

TRATAMIENTO DE LOS SINDROMES POSTROMBOTICOS PROFUNDOS POR INJERTOS Y TRASPLANTES

Dres. *EDUARDO PALMA* y *R. ESPERON*

El tratamiento de los síndromes postflebíticos es un problema difícil y de resultados inciertos en muchos casos.

La observación de muchos enfermos tratados con diversas técnicas que continuaban con sufrimientos, las comprobaciones clínicas y los hallazgos operatorios fueron los que llevaron a idear otros tratamientos.

Así pudimos comprobar que en ninguno de nuestros casos operados se había producido recanalización y, por el contrario, todos mostraban trombosis con obstrucción total de las venas profundas, oscilando el período de evolución de uno a catorce años. En algunos casos éstos estaban sustituidos por un cordón fibroso; en otros, una vena engrosada, de paredes fibrosadas totalmente trombosadas, decreciendo paulatinamente esta trombosis distalmente, hasta llegar al sitio normal de la vena.

Los documentos flebográficos preoperatorios que tenemos de estos enfermos, confirman estos hallazgos operatorios.

Con esta comprobación fue que se plantearon otras soluciones a este problema. Partiendo de la base de que su fisiopatología era una hipertensión venosa por obstáculo, se trató de derivar esa sangre venosa, dándole otra vía de salida; así fue que se ideó el trasplante contralateral de vena safena interna, realizado por el Prof. Palma, que fue el que efectuó este tratamiento por primera vez.

Posteriormente, para ciertos tipos de obstrucción (femoral superficial), se hizo el trasplante homolateral de vena safena interna (profundización de safena).

Finalmente, con la evolución de la técnica y los conceptos, la experiencia adquirida y la observación de los resultados, fue que se llegó al injerto libre, que es, creemos, lo más conveniente, técnica que también ha sido desarrollada en la Clínica de los autores.

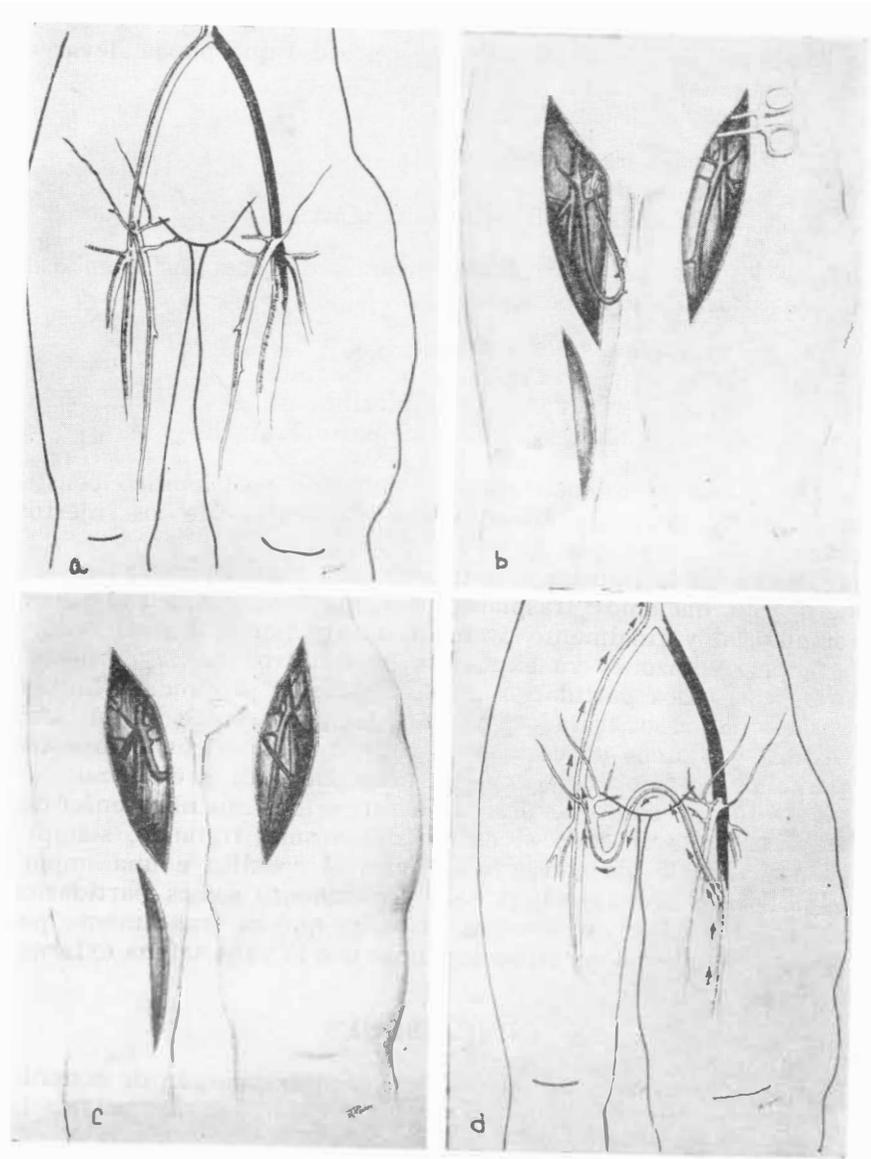


Fig. 1.—a) Esquema mostrando trombosis ileofemoral izquierda. b) Se ven las incisiones realizadas en ambos muslos y la vena safena ya preparada siendo pasada por el túnel suprapúbico. c) El trasplante ya anastomosado. d) Esquema mostrando como se realiza la circulación con el trasplante contralateral.

TRATAMIENTO

Debemos primero insistir que el *tratamiento profiláctico* es de fundamental importancia en todo proceso que puede llevar a una trombosis profunda.

El mismo debe consistir en:

- a) Movilización precoz.
- b) Anticoagulantes.
- c) Antibióticos en los procesos sépticos.

En segundo término, si nos encontramos con una trombosis ya constituida, somos partidarios de:

- a) Exploración operatoria.
- b) Flebotomía y extracción de coágulos.
- c) Sutura de la vena. Restablecimiento de la circulación.
- d) Anticoagulantes durante el postoperatorio.

En tercer término, frente al síndrome postflebítico constituido, en el momento actual somos partidarios de los injertos libres.

Como ya lo indicamos anteriormente cronológicamente, primero sólo hacíamos trasplante contralateral, después también homolateral y finalmente preferimos los injertos libres.

Por las razones ya expuestas de nuestros hallazgos operatorios, no somos partidarios de las ligaduras profundas. La observación de casos tratados con estas técnicas, realizados en otras clínicas y algunos pocos casos de nuestra experiencia, muestra resultados operatorios sin ningún beneficio para el enfermo.

En lo que respecta al sistema safeno del miembro enfermo, procedemos de acuerdo al estado del mismo, tratando, siempre que sea posible, de conservarlo, pues él constituye una importante vía de drenaje sanguíneo. Únicamente somos partidarios de su extirpación, en aquellos casos en que es francamente patológico. El mismo criterio adoptamos con la vena safena externa.

INDICACIONES

Las indicaciones de las distintas técnicas, surgen de acuerdo al estudio clínico y radiológico del paciente. La manometría la hemos utilizado sólo en el acto operatorio.

I) *Injertos libres*

a) En el momento actual creemos que es la indicación más conveniente para cualquier tipo de obstrucción del sistema venoso.

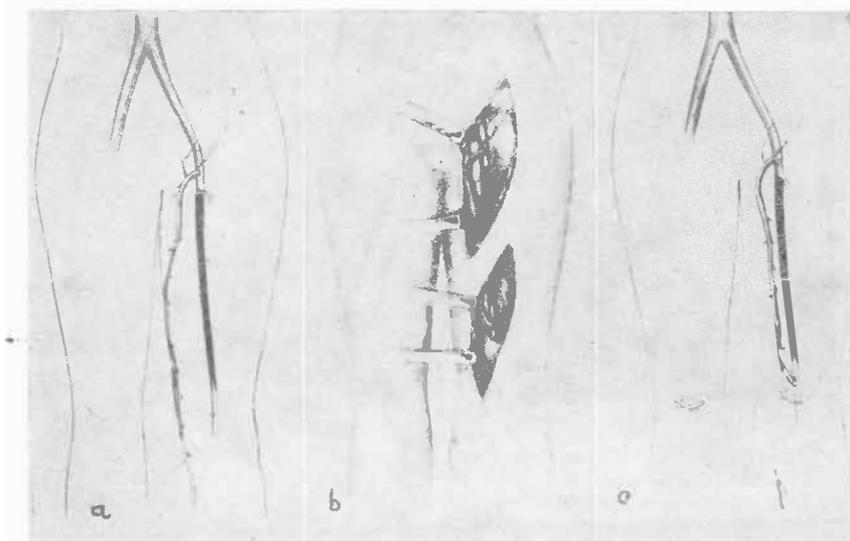


Fig. 2.— a) Preparación de la vena safena homolateral. b) Cómo se efectúa la profundización de la misma. c) Esquema mostrando como se realiza la circulación después de efectuado el trasplante homolateral.

b) El injerto femoroilíaco externo lo indicamos en el síndrome postrombótico de la vena femoral. Si efectuado el injerto y la presión venosa no desciende a cifras normales, colocamos un nuevo injerto paralelo al anterior (ver fig. 3).

c) El injerto poplíteo ilíaco externo lo indicamos en el síndrome postrombótico de la vena femoral superficial y común. Como el anterior, puede ser único o doble.

d) El injerto fémorocavo (con abordaje extraperitoneal de la vena cava), lo indicamos en el síndrome postrombótico de la vena ilíaca externa y primitiva. También puede ser único o doble.

e) El injerto femoroilíaco común (abordaje extraperitoneal) está indicado en las obliteraciones ilíacas externas.

II) Trasplantes

a) *Trasplante homolateral*: Actualmente no somos partidarios de su realización, debido a que, como veremos en el estudio de los resultados, las tres observaciones que tenemos con esta técnica no han aportado mejoría evidente en los pacientes.

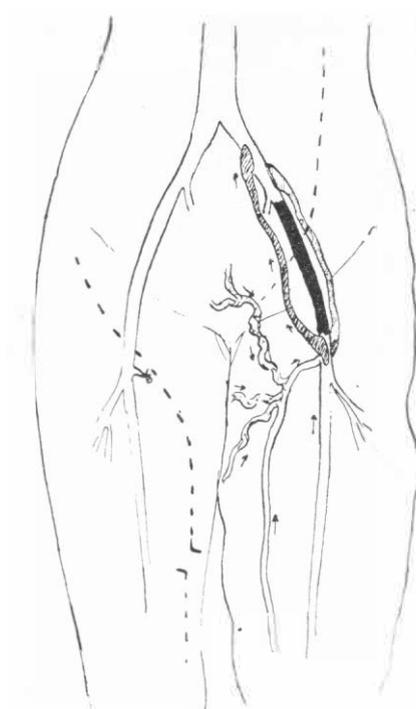


Fig. 3.— Esquema mostrando como se realizan los dos injertos libres en una trombosis íleo-femoral.

b) *Trasplante contralateral:* Lo indicamos en el síndrome postrombótico de la vena íliaca externa o primitiva, pero con mal estado general del enfermo u otra afección que contraindique la anestesia general.

TECNICA

Las técnicas aquí descritas fueron ideadas, realizadas y publicadas por primera vez por el Prof. Palma.

A) *Trasplante contralateral*

El trasplante contralateral de vena safena interna, consiste en utilizar esta vena del lado sano y anastomosarla a la vena femoral del lado enfermo, por debajo del sitio de la obstrucción. De esta manera hacemos que la sangre del lado enfermo derive hacia la femoral e íliacas del lado sano, disminuyendo en esa

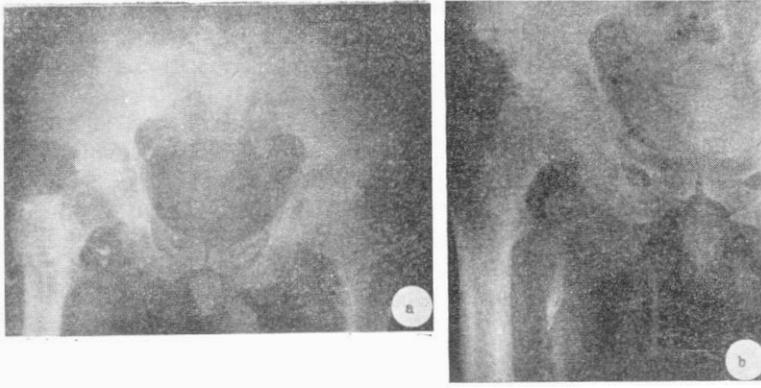


Fig. 4. a) Flebografía preoperatoria por punción trocantérea en un enfermo con síndrome postflebítico por obstrucción femoroilíaca. Se observa la circulación colateral y ausencia de vena femoral común e ilíaca. b) El mismo enfermo, flebografía postoperatoria, en la cual se ve el comienzo y parte media del trasplante venoso contralateral.

forma la hipertensión venosa. Es una técnica de fácil realización que tiene la ventaja de poderse realizar con anestesia local, no altera para nada las vías anastomóticas ya establecidas y aporta una solución fisiológica a la hipertensión venosa retrógrada del miembro enfermo.

La anestesia es local potencializada. También la anestesia epidural es de fácil realización y bien tolerada.

Realizamos una primera incisión en el triángulo de Scarpa del miembro enfermo, para descubrir los vasos profundos, explorarlos y confirmar la obstrucción y la extensión de la misma (fig. 1 a).

Una segunda incisión en el triángulo de Scarpa del lado sano, para descubrir la vena safena y comenzar su preparación, que consiste en quitarle la adventicia y ligar sus colaterales, exceptuando los afluentes del cayado.

Realizamos la medida de la longitud de la vena safena ya liberada y, si con el largo obtenido no es suficiente para llegar al sitio subyacente a la obstrucción, efectuamos una segunda incisión a nivel de la zona del canal de Hunter del lado sano y proseguimos la liberación de la vena safena hasta la pierna (fig. 1 b).

Se efectúa un túnel suprapúbico con instrumento romo o con el extremo de ambos índices, uniendo las dos incisiones de los triángulos de Scarpa (fig. 1 b, c). Se pasa la vena safena

hacia el lado enfermo, cuidando que no se produzcan estiramientos ni rotación de la misma, llevándola hasta por debajo del sitio de la obstrucción femoral. En este momento se inyecta por vía parenteral anticoagulantes (heparina), dejando la sangre incoagulable. Se coloca clamp en la vena femoral, se procede a la flebotomía y a la anastomosis de la vena safena con esta vena femoral, anastomosis término lateral.

Se sueltan los clamps, se comprueba el funcionamiento del trasplante, se toma la presión que se compara con la presión observada antes de haber realizado el trasplante. Confirmándose siempre por lo menos un descenso de 3 a 4 cm. H₂O en esta segunda toma.

Se continúa después con anticoagulantes por vía general, por un plazo de un mes.

B) *Trasplante homolateral*

Consiste en utilizar la vena safena del mismo lado del miembro enfermo, en aquellos pacientes en los cuales había obstrucción de la vena femoral superficial. El extremo distal de la vena safena liberada se anastomosa a la vena femoral por debajo del sitio de la obstrucción (fig. 2 c). En esta forma la vena safena efectúa un verdadero puente del sitio obstruido. Pero tiene el defecto de reducir el drenaje venoso superficial del miembro. Actualmente no empleamos más el procedimiento.

C) *Injertos libres*

La preparación de la vena safena del miembro sano se realiza en la misma forma que la descrita anteriormente. Se efectúan las incisiones necesarias, de acuerdo al sitio de la obstrucción en el miembro enfermo. Exploración y preparación de las venas profundas por encima y por debajo del sitio obstruido. Se coloca la vena safena, anteriormente preparada, como injerto libre en forma de puente; se toma la presión venosa, y si ésta no ha descendido en forma apreciable, se coloca un segundo injerto libre, también con vena safena.

RESULTADOS

I) *Trasplante contralateral*

Se han tratado 11 casos con esta técnica, en enfermos cuyas edades oscilan entre 27 a 54 años. El plazo transcurrido entre el episodio agudo de su trombosis y el momento de la operación, oscila entre uno y catorce años.

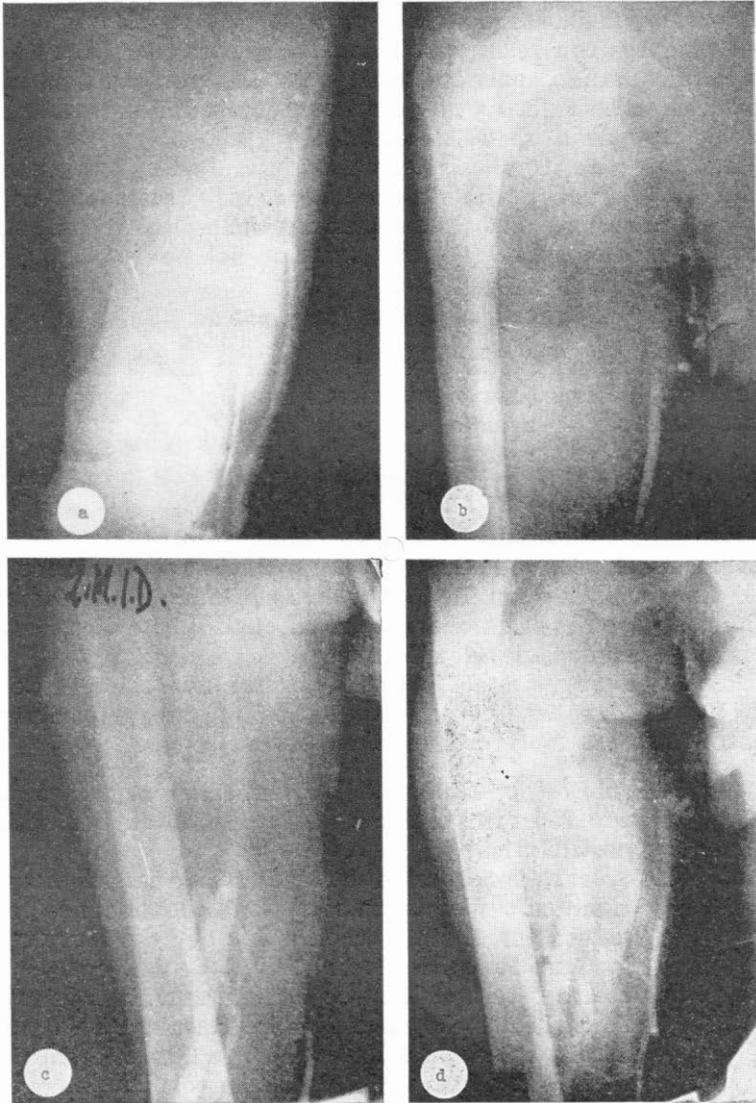


Fig. 5.— a y b) Flebografía preoperatoria de un síndrome postflebítico por ligadura de vena femoral común, se observa la dilatación de la vena safena y la ausencia de relleno de las venas femorales. c y d) Flebografía postoperatoria que muestran el injerto libre colocado en el sitio de la vena femoral funcionando normalmente.

En 6 casos el resultado ha sido bueno, con desaparición de las úlceras, desaparición casi total del edema y reintegración a sus tareas en forma total.

Corresponde a un 55,6%.

Tres casos con resultados regulares, persistencia del edema, aunque disminuido, pueden realizar tareas, pero acusan cierta pesadez en el miembro y mejoran con el decúbito.

Corresponde a un 27,2%.

Dos casos de trombosis tardía del trasplante. Uno de ellos postintento de flebografía de control; el otro, mejorado de sus lesiones tróficas, realizaba tareas en las cuales tenía que portar pesos llevándolos sobre la parte anterior del pubis.

II) *Trasplante homolateral*

Hemos realizado en 3 casos esta técnica. Las edades oscilan entre 27 y 40 años. Los resultados han mostrado poca mejoría clínica, pero sin agravación del paciente.

III) *Injertos libres*

Los hemos realizado en 4 casos. Edades entre 30 y 45 años. En 3 casos, el resultado ha sido muy bueno, con una mejoría total. Corresponde a un 75%. Un caso de muerte por hemorragia a las cuatro horas de operada, en el cual hubo fallas de vigilancia en el control de la enferma.

Recientemente, en el 7º Congreso Latinoamericano de Cirugía Vasculare realizada en Méjico, varios autores mejicanos presentaron trabajos sobre esta técnica (Palma).

- a) El Profesor de Angiología, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, con 250 casos del trasplante venoso en el síndrome postflebítico.
- b) "Trasplante venoso en el tratamiento de la secuela postflebítica". Veinte casos tratados con buenos resultados: por el Dr. Francisco Rangel, del Hospital de la Cruz Roja Mejicana.
- c) "Valoración terapéutica de los trasplantes venosos". Dres. Carlos González, Ramiro Hernández Salgado y Efraín Toledo, del Hospital de la Raza. Ciento cuarenta operados con 85 casos controlados por más de dos años.

Estos autores hicieron estudios comparativos de los resultados del tratamiento por esta técnica y por otras, y nombraron a un equipo de médicos ajenos a los actos quirúrgicos realizados, para que juzgaran objetiva y comparativamente. Se llegó a la conclusión de la superioridad del tratamiento por trasplante.

COMPLICACIONES

- a) *Hemorragia*: Un caso a las cuatro horas de operado.
- b) *Trombosis*: Dos casos tardíos. Ambos en trasplante controlateral.
- c) *Linforragia*: En los 7 primeros casos de trasplante. Posteriormente no.
- d) *Infección*: En 4 casos. Infección de la herida, sin consecuencias.

BIBLIOGRAFIA

1. LERICHE, R. Thrombectomies dans la phlébo-thrombose. "Le Progrès Médical", 419-432; 1949.
2. OLIVIER, C.— "Maladies des veines. Diagnostic et traitement". Paris, Masson. 1957.
3. MARTORELL, F.— "Tromboflebitis de los miembros inferiores". Barcelona, Salvat, 1943.
4. BAUER, G.— Venographic study of thrombo-embolic problems. "Acta Chir. Scand.", suppl. 61: 75; 1940.
5. BAUER, G.— Early diagnosis of venous thrombosis by means of venography and abortive treatment with heparin. "Acta Med. Scand.", CVII: 136-147; 1941.
6. BAUER, G.— Observations on technique of phlebography. "Acta Radiol.", XXVI: 577-588; 1946.
7. ARNULF, G. et BUREAU DU COLOMBIER, H.— Valeur de la thrombectomie dans les phlébites récentes. "Presse Méd.", LIX: 1546-1548; 1951.
8. MAHORNER, H.— A new method of management for thrombosis of deep veins of extremities; thrombectomy, restoration of lumen and heparinization. "American Surgeon", XX: 487-498; 1954.
9. MAHORNER, H.; CASTLEBERRE, J. W. y COLEMAN, W. O.— Tentativas para restaurar la función de venas principales afectadas de trombosis masiva. "Anales de Cirugía", II, 3: 456-467; 1957.
10. FONTAINE, R.— Remarks concerning venous thrombosis and its sequelas. "Surgery", XLI: 6; 1957.
11. HALLER, J. A.— Thrombectomy for acute iliofemoral venous thrombosis in the postpartum period. "Sur. Gyn. and Obst.", CXII: 75-81; 1961.
12. PALMA, E. C. y GIURIA, F.— Liberación fémoro-poplíteo. "Bol. Soc. Cir. del Uruguay", XXX, 3-4: 145-154; 1959.
13. KUNLIN (LERICHE, R.).— Le rétablissement de la circulation veineuse par greffe en cas d'obliteration traumatique ou thrombo-phlébitique. Greffe de 18 cm. entre la veine saphene interne et la veine iliaque externe. Thrombose après trois semaines de perméabilité. "Mém. Acad. Chir.", LXXIX: 109; 1953.

14. SAUVAGE et WESOLOWSKY.—Anastomoses and graft in venous system with special reference to growth changes. "Surgery", XXXVII: 714; 1955.
15. HOLMAN, C. W. and STEIMBERG, G. Treatment of superior caval occlusion by arterial graft (preliminary report). "J. A. M. A.", 1955, 1403; 1954.
16. PALMA, E. C.; RISI, F.; DEL CAMPO, F. y TOBLER, H.—"Tratamiento de los trastornos postflebiticos mediante anastomosis venosa safenofemoral controlateral". Sociedad de Cirugía del Uruguay.
17. PALMA, E. C. y ESPERON, R.—Tratamiento del síndrome posttromboflebitico mediante trasplante de safena interna. "Angiología", XI: 87; 1959.
18. PALMA, E. C. and ESPERON, R.—Vein trasplants and grafts in the surgical treatment of the postphlebitic syndrome. "The J. of Cardiovascular Surgery", I: 3-15; 1960.
19. CERJNO, M.; MCGRAW, J. Y. and LUKE, J. C.—Autogenous vein graft replacement of thrombosed deep veins. Experimental approach to the treatment of the postphlebitic syndrome. "Surgery", LV: 1; 1964.
20. WARREN, R.; GOMEZ, R. L.; MARSTON, J. A. P. and col. Femoro-popliteal arterioesclerosis obliterans-arteriographic patterns and rates of progression. "Surgery", LV, 1: 135; 1964.
21. CONNOLLY, J. E.; HARRIS, E. J. and MILLS, W.—Autogenous in situ saphenous vein for bypass of femoral-popliteal obliterative disease. "Surgery", LV, 1: 144; 1964.
22. ARDAO, H. A.—Los resultados de la operación de Linton en el tratamiento de las secuelas postflebiticas de los miembros inferiores. "Bol. Soc. Cir. Uruguay", XXX: 5-6; 1959.