

LA LIGADURA VENOSA PROFILÁCTICA

V. SALLERAS

Del Instituto Policlínico de Barcelona

A pesar de todos los esfuerzos terapéuticos llevados a cabo en estos últimos años es un hecho evidente que la trombosis postoperatoria y su eventual secuela, la embolia pulmonar, que en un momento determinado parecía que iban a desaparecer de los servicios quirúrgicos, se han visto de nuevo incrementadas. Resulta difícil precisar sus motivos, pero quizás no sean ajenas a ello la administración de grandes dosis de antibióticos de conocida acción trombosante, las repetidas transfusiones de sangre en el pre, per, y postoperatorio modificando el tiempo de coagulación, la práctica de intervenciones de gran envergadura técnica, la avanzada edad de los pacientes como resultado del alargamiento de la duración media de la vida, y aún, para terminar, la precisión en el diagnóstico.

Para dar una idea de la magnitud del problema clínico planteado por las trombosis venosas, creemos interesante recordar los hallazgos de FOWLER, quien señala en exámenes necrópsicos un 50 por ciento de trombosis en las venas profundas de pacientes encamados, mientras afirma que el 30 por ciento de todas las muertes son debidas a embolia pulmonar.

HOMANS, por su parte, asegura que del 1 al 2 por ciento de todas las operaciones van seguidas de trombosis, la mitad de las cuales se complican con embolia pulmonar y el 20 por ciento de éstas va seguida de muerte.

Estos datos, que se repiten una y otra vez en las diversas estadísticas, son de por sí bastante elocuentes para comprender que todo lo que se intente para reducirlos al máximo ha de influir poderosamente en el resultado final de una terapéutica quirúrgica bien planeada. Y no ha de extrañar, por lo tanto, que la preocupación nacida de cara al tratamiento de la complicación establecida, se extienda a su profilaxis. Sigue siendo mejor evitar que curar, y a conseguirlo se dirigen los actuales esfuerzos en el dilatado campo de la trombosis venosa.

Levantamiento precoz. — El factor que parece dominante en la patogenia

de las tromboflebitis y flebotrombosis (cuya diferenciación clínica tiene cierta importancia en el orden terapéutico) lo constituye el estasis circulatorio. Para combatirlo se ha echado mano de múltiples procedimientos que no vamos a revisar en su totalidad. En el momento actual, lo útil y lo práctico en la lucha contra el retardo de la corriente sanguínea, es el levantamiento precoz. En general es posible levantar a un enfermo operado, salvo en casos especiales, entre las 24 y las 48 horas que siguen a la intervención; en muchas ocasiones incluso dentro de las doce primeras. No es ahora la ocasión de hacer consideraciones de orden técnico sobre la calidad de las suturas empleadas para el cierre de la pared abdominal, pero sí podemos adelantar que la sutura metálica perdida abarcando en un sólo plano peritoneo, músculos y aponeurosis reúne a nuestro entender inmejorables condiciones para permitir al enfermo la movilización activa fuera de la cama, sin peligro para la integridad de su herida operatoria. En general el levantamiento precoz es bien tolerado y salvo en individuos pusilánimes fácilmente aceptado.

Sin embargo, a pesar de las esperanzas depositadas en este proceder y de la indudable mejoría que con él se obtiene en la evolución de la enfermedad postoperatoria, con el rápido restablecimiento del peristaltismo intestinal, con acortamiento del plazo de recuperación del enfermo, el hecho es que, a la luz de investigaciones cuidadosas, poco se ha obtenido en definitiva en la profilaxis de la trombosis venosa. Así MC CANN en un estudio reciente llega a la conclusión de que el levantamiento precoz poco o nada modifica el porcentaje de trombosis postoperatorias que sigue manteniéndose alrededor de un 2'5 por ciento; porcentaje que se mantiene cuando el levantamiento es semiprecoz, o sea, cuando el enfermo abandona la cama de los 3 a los 7 días que siguen a la intervención. Tampoco se altera la frecuencia de embolia pulmonar que sigue alrededor de un 1'5 por ciento.

No es de extrañar pues que el mismo CHALIER, que sentó los pilares fundamentales de este procedimiento, dejara anotado en sus conclusiones que «por bueno que sea un método profiláctico, que ha sido ensayado desde tanto tiempo, no puede cortar el paso a la totalidad de complicaciones venosas; deja siempre que se filtren una pequeña cantidad que parecen benignas o se comportan como tales, a condición de que sean despistadas y tratadas desde sus signos iniciales».

Anticoagulantes. — Otro método preventivo que adquiere cada día mayor auge a pesar de sus inconvenientes es el uso de los anticoagulantes. Este procedimiento, que en el orden terapéutico es de un valor incalculable, no parece que en el profiláctico reúna tantas ventajas. Hay que valorar siempre el peligro de hemorragia potencial que su administración encierra, exagerada como es lógico en aquellos enfermos en que la intervención ha obligado a amplios despegamientos en los que la hemostasia suele ser difícil y queda abandonada en cierta parte a los recursos naturales que el uso de anticoagulantes podría

perturbar. De hecho la administración postoperatoria de heparina o dicumarol no es aconsejada antes de las 24 ó 48 horas siguientes a la intervención, dejando por lo tanto un margen suficiente para que la complicación quede establecida. A despecho de sus peligros, como decíamos, su uso se va extendiendo a expensas de un minucioso control de las variaciones del tiempo de coagulación y de protrombina, en razón de los beneficios que con ellos se obtienen, y que han permitido rebajar en un 50 por ciento no sólo la frecuencia de trombosis sino asimismo la presentación de la embolia pulmonar. Aunque hay autores, como BARKER y MARTORELL, que creen que no está justificada la administración sistemática de anticoagulantes por razón de su peligrosidad, y que sólo deberían ser reservados para aquellos enfermos que presenten gran riesgo de trombosis por su enfermedad, constitución o tipo de operación practicada.

Ligadura venosa profiláctica. — Pero es precisamente en este tipo de pacientes, a los que se añaden los individuos de edad avanzada y aquéllos cuyo tratamiento exige un encamamiento prolongado, en los que ALLEN, LINTON y otros propugnan la ligadura bilateral de la vena femoral a título profiláctico.

Si el método es llevado a la exageración, como parece deducirse sobre todo de los trabajos de ALLEN, hay que considerarlo impropio y peligroso; pero, si responde a indicaciones lógicas y formales, no cabe duda de que nos hallamos ante un procedimiento de indudable valor, especialmente en ciertos casos en que por la edad, intervención a practicar, plazo de reposo en cama y sobre todo por los antecedentes clínicos, sea verosímilmente de temer una complicación trombótica.

La edad favorece la trombosis de tal forma que en la estadística de McCANN el 80 por ciento de complicaciones de esta índole se presentaron en pacientes de más de 50 años.

La operación a que deba someterse el enfermo debe ser tenida en cuenta al plantear el plan terapéutico; se ha demostrado que las grandes intervenciones de cirugía abdominal y pelviana, la esplenectomía y en general todos los laparotomizados tienen cierta propensión a la trombosis venosa, más todavía si el acto quirúrgico requiere la colocación del enfermo en posición de Trendelenburg, en la que suele estar materialmente colgando de sus pantorrillas, con la consiguiente compresión de las venas profundas de la pierna y posibilidad de trombosis de las mismas.

Hay por otra parte lesiones traumáticas, casi siempre fracturas que precisan de reposo prolongado en posición adecuada para favorecer el estancamiento venoso (fracturas de fémur sometidas a tratamiento por extensión continua) e intervenciones de tipo ortopédico que obligan a una dilatada inmovilización en cama.

Es en estos casos en los que se ha preconizado con criterio uniforme la li-

gadura venosa profiláctica, apoyándose en el peligro de los anticoagulantes, sea inmediato, sea lejano, como resultado de una administración excesivamente prolongada.

Es posible que si ulteriores resultados confirman los obtenidos inicialmente, esta eventualidad quede solventada con el empleo de la asociación α -tocoferol-calcio preconizada por OCHSNER y colaboradores. Con ella se aumenta el nivel de antitrombina en sangre (la antitrombina circulante podría ser el α -tocoferol normalmente presente en las fracciones alfa y gama globulinas de la sangre). La antitrombina tiene sobre el resto de anticoagulantes la gran ventaja de que al mismo tiempo que evita la trombosis no origina hemorragias y por tanto su administración puede iniciarse durante el mismo acto operatorio y prolongarse inocuamente por tiempo indefinido.

No es por lo tanto tampoco en este tipo de enfermos en los que creemos que la ligadura venosa profiláctica tiene porvenir. A nuestro criterio sólo está justificada, pero que de una manera formal, decisiva, en aquellos individuos que presentan o han presentado una afección venosa de sus extremidades inferiores; concretamente en los varicosos y en los que han sufrido, anteriormente a la intervención que se propone, un proceso flebítico; y aun en estos casos practicaremos la ligadura sólo en las extremidades afectas.

Mejor que teorizar sobre sus ventajas e inconvenientes, será reseñar unos cuantos casos seleccionados entre los que hemos vivido u operado, en los que las ventajas del procedimiento contrastan con los inconvenientes de su omisión en casos similares.

CASO NÚM. 1. — Nicolás S. G. — Tumoración cecal. Varices pierna derecha. Colectomía derecha. A los 5 días flebitis derecha que se resuelve con heparina. Vendaje de cola de cinc. Edema residual.

Comentario. — En este enfermo, portador de un tumor cecal reseado y de unas varices en la pierna derecha, se presentó a los cinco días del postoperatorio una flebitis de las venas profundas de la pierna que respondió bien al tratamiento con anticoagulantes. Quedó como secuela un edema residual que se contuvo con un vendaje de cola de cinc. A juzgar por otros casos vividos la ligadura profiláctica hubiera hecho innecesario el tratamiento heparínico.

CASO NÚM. 2. — María P. R. — Colelitiasis. Varices pierna derecha. Colectectomía. A los 7 días varicoflebitis derecha. Ligadura de la safena interna. Curación.

Comentario. — También en este caso la ligadura profiláctica hubiera evitado el eventual peligro de la extensión de la flebitis. La ligadura de la vena superficial pudo en esta enferma resolver el problema a entera satisfacción.

CASO NÚM. 3. — Antonio R. T. — Úlcera duodenal. Varicoflebitis pierna izquierda. Gastrectomía. Ligadura de la safena interna y de la femoral superficial. Curso postoperatorio normal. Curación.

Comentario. — En este enfermo que presentó una varicoflebitis antes de la intervención, la ligadura de la safena interna y de la femoral superficial nos puso a cu-

bierto de cualquier riesgo postoperatorio. Se ligaron la safena interna a nivel del cayado y sus colaterales, además de la femoral, para actuar terapéuticamente sobre sus varices.

CASO NÚM. 4. — Antonio G. B. — Úlcera duodenal. Antigua flebitis pierna izquierda con signos clínicos de actividad. Gastrectomía. Ligadura de la femoral superficial izquierda. Curso postoperatorio normal. Curación sin edema residual.

Comentario. — En el momento de su ingreso presentaba signos clínicos de flebitis latente con signos de HOMANS y OLOW positivos y dolor a la palpación en triángulo de Scarpa. Se descubrió la vena femoral superficial que se encontró trombosa por debajo de la desembocadura de la femoral profunda. Ligadura doble y sección entre ellas por encima del trombo.

Este enfermo era un candidato a la progresión de su trombosis venosa. No cabe duda que la ligadura salió al paso de la posible complicación. Es interesante señalar que a pesar de la ligadura no se presentó edema residual de pierna.

CASO NÚM. 5. — María Ll. P. — Neoplasia de recto. Flebitis antigua bilateral con edema y dolor de tipo postflebítico. Resección de recto. Ligadura bilateral de la iliaca externa. Curso postoperatorio normal. No aumentó el edema, mejorando por el contrario la sintomatología de la pierna derecha.

Comentario. — Otro caso en que es posible la progresión de la trombosis. Se ligaron las dos ilíacas externas después de comprobar que la trombosis alcanzaba hasta la desembocadura de ambas safenas. Con la ligadura, pese al nivel en que fué practicada, no empeoró su sintomatología previa sino que en la pierna derecha mejoró notablemente.

CASO NÚM. 6. — Carmen E. — Neoplasia recto. Flebitis bilateral antigua. Amputación del recto. A los 5 días flebitis bilateral tratada con antiespasmódicos y frío local. Hirudina. A los 30 días embolia pulmonar típica izquierda. Actualmente bien, con acentuado edema bilateral postflebítico.

Comentario. — Esta observación contrasta notablemente con la anterior, sobre todo por tratarse de casos similares. No hay duda de que la ligadura bilateral previa de la femoral hubiera evitado primero el recrudecimiento de la trombosis y más tarde la embolia pulmonar que presentó. Hay que señalar sin embargo que al no poder ser tratada con anticoagulantes se facilitó la extensión del proceso flebítico.

CASO NÚM. 7. — María C. R. — Mal de Pott. Flebitis izquierda. Injerto ósteo-periostico. Ligadura de la femoral común. Curso postoperatorio normal.

Comentario. — Esta enferma afecta de una flebitis izquierda, toleró perfectamente un largo plazo de inmovilización sin el menor contratiempo, influenciada probablemente por la ligadura venosa que por indicación nuestra le fué practicada días antes del injerto óseo.

Revisando conjuntamente estos casos demostrativos salta a la vista que todos aquellos enfermos con lesiones venosas de sus extremidades a los que no se practicó la ligadura venosa profiláctica sufrieron complicaciones trombóticas que incluso en un caso determinaron la presentación de una embolia pulmonar que afortunadamente pudo resolverse a satisfacción. Mientras que aquellos enfermos con afecciones semejantes sometidos a intervenciones pa-

rejas, a los que se ligó preventivamente la vena femoral, tuvieron un curso postoperatorio absolutamente favorable.

La ligadura venosa fué realizada siempre, excepto en un caso, en el mismo acto operatorio, antes o después de la intervención de exéresis propuesta. La técnica es fácil y se ha practicado indistintamente la sección de la vena o su simple ligadura sin que los resultados ulteriores hablen a favor de uno u otro método.

De la benignidad de la intervención da fe la evolución posterior de los enfermos, que en ningún caso han visto agravadas sus molestias, sino que en la mayoría de ellos ha podido notarse una evidente mejoría y aún, en los varicosos, la curación. Esta observación contrasta poderosamente con la de los pacientes en los que no se llevó a cabo la ligadura, en los que la complicación surgida en el postoperatorio empeoró, por lo menos temporalmente, la lesión que presentaban.

En resumen, creemos sinceramente, que la ligadura profiláctica de la vena femoral superficial, femoral común, ilíaca externa y aún de la cava, como han propuesto algunos autores para ciertos tipos de intervención, es una medida útil, prácticamente inocua, de resultados lejanos satisfactorios, para prevenir la trombosis y la embolia pulmonar en aquellos pacientes que por presentar afecciones venosas de sus extremidades inferiores componen el grupo en que consideramos constituye una indicación precisa tal como los hechos vienen repetidamente a demostrar.

RESUMEN

La trombosis venosa y la embolia postoperatoria continúan siendo complicaciones inesperadas y al parecer inevitables de la cirugía. El levantamiento precoz y el empleo de los anticoagulantes no es suficiente para evitar la embolia. La ligadura venosa profiláctica se ha usado con buenos resultados en aquellas operaciones abdominales que se practicaron en enfermos cuyas venas se hallaban afectas de algún proceso crónico. Las trombosis y embolias postoperatorias se han reducido con esta operación. Se presentan algunos casos de ligadura venosa profiláctica practicada a diferentes niveles.

SUMMARY

Postoperative thrombosis and embolism continues to be one of the unexpected and seemingly unavoidable complications of surgery. Early ambulation and the use of anticoagulants are not sufficient to prevent embolism. Venous interruption has been used prophylactically with encouraging results, on cases of abdominal operations in patients with diseased veins. The morbidity of thrombo-embolic disease is reduced by this operation. Some cases of interruption of veins at different levels are communicated.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALLEN. — «Surg. Gynec. Obst.», 84 : 519 ; 1947.
2. BARKER. — «Minnesota Med.», 27 : 102 ; 1944.
3. FOWLER. — «Angiology», 1 : 257 ; 1950.
4. HOMANS. — Cit. por FOWLER.
5. LINTON. — *Tratamiento pre y postoperatorio*, de MASON y ZINTEL, pág. 314.
6. McCANN — «The New England Journ. of Med.», 242 : 203 ; 1950.
7. MARTORELL. — *Flebotrombosis y tromboflebitis de los miembros*. Ed. Paz Montalvo. Madrid, 1949.
8. SALLERAS. — «Angiología», 3 : 68 ; 1951.