio es sencillo y los resultados que hemos observado son excelentes. No ha habido empujes nuevos de trombosis, no ha habido nunca localización profunda y la recuperación de los enfermos ha sido inmediata.

Conclusiones:

—La trombosis es una complicación seria de las venas varicosas.

—El riesgo mayor es la producción de una trombosis profunda que tiene una capacidad embolígena y de secuelas mucho mayor que la localización superficial.

—Esta eventualidad se evitará reconociendo la trombosis superficial al comienzo y evitando la inmovilización del enfermo.

—Su expresión clínica puede ser muy ruidosa en las formas de *Varico flebitis* o discreta en las *Varico trombosis*.

—Es necesario investigar siempre la posible trombosis profunda cuando hay una localización superficial.

—El tratamiento que se aconseja es el quirúrgico.

—Se realizará la interrupción venosa en los cayados safeno poplíteo o safeno femoral. Se evita así la propagación profunda y se hace el tratamiento de la afección causal.

—Se investigará el tronco profundo cuando la trombosis haya llegado a sectores muy elevados. Se tratará de acuerdo a las normas habituales.

—Se actuará sobre el foco trombo-venoso de acuerdo a las circunstancias.

—Se movilizará al enfermo inmediatamente de operado.

—Los resultados obtenidos han sido excelentes.

—Estas són las conclusiones que se extraen de 16 casos de trombosis en venas varicosas observadas en un total de 72 casos de trombosis venosa aguda en las venas de los miembros inferiores.

SEÑOR PRESIDENTE. — Tiene la palabra el doctor Cerrutti, de Carmelo.

DOCTOR CERRUTTI. Quiero dejar constancia, antes de leer este trabajo, que encierra pocos conceptos teóricos, porque estimo que los conceptos teóricos están descritos en los libros. De manera que como lo que hemos venido a hacer aquí es a exponer nuestras ideas y nuestra experiencia — y sobre todo a aprender — me he limitado a hacer un trabajo corto sobre lo que he visto y sobre los resultados que he obtenido en algunos enfermos tratados.

ULCERAS DE LA PIERNA. CIRUGIA

Dr. Norberto Cerruti
(Carmelo)

Como base para encarar este trabajo tomaré solamente en cuenta los enfermos tratados durante cuatro años y medio en Juan Lacaze y un año en Carmelo, prescindiendo de los diez años de ejercicio en Montevideo.

He tratado 39 úlceras de pierna; 24 con tratamiento médico y 15 con tratamiento quirúrgico, éste con resultados excelentes.

Las úlceras eran de *pierna, tobillo y pie*; las de pierna sobre todo en el tercio inferior, cara interna; en menor número en la cara externa y dos cabalgando sobre la cresta de la tibia y en consecuencia abarcando las dos caras. En el tobillo a nivel del maléolo interno y en el pie sobre el dorso. Los enfermos eran de ambos *sexos*, aunque predominando en mujeres, particularmente obesas y de cierta edad, la mayoría de condición modesta: obreros, cocineras, choferes, etc. A veces úlcera solitaria, otras veces doble y aun mismo en número de tres y cuatro. Como factor etiológico dominante, el *tropovaricoso*; en un número reducido factor *específico* y ambos combinados. El trauma, sobre todo pequeño, está casi siempre en causa y la infección, a piógenos o a hongos, es frecuente. Por tratarse de pueblos laboriosos y trabajadores, uno esencialmente fabril, el otro agrícola, he comprendido bien las repercusiones sociales y económicas de los ulcerados de piernas, sujetos que viven más para su pierna que para sí mismo o la sociedad; son enfermos que han entrado lentamente en un complejo de inferioridad por su limitado rendimiento en el trabajo y el convencimiento de la incurabilidad de su afección. Obligados a guardar reposos continuados, ganan pocos jornales, so-