

## RESIDENCIA SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL «JUAN CANALEJO»

*Director: Dr. Alves*

*(La Coruña)*

### TROMBECTOMIA PRECOZ EN EL TRATAMIENTO DE LA FLEBOTROBOSIS ILIO-FEMORAL Y EN LA PREVENCIÓN DEL EMBOLISMO PULMONAR

Por los Dres. ELÍAS TOVAR, FRANCISCO SOBRIDO y PEDRO DÍAZ

La embolia pulmonar constituye un episodio desgraciado en el post-operatorio, así como en otros procesos patológicos, que obligan a un período de reposo prolongado.

Es innegable que la puesta en marcha de una serie de medidas, que se han hecho rutinarias, en los medios quirúrgicos, han disminuido en gran manera su frecuencia, pero, no obstante, su morbilidad es aún considerable, por lo que todo intento de disminuir su presentación nos parece justificado, dada la gravedad y dramatismo que suele acompañar a esta complicación.

Entre las muchas causas determinantes del embolismo pulmonar, la flebotrombosis del sector femoro-iliaco, constituye uno de los esenciales capítulos y, ello por el doble motivo, de ser éste un proceso frecuente y dar lugar a formas graves de embolia pulmonar. En otro orden de cosas, es éste un proceso, que abandonado a su suerte, da lugar a secuelas irreparables para el miembro afectado.

Por todas estas razones, desde hace unos años, hemos estudiado flebográficamente estos pacientes y hemos tratado la trombosis de este sector, quirúrgicamente, tal y como lo haríamos en una trombosis arterial. La sonda de FOGARTY ha facilitado mucho la técnica quirúrgica, simplificando y dando eficacia al método.

Desgraciadamente, no son muchos los enfermos que acuden o son enviados al cirujano, en un período precoz, lo que justifica que nuestra estadística y, en general, las estadísticas publicadas, no sean muy numerosas.

#### MATERIAL Y METODO

Cuarenta y tres enfermos afectados de flebotrombosis de los miembros inferiores fueron sometidos a estudio flebográfico, a través de una vena dorsal del pie y con tortor supramaleolar, con la finalidad de excluir los sistemas safenos. Ninguna complicación se derivó de este estudio, ni consideramos que la exploración agravase la evolución de la enfermedad. Las únicas complicaciones habidas fueron locales, quemaduras en el dorso del pie, consecutivas a la inyección fuera de la vena, del medio de contraste. Se registraron radiográficamente la pierna, muslo y región ilíaca, prestando preferente atención a estos dos últimos sectores. En algo menos de la mitad de los casos, 18 enfermos, pudo demostrarse, la existencia de trombosis fe-

morales o femoro-iliacas, estando en el resto de los casos confinada la enfermedad a la pierna o al sistema superficial. Hubo en general, una correlación clínico-flebo-gráfica, de tal suerte, que siempre que había edema y dolor en el muslo, la trombo-sis afectada, por lo menos a la femoral superficial. De estos 43 enfermos, 20 fueron sometidos a intervención quirúrgica, del siguiente modo: si el estado del enfermo lo permite, verificamos dos incisiones, una femoral, transversa o vertical, a nivel del triángulo de ESCARPA y otra abdominal, paralela al arco crural, la que por vía extraperitoneal, da total acceso al sector iliaco y permite el control de la vena cava. En algunos casos, el mal estado del enfermo nos indujo a verificar la tromboextracción con una incisión femoral y con anestesia local. Aunque no podemos hacer referencia a todos los detalles técnicos, el proceder fue la mayor parte de las veces como sigue: exposición de la femoral común, superficial, profunda y confluyente safeno, por medio de una amplia incisión inguinal, lo que al explorar visual y digitalmente estos vasos, confirma el diagnóstico. En este momento y antes de realizar maniobra alguna, incisión abdominal extraperitoneal, con el objeto de exponer el sector iliaco y la vena cava, verificando su control, como maniobra previa a la apertura femoral. Incisión longitudinal a nivel de la femoral común, de 3 a 5 cms. y extracción con pinza forceps, de los émbolos, primero hacia arriba y después distalmente, verificando una movilización cuidadosa de todos los trombos a veces adheridos a la pared venosa. Succión con sonda, lavado heparínico y utilización de catéter de FOGARTY, casi siempre necesario. Cierre cuidadoso de la incisión venosa con seda de 5/0 y drenaje sistemático, por el seroma, en general considerable, debido a la heparinización sistemática. En algunas ocasiones fue necesaria la apertura iliaca y en otros, la exposición de la femoral superficial en su segmento distal, con el objeto de complementar la intervención. En tres casos y ante la des-obstrucción incompleta de la femoral superficial, se procedió a su ligadura, por debajo de la profunda. En los casos en que la trombosis afecta a la safena interna, ésta es extirpada en su trayecto femoral, por medio de dos o tres incisiones.

Diez enfermos fueron operados con este método, dos solamente incisión femoral y, sin control superior, y en ocho se extirpó la safena interna, por hallarse afecta de trombosis. De éstos, en seis, en unión de la tromboctomía femoral o iliaca, y en dos, como único tratamiento, por hallarse confinada la enfermedad a este sector.

No tuvimos que lamentar ninguna embolia pulmonar, ostensible clínicamente y, las complicaciones infecciosas fueron numerosas, seis enfermos, siguiéndole las hemorrágicas, cuatro enfermos.

Excluyendo los dos casos de error diagnóstico, por hallarse la enfermedad confinada a la safena interna, el resultado fue muy bueno en diez casos, bueno en tres y mediano en cinco, aunque siempre mejor que los tratados únicamente por métodos clásicos.

## DISCUSION

La flebotrombosis femoro-iliaca constituye un grave proceso, por las graves complicaciones a que pueda dar lugar y entre las que podemos citar las siguientes:

- a) Embolia pulmonar, a veces mortal.
- b) Evolución a una «phlegmasia coerulea dolens».
- c) Originar una gangrena venosa.
- d) Dar lugar a un síndrome post-trombótico, con el edema, alteraciones tróficas y claudicación consiguiente.
- e) Siempre constituye un proceso, que aunque bien tratado, inutiliza al enfermo por un tiempo prolongado.

La primera trombectomía venosa fue realizada por BAZY en 1962, a nivel axilar, KULENKAMPT y UNGEN, así como LÄWEN, llevaron a cabo trombectomías en el sector femoral. Los trabajos de FONTAINE, PALMA, CRESCH, DALE, DE WEESE, ARNULF, etc., han sido fundamentales en el diagnóstico clínico, flebográfico, y de la técnica quirúrgica.

El haber tenido que amputar ambas manos a una enferma operada de carcinoma de recto, por gangrena venosa, nos hizo prestar atención a este problema, que consideramos debe tener una mayor difusión su conocimiento, ya que ello puede evitar serias complicaciones y secuelas en estos enfermos.

El principal problema lo constituye el diagnóstico, que debe ser lo más precoz posible, si queremos que los resultados sean satisfactorios. El dolor constituye el síntoma premonitorio de más valor, al que sigue la impotencia del miembro. Una palpación cuidadosa puede ya orientar su localización y el estudio flebográfico completará de un modo concreto el sector afectado. El edema es, desde luego, un síntoma tardío y es deseable hacer el diagnóstico antes de su presentación. En todo caso, su presencia y progresión, son un apremio para la intervención quirúrgica.

Si el proceso se halla localizado en la pierna, creemos que el tratamiento médico es suficiente, ya que existe una red venosa múltiple a ese nivel y es poco verosímil que sus secuelas sean de consideración, y el riesgo de embolia pulmonar es mínimo.

Por el contrario, la afectación de la femoral y de la ilíaca constituye, para nosotros, una urgencia quirúrgica de primer orden. La safena interna, en su sector alto, la consideramos igualmente una indicación formal, si bien en este caso practicamos la venectomía, como ya expusimos en el Congreso Nacional de Cirugía de Santiago de Compostela (1965).

## RESUMEN

De 18 enfermos sometidos a trombectomía fémoro-ilíaca, por flebotrombosis, no tuvimos ninguna complicación embólica, y los resultados fueron muy buenos en diez casos, buenos en tres y medianos en cinco, aunque los consideramos superiores a los tratados médicamente.

Un control venoso por encima del sector afectado es deseable, en la evitación de complicaciones embólicas.

La heparinización efectiva es necesaria, pese a sus inconvenientes locales, seromas, infecciones y hemorragias.

Un diagnóstico precoz es de todo punto necesario, para conseguir resultados satisfactorios.

## BIBLIOGRAFIA

- ARNULF, G.: *Phlébite du membre inférieur, dite d'effort, traité par thrombectomie. (A propos de 3 observations)*. «Lyon Chir.», 61, 901-5, Nov. 1965.
- BAZY, L.: *Trombose de la veine axillaire droite (thrombo-phlébite «par effort»). Phlébotomie. Ablation des caillots. Suture de la veine*. «Mém. Acad. Chir.», 52, 529-33, 1926.
- CREECH, O., Jr.: *The surgical treatment of acute iliofemoral thrombophlebitis*. «Circulation», 33, 8334, June 1966.
- DALE, W. A.: *Chronic iliofemoral venous occlusion including 7 cases of crossover vein grafting*. «Surgery», 59, 117-32, Jan. 1966.
- DE WEESE, A.: *Thrombectomy for acute iliofemoral venous thrombosis*. «J. Cardio. Surg.», 5, 703-12, Nov.-Dec. 1964.
- FONTAINE, R.; TUCHMANN, L.; SUHLER, A.: *Surgical Treatment of deep and recent venous thromboses. Its role methods and results*. «J. Cardio. Surg.», Suppl., 174-89, 5-18, Sept. 1965.
- LÄWEN, A.: *Weitere Erfahrungen über operative Thrombecnentfernung bei Venenthrombosen*. «Archg. Klin. Chir.», 193, 723, 1938.
- PALMA, E. C.; BERCIANOS, C.; LEL CAMPO, F.; SCHIAFFARINO, O.; GOLLER, W.; PERILLO, W.; FERNÁNDEZ, E.: *Cirugía de urgencia de la trombosis venosa aguda*. «Bol. Soc. Cir. del Uruguay», t. XXXIII, 269-302, 1962.
- PALMA, E. C.: *Tratamiento quirúrgico de la tromboflebitis aguda y del síndrome post-trombótico*. VI Congr. Latinoamericano de Angiología, 17-34, Nov. 1962.
- ELÍAS TOVAR: *Gangrène Veneuse Symétrique des deux membres supérieurs*. Présentation d'un cas, XI Congress of the European Society of Cardio-Vascular Surgery, 14 July, 1962. Espagne.
- *Tratamiento Quirúrgico de las tromboflebitis superficiales*. Comunicación al Congreso Nacional de Cirugía de Santiago de Compostela. España. Junio 1965.