

ANTICOAGULANTES EN CIRUGIA

Discusión

Sr. COORDINADOR. De acuerdo con lo que establece el Reglamento, hay una parte que se refiere a preguntas y a discusión del tema. Los comunicantes están a la orden de los que pregunten y posteriormente los asistentes pueden discutir el asunto.

Dr. ABO.—En primer lugar, quiero felicitar a los que han participado en este simposio tan completo y tan documentado sobre el uso de los anticoagulantes en cirugía.

Nosotros intervenimos en esta discusión porque tenemos alguna experiencia con el uso de los anticoagulantes en la cirugía a corazón abierto, que hemos realizado conjuntamente con los doctores Sanjinés y Rubio.

Hemos operado ocho enfermos con el auxilio de la máquina corazón-pulmón artificial de los doctores Crafoord, Senning y Adstrasson. Hemos operado varios tipos de defectos cardíacos: comunicación interauricular, canal atrioventricular común, comunicación interventricular y Fallot. Usamos la heparina de la manera como aconsejan los que han trabajado en estos problemas: a razón de 4 miligramos por kilo de peso, dando la primera dosis en el momento en que se introduce la cánula arterial —la primera mitad— y la segunda mitad en el momento en que se introduce la cánula en la cava. Al terminar la intervención neutralizamos la heparina con sulfato de protamina en cantidades que han sido especificadas en esta reunión. No hemos tenido problemas de hipotensión con el uso del sulfato de protamina. Tenemos la precaución de administrarlo lentamente y diluido en suero. Por otra parte, el problema de la hemorragia en el postoperatorio no lo hemos tenido en una forma que nos haya sido gravosa en el resultado estadístico de estos casos. Desde luego, en las primeras veinticuatro horas los enfermos sangran más que en cualquier otra intervención de tórax, pero nunca más de un litro; de manera que, es posible reponer esas pérdidas sin compromiso del estado vascular del enfermo.

Otro aspecto que quiero comentar, que se relaciona con este problema, es el que se refiere a una enferma que fue operada a corazón abierto y con hipotermia de una estenosis valvular pulmonar, y que hizo una importantísima hemorragia en las primeras veinticuatro horas; sangró más de un litro y medio. En esas condiciones se hicieron algunos estudios de laboratorio —que, por supuesto, no fueron todo lo correctos que hubiéramos deseado—y en esa situación de angustia utilizamos en primer término sangre fresca, pensando que

con ella se pudieran administrar algunos de los factores que entran en juego en el mecanismo de la coagulación, con resultado infructuoso. Posteriormente —gracias a la amabilidad del doctor Delfino, del Instituto de Fisiología— le inyectamos 2 gramos de fibrinógeno intravenoso, y a los dos minutos otros 2 gramos. En ese momento cesó la hemorragia y todo entró en orden. Por supuesto, que este producto no puede ser usado indiscriminadamente, pero en esta oportunidad lo usamos de esa manera. Deben estudiarse de un modo perfecto cuáles son los factores que entran en juego en la producción de esta hemorragia y no usar el fibrinógeno, droga tan cara y tan escasa, en forma indiscriminada. Nosotros, al haber fracasado con el uso de sangre fresca, que lleva todos los productos de la coagulación, nos creímos en el derecho de usar el fibrinógeno, que felizmente cumplió con lo que esperábamos.

Dr. PALMA.— Queremos felicitar al profesor Larghero y a los otros integrantes de esta magnífico aporte que hemos oído esta mañana, que han puesto a punto todo el problema de la fisiopatología de la coagulación, la clínica y el tratamiento con drogas anticoagulantes en las enfermedades tromboembólicas.

Refiriéndonos al problema de la trombosis venosa, queremos decir cuál es el pensamiento de la clínica quirúrgica a nuestro cargo. En general, no hacemos oposición entre la terapéutica quirúrgica y la terapéutica con anticoagulantes. Debemos señalar que en los casos de tromboflebitis o flebotrombosis del sistema venoso superficial es esencial, desde luego, el acto quirúrgico. Este, como ya se ha dicho, tiene dos finalidades: una, la de impedir la embolia y, la otra, la de efectuar la extracción de coágulos, lo cual es sumamente importante, puesto que al aspirar los coágulos, central y periféricamente, se abren una gran cantidad de venas anastomóticas y comunicantes, con lo que se facilita la mejor evolución del síndrome postflebítico. Luego de la ligadura, en los casos en que está indicada, siempre hacemos la terapéutica anticoagulante para evitar la recidiva y, sobre todo, la propagación a la profundidad, o sea, que una lesión primeramente superficial se haga combinada con una lesión profunda.

En las lesiones de flebotrombosis y tromboflebitis profundas también es sumamente útil el uso conjunto de la terapéutica quirúrgica y las drogas anticoagulantes. Acá el acto quirúrgico también tiene dos finalidades. Una, desde luego, en aquellos casos en que hay embolias a repetición, en que consideramos que la ligadura venosa —además de la medicación anticoagulante— es el elemento fundamental para evitar que se produzca una repetición de la embolia, y puede ser salvadora de una vida o de graves complicaciones. Es una intervención que se puede hacer con anestesia local; se trata de ligar la poplítea, a veces la femoral, la ilíaca o la cava. Se hace anestesia local con el fin de movilizar rápidamente al paciente. Además, la intervención quirúrgica tiene como función importantísima la de aspirar los coágulos; en ese sentido, efectuada precozmente, abordando la vena poplítea, femoral superficial o común, y la ilíaca, etc., representa una facilitación extraordinaria en la evolución postoperatoria del caso y una disminución de las secuelas. Al comienzo, luego de la aspiración de los coágulos hacíamos la ligadura venosa; actualmente, en

los casos en los que hay tromboflebitis sin embolia hacemos la sutura del vaso, seguida de terapéutica anticoagulante prolongada. A la intervención asociamos una terapéutica pre e intraoperatoria con heparina, seguida, después, con los derivados dicumarínicos.

Desde luego, que las ligaduras venosas en las afecciones profundas han dado lugar a temores por la posibilidad de graves secuelas posteriores por rómora circulatoria. En este momento creemos que van a tener problemas menos serios, puesto que ya hemos realizado anastomosis venosas que han disminuido las manifestaciones dolorosas en los síndromes posttromboflebiticos. Los casos en los que hemos utilizado las anastomosis venosas por trasplante no habían sido tratados desde el punto de vista quirúrgico previamente.

Dr. VENTURINO.—Sobre la ligadura de las venas profundas en los casos incipientes de la tromboembolia profunda, nosotros, al no tener mayor experiencia, tenemos que basarnos en los números, que constituyen un dato importante. Parece lógica la ligadura del tronco profundo, pero cuando una estadística —que se refiere a un gran número de casos en los que se hizo ligadura de las venas profundas— demuestra que después de realizadas las ligaduras el número de embolias que aparece es cinco veces mayor que el embolismo que se produce en los casos corrientes sin operación. Como se ve, esas son cifras contundentes que hacen un poco temerosa la ligadura de las venas profundas.

Está demostrado que ligar una vena profunda de ninguna manera pone a cubierto de los riesgos de repetición de la embolia, porque, por ejemplo, si se liga la vena ilíaca izquierda puede aparecer un tromboémbolo en el lado derecho; porque, además, puede aparecer por encima de la ligadura, en la vena renal o suprarrenal, o el tromboémbolo puede originarse en el corazón derecho. Por otra parte, por la manipulación un coágulo puede embolizarse y repetir el proceso.

De manera que, sin tener una experiencia importante del asunto creemos que esos datos son un poco desorientadores con respecto a hacer una ligadura en las venas profundas.

Dr. LARGHERO.—Quiero referirme a algunas cosas.

Primero, voy a hacer algunas referencias con respecto a la exposición del Dr. Abó sobre su experiencia en la cirugía a corazón abierto, sobre la dosis de la heparina y a no temer a los efectos hipotensores del sulfato de protamina. Nosotros no tenemos experiencia en esa cirugía en el corazón humano, pero recientemente me he preocupado de ver cómo se hace en otras partes del mundo. En todas partes se usa 1 miligramo de heparina por kilo de peso. En la Mayo Clinic, cuando se trata de niños de cierta edad, para el momento en que se va a retirar la cánula el anestesista tiene a la mano un frasco de 250 c.c. de suero fisiológico y 4 miligramos de adrenalina, y un frasco con Levofed,* para prevenirse de los posibles riesgos de la hipotensión a consecuen-

Marca registrada.

cia del uso del sulfato de protamina. Se da la heparina cuando se pone la primera cánula —además la sangre viene heparinizada a la dosis de 1 miligramo— y se da la protamina cuando se saca la última cánula, pero en ese momento el equipo está pronto para tratar la hipotensión. Nosotros nos mantenemos en la cifra de 1 miligramo de heparina por kilo de peso. En la cirugía experimental hacemos esto.

Lo que decía el Dr. Palma en parte ya ha sido contestado por el Dr. Venturino, pero debo aclarar que nosotros no hacemos oposición entre una cosa y otra. Lo que sí, hemos dicho, es que lo fundamental en una tromboflebitis varicosa es ligar el cayado, pero deben usarse anticoagulantes, porque tenemos experiencia de embolias en las tromboflebitis varicosas. Debo señalar, además, que la ligadura no pone a cubierto de las embolias, porque como se sabe muy a menudo son bilaterales; si se liga de un lado la embolia puede salir del otro; otras veces resulta que se ligan los dos lados y la embolia no sale de los miembros inferiores, sino de otra parte.

Nosotros dijimos que traíamos una experiencia. Yo podría citar las cifras de los últimos meses en nuestra clínica: en veintidós meses se hicieron 1.119 operaciones, solamente hubieron 6 flebotrombosis profundas, de las cuales solamente 2 embolias, y se aplicó ese criterio de la terapéutica anticoagulante: en ninguno de los casos se hicieron ligaduras. De modo que, nosotros seguimos fieles al tratamiento con drogas anticoagulantes sin desechar totalmente la eventualidad de tener que hacer una ligadura en algún caso. Pero creemos que aplicarla sistemáticamente no constituye un elemento de seguridad, sino que puede ser un riesgo. Mientras resolvamos los problemas con los anticoagulantes seguiremos con esa táctica.

Agradezco a todos la atención prestada a este tema y espero que él despertará el interés de los cirujanos y de los médicos para continuar en el uso de estas drogas que, como dijimos al comienzo, constituyen las drogas del porvenir.

Dr. SOTO BLANCO.—No se puede dejar pasar una sesión de esta naturaleza sin pedir un aplauso para todos los ponentes; no al maestro que ya es maestro, sino a todos esos jóvenes que son la promesa de la cirugía del Uruguay.