

## EXTRACTO DE REVISTAS

Pretendiendo recopilar los artículos dispersos sobre temas angiológicos, se publicarán en esta sección tanto los recientes como los antiguos que se crean de valor en algún aspecto. Por otra parte algunos de éstos serán comentados por la Redacción, cuyo comentario figurará en letra cursiva.

### **LIGADURA DE LA FEMORAL Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA**

*Quizá ninguna otra rama de la Medicina ha progresado tanto en tan poco tiempo como la Angiología. El descubrimiento de nuevos medicamentos, de nuevos procedimientos de exploración y la ejecución de las intervenciones más audaces la han convertido en una especialidad de moda. Hasta hace pocos años el Cirujano general, en sus conferencias y publicaciones, concedía poca importancia a los temas vasculares. Hoy, en Revistas y Congresos, los temas vasculares figuran con gran profusión y en lugar destacado.*

*Sin embargo, este rápido progreso ha ocasionado que se aceptaran como buenas conductas terapéuticas que actualmente empiezan a ser rechazadas. Este desconcierto terapéutico se debe, por regla general, a una observación poco prolongada de los hechos clínicos.*

*Así ocurre con las ligaduras femorales en la profilaxia y tratamiento de las trombosis venosas. Los norteamericanos, en especial la escuela de A. W. ALLEN de Boston, lanzaron cifras estadísticas abrumadoras sobre el excelente resultado de la ligadura de la femoral. Sus consejos fueron seguidos en muchos centros quirúrgicos. A todo enfermo encamado, por fractura de cuello de fémur, enfermedad médica o pendiente de sufrir una intervención quirúrgica, la ligadura femoral le evitaría los dramáticos episodios embólicos. Aparte de las cifras de enfermos operados de esta manera, tal conducta se apoyaba además en los hallazgos de autopsia. La trombosis venosa se fraguaba en la inmensa mayoría de los casos en las venas de la pantorrilla y esta localización inicial justificaría el nivel de la ligadura.*

*En algunos servicios quirúrgicos tal localización no nos pareció más frecuente que la fémoroilíaca, y practicamos en mucha menor proporción las ligaduras femorales. Poco a poco, en la misma Norteamérica, van apareciendo*

artículos donde se argumenta que la ligadura de la femoral puede no sólo ser inútil como profiláctica sino incluso perjudicial al favorecer la trombosis. Veamos a continuación algunos extractos.

**INTERRUPCIÓN DE LAS VENAS PROFUNDAS DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES COMO PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA TROMBOSIS Y DEL EMBOLISMO** (*Interruption of the deep veins of the lower extremities in the prevention and treatment of thrombosis and embolism*). — ALLEN, ARTHUR W. «Surgery, Gynecology and Obstetrics», vol. 84, n.º 4A, pág. 519; 15 abril 1947.

En este trabajo se llega a las siguientes conclusiones :

1.º La ligadura bilateral de las venas profundas de las extremidades inferiores es un procedimiento seguro y suficiente para prevenir la trombosis y la embolia. Es aplicable particularmente en individuos de edad avanzada y enfermos debilitados que tienen que guardar cama mucho tiempo, y en los que han sufrido un traumatismo en la pierna o región de la cadera. El edema que sigue a la interrupción de la vena femoral superficial normal carece de importancia.

2.º El tratamiento de la flebotrombosis mediante la trombectomía e interrupción de las venas profundas de la extremidad inferior es muy satisfactorio. El diagnóstico precoz permite la sección de la vena femoral superficial por encima de la trombosis. Raramente está indicada la sección a un nivel más alto.

3.º La trombectomía e interrupción de la vena femoral superficial es un procedimiento eficaz de tratamiento en las tromboflebitis recientes. En los pacientes con repetidos infartos, después de realizado éste, se ha de llevar a cabo el tratamiento con anticoagulantes, y en los casos con dolor e hinchazón, después de la interrupción venosa femoral se han de practicar infiltraciones del simpático lumbar.

4.º La sección de la femoral común no es recomendable. Si la femoral profunda está trombosada, al tiempo de practicar la interrupción de la femoral superficial se puede ligar por separado a continuación.

5.º La ligadura bilateral de la vena femoral se debe realizar, puesto que con frecuencia el émbolo mortal se desprende de la vena opuesta aparentemente normal.

6.º La circulación venosa colateral se establece mejor después de la interrupción de la ilíaca primitiva que de la femoral común. En ocasiones, cuando el proceso es unilateral y propagado a la pelvis, la ilíaca primitiva puede ser el punto de elección para la operación.

7.º La ligadura de la cava inferior debe reservarse para los casos con

repetidos infartos pulmonares sépticos. Estos émbolos pueden haberse originado en las venas de la pelvis o haber alcanzado esta región propagándose desde las venas de la pierna. En la tromboflebitis supurada de la pelvis, a la vez que se liga la vena cava se deben interrumpir los vasos espermáticos u ováricos.

8.º No ha habido caso alguno de fallecimiento ni enfermo que haya perdido la extremidad entre los 1.518 tratados por interrupción de la vena femoral en el «Massachusetts General Hospital».

LUIS OLLER-CROSIET

*ALGUNAS OBSERVACIONES FUNDAMENTALES SOBRE TROMBOSIS VENOSA Y EMBOLIA PULMONAR (Some basic observations on venous thrombosis and pulmonary embolism).* — MCLACHLIN, JOHN y PATERSON, J. C. «Surgery, Gynecology and Obstetrics», vol. 93, n.º 1, pág. 1; julio 1951.

Los autores hacen una revisión del estado actual del problema, señalando los porcentajes de trombosis venosa y embolia pulmonar referidas en las distintas comunicaciones, así como la diversidad de criterios reinante en cuanto al lugar en que se inicia la formación del trombo.

El material de estudio de este trabajo lo constituyen cien autopsias realizadas en varones no seleccionados, por encima de los 40 años de edad. Especial atención se puso en la observación de los pulmones y de las venas de las extremidades inferiores. Se llevó a cabo la comprobación microscópica de los émbolos intentando equiparar su antigüedad con la de los trombos en las venas de la pierna.

Se extirparon las venas en bloque desde la cava inferior (porción distal) hasta la tibial posterior incluyendo todas las colaterales del sistema, abriéndolas con unas tijeras finas en busca de trombos u otras lesiones. Todos los trombos se seccionaron y examinaron microscópicamente para confirmar su naturaleza «ante-mortem». Se hicieron cortes seriados, «in toto», de los segmentos que presentaban trombosis incipientes y se establecieron 6 puntos de elección para el examen sistemático de las venas, a saber:

- 1.º Femoral común a 2'5 centímetros por encima de la desembocadura de la safena interna.
- 2.º Confluencia de la safena interna con la femoral común.
- 3.º Femoral profunda a 5 centímetros de su unión con la femoral común.

- 4.º Poplíteo a 5 centímetros por encima de la bifurcación.
- 5.º Tibial posterior a 5 centímetros por debajo de la poplíteo.
- 6.º El lugar de máxima esclerosis apreciado objetivamente.

Como resultado de este minucioso estudio se observó que en el 34 por ciento de las autopsias existía trombosis venosa y que el 56 por ciento de éstas habían provocado una embolia pulmonar. En esta corta serie de observaciones, la trombosis venosa guardaba igual frecuencia entre individuos de distintas edades. En 19 casos de los 34 se hallaron más de un trombo, y en 15 eran bilaterales. Catorce eran del lado izquierdo y cinco del derecho. Muchos trombos tenían su origen en los repliegues valvulares. La localización de los trombos en los 34 casos se distribuía de la siguiente manera: venas de la pelvis, 2; del muslo y de la pelvis, 1; del muslo solamente, 17; muslo y pierna, 10; sólo de la pierna, 4. El total de los 76 trombos hallados se distribuían así: venas de la pelvis, 6; del muslo, 49; de la pierna, 21. De esto se desprende que las grandes venas del muslo son el punto de asiento más frecuente de la trombosis. De cinco casos con los caracteres clínicos de la tromboflebitis, cuatro presentaban un émbolo en el pulmón que provenía de un trombo blando situado en la extremidad opuesta en dos de ellos, pero los dos restantes se debían a tromboflebitis «puras».

Un dato anatómico interesante es que la porción fibrosa de origen del sóleo parece ejercer cierta constricción sobre los vasos de circulación de retorno de la pantorrilla. En cambio, el ligamento inguinal no presiona sobre la vena al flexionar el tronco sobre el muslo o a la inversa.

En vista de que todos los casos con embolia pulmonar presentaban trombosis venosa en las extremidades inferiores, los autores señalan que es muy dudoso que realmente exista la llamada trombosis pulmonar primaria.

Uno de los hallazgos más notables es que el 73 por ciento del total de trombos tenían su origen en las grandes venas del muslo y de la pelvis y no en las pequeñas venas de la pantorrilla y pie como se ha dicho por otros autores.

También parece deducirse que la ligadura de la femoral superficial no es siempre eficaz como medida profiláctica o terapéutica de la embolia pulmonar puesto que una buena proporción de trombos se originan por encima del punto usual de ligadura, además de que por encima de ésta se puede formar un trombo secundario que dé lugar a la embolia, y por último la ligadura tampoco impide la extensión de un émbolo que ya ha alcanzado el pulmón.

Otra de las conclusiones alcanzadas es que, bajo el punto de vista del peligro de embolia pulmonar, la distinción entre flebotrombosis y tromboflebitis no sólo carece de valor sino que es peligrosa.

El hecho de no haberse podido demostrar, en los cortes seriados, lesiones en la pared de la vena en los puntos de origen de los trombos, sugiere la idea

de que la afección se inicia por causas más generales. Sobre este punto y otras observaciones los autores anuncian una posterior comunicación.

LUIS OLLER-CROSIET

**VALORACIÓN DE LA LIGADURA BILATERAL DE LA VENA FEMORAL SUPERFICIAL EN LA PREVENCIÓN DE LA EMBOLIA PULMONAR** (*An appraisal of bilateral superficial femoral vein ligation in preventing pulmonary embolism*). — ERB, WILLIAM H. y SCHUMANN, FRANCIS. «Surgery», vol. 29, n.º 6, pág. 816; junio 1951.

Como resultado del elevado porcentaje de embolias pulmonares registradas en el Departamento de Ortopedia del Hospital General de Filadelfia, los autores decidieron realizar sistemáticamente la ligadura bilateral de la vena femoral superficial en una serie de casos de fractura de cuello de fémur. Se escogieron fracturas recientes, y en dichos enfermos no se hizo terapéutica anticoagulante. La ligadura fué practicada entre los 2 y 4 días siguientes al del ingreso.

En total se estudiaron 100 casos y se ligó la vena en 50; los otros 50 constituyeron el grupo control. La mortalidad total fué de un 58 por ciento y la ligadura por sí sola no modificó este porcentaje.

Pudo realizarse la necropsia en 29 casos. Quedó demostrado que el único caso de embolia pulmonar pura, fatal, ocurrió en un enfermo en el que se practicó la ligadura profiláctica; y que además se encontraron pequeños, pero evidentes, émbolos pulmonares en 7 individuos ligados y sólo en 4 de los no ligados.

Estos resultados, aunque insuficientes para darles un valor estadístico, demuestran con toda evidencia que la ligadura de la vena femoral por sí sola no ofrece ninguna seguridad ante el desarrollo de la embolia pulmonar, como se ha podido comprobar en esta serie de fracturas de la cadera.

Por otra parte, la ligadura frecuentemente va seguida de trombosis, iniciada en la femoral común. Finalmente, queda demostrado que en este tipo de enfermos la embolia pulmonar es una complicación frecuente.

VÍCTOR SALLERAS

## LIGADURA DE LA VENA CAVA INFERIOR

*Trabajos recientes sobre enfermedad tromboembólica han defendido la ligadura de la vena cava inferior como terapéutica, presentándola como operación eficaz, fácil y sin consecuencias. La revisión de estos casos en algunos centros quirúrgicos ha puesto de manifiesto que la ligadura de la cava inferior podría determinar la aparición de molestas secuelas imputables no a la flebitis sino a la propia ligadura. Como consecuencia, ésta debería reservarse para los casos en que representa la última oportunidad de salvar una vida. No debería practicarse como medida profiláctica de la embolia pulmonar.*

PRIMERAS OBSERVACIONES SOBRE LIGADURA DE LA CAVA INFERIOR EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA (*Prime osservazioni sulla legatura della cava inferiore nel trattamento della insufficienza cardiaca*). — REDI, R. y MARCOLONGO, F.

«Il Policlinico», t. LVII, fasc. 24, pág. 783; 12 junio 1950.

Desde la primitiva comunicación de COSSÍO y PERIANES, en 1948, se han venido confirmando los buenos resultados de la ligadura de la vena cava inferior, por debajo de las renales, como tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva. Sus efectos se deben principalmente a la disminución de la presión venosa por encima de la ligadura, con la consiguiente descongestión visceral, sobre todo del riñón, y a la disminución del aporte venoso al corazón, mejorando la función cardíaca.

En Europa, D'ALLAINES y colaboradores le dan una indicación amplia, alcanzando los casos que empezaban a no responder al tratamiento médico, insistiendo en su aplicación precoz.

Con esta intervención mejoran inmediatamente de modo constante y notable los disturbios funcionales, en especial la disnea.

Los autores presentan dos casos.

*Observación n.º 1.* — Mujer de 50 años. Estenosis mitral de origen reumático desde los 16 años. Desde hace tres, sintomatología frecuente de insuficiencia cardíaca. Ingresa el 9-I-50. Presión venosa, 115/95. Tiempo de circulación, 28 segundos. Presión arterial, 120/60-50/55. Discreta, pero insuficiente, regresión de la insuficiencia por tratamiento médico y reposo durante 5 meses.

Intervención. Ligadura vena cava inferior, por debajo de las renales, empleando la vía extraperitoneal. Inmediatamente y en días sucesivos aumento de la tensión arterial que luego retorna a las cifras habituales (90/55). Presión venosa, 60. Tiempo de circulación, 24 segundos. E. C. G. invariable. No disnea ni modificación del pulso. Diuresis normal. Condiciones subjetivas óptimas. Levísimo edema maleolar derecho en los primeros días, que luego desapareció. Operación muy bien tolerada.

En abril se levanta, tras muchos meses de estancia en cama. No es preciso cura cardiocinética alguna. Adquiere con rapidez una notable capacidad física y no presenta disnea, incluso tras un esfuerzo de cierta intensidad.

*Observación n.º 2.* — Varón de 60 años. Miocardioesclerosis de probable origen coronarítico. Insuficiencia cardíaca iniciada en otoño de 1949.

Ingresa el 26-I-50. Corazón muy agrandado, arritmia completa, con intenso déficit del pulso. Cianosis, disnea, hígado de estasis, oliguria, bronquitis difusa. E. C. G., fibrilación auricular y signos de daño miocárdico. Presión arterial, 140/90; presión venosa, 370; tiempo de circulación, 30 segundos. Ligera mejoría con digitalización prolongada.

A mediados de febrero, grave crisis de edema pulmonar. El 9-III-50, presión arterial, 125/85; presión venosa, 380; tiempo de circulación, 13 segundos; E. C. G., fibrilación flutter.

Intervención (1-IV-50). Ligadura de la cava inferior, perfectamente soportada.

Cesa la disnea y los disturbios que presentaba. El 17-IV-50 se halla el pulso muy mejorado, una presión arterial de 100/70-110/80; presión venosa, 160; tiempo de circulación, 27 segundos; E. C. G. invariado. Durante varias semanas no ha necesitado cardiocinéticos y se levanta pudiendo realizar una cierta actividad física, presentando condiciones generales y circulatorias del todo satisfactorias. Tras la intervención apareció notable edema de los miembros inferiores, apenas influenciado por los diuréticos.

ALBERTO MARTORELL

**INDICACIONES Y RESULTADOS DE LA LIGADURA DE LA VENA CAVA INFERIOR EN LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA** (*Indications et résultats de la ligature de la veine cave inférieure dans la maladie thrombo-embolique*). — LÉGER, LUCIEN y DÉTRIE, PHILIPPE. «Mémoires de l'Académie de Chirurgie», tomo 77, núms. 22, 23 y 24, pág. 698; Sesiones del 20 y 27 de junio y 4 de julio de 1951.

Este trabajo pretende dar a conocer los resultados de la ligadura de la vena cava inferior en la enfermedad tromboembólica y precisar sus indicaciones, basándose en 50 observaciones, 15 de ellas personales.

*Resultados inmediatos.* — En este sentido, las ventajas de la ligadura pueden resumirse a las que siguen: cesación definitiva del proceso embólico, desaparición del estado angustioso del enfermo y euforia inmediata del mismo al considerarse curado, regreso rápido de la curva térmica a la normalidad, desaparición de los trastornos nerviosos posibles.

La gravedad inmediata de la intervención puede considerarse poco importante, si tenemos en cuenta que, de los 50 casos, sólo hay que lamentar 5 muertos, y aun no propiamente debidos a la operación.

*Resultados lejanos.* — Hay que considerar abusiva la imputación a la li-

gadura de la cava de la aparición de molestas secuelas, y lo mismo catalogarla como intervención de excepción.

Se pretende comparar los resultados de los anticoagulantes a los de la ligadura de la cava, olvidando con gran facilidad que la ligadura sólo está indicada en flebitis de evolución avanzada, en sujetos con intolerancia a los anticoagulantes y cuando el proceso embolígeno persiste a pesar de éstos.

Cinco de los intervenidos por los autores fueron vistos de nuevo entre 3 y 4 y medio años después; dos, tras algo más de 2 años. De los operados por otros cirujanos, veintiséis se siguieron entre 3 meses y 2 años. Las secuelas son mínimas en ocho enfermos, algo más acentuadas en cinco; y el resultado mediocre en dos. El edema que casi todos presentaron, y que se atribuye con demasiada facilidad a la interrupción de la cava, constituye por lo común la secuela habitual del proceso trombótico venoso.

*Indicaciones de la ligadura de la vena cava inferior.* — La indicación esencial es un proceso embolígeno iterativo, si bien no es la repetición, sino el carácter particularmente grave de la embolia, lo que lleva a la decisión quirúrgica.

Otras indicaciones son la intolerancia a la Heparina o el fracaso de la heparinoterapia o del uso del Dicumarol; y el estado angustioso entre las embolias (microémbolos repetidos y discontinuos).

Asimismo en las flebitis no embolígenas, cuando la trombosis asciende hasta la cava o bien se instaura «per primam» en ella.

Y finalmente, como medida profiláctica, en el curso de una intervención abdominal de necesidad practicada en un flebítico.

La heparinoterapia no constituye por sí una contraindicación de la ligadura de la vena cava. Si es necesario, el sulfato de protamina normaliza en seguida el tiempo de coagulación.

No olvidemos, no obstante, que la ligadura de dicha vena no debe llevar a interrumpir el tratamiento con heparina; es más, si no se heparinizaba al enfermo, debe hacerse. A ello hay que asociar la movilización activa precoz.

Cuanto se ha dicho no supone que se haga de la ligadura de la cava un hábito terapéutico de las flebitis. Los pocos casos reseñados ya lo demuestran. Pero es preciso defender dicha intervención contra una reputación injustificada. La ligadura de la vena cava inferior debe considerarse como una operación de salvamento.

\* \* \*

Intervienen en la discusión PAUL MOURE, CL. OLIVIER y LUCIEN LÉGER.

CL. OLIVIER recalca que, como BAUER indica, es preciso dejar pasar más de 5 años para deducir los resultados lejanos. Personalmente no ha tenido ningún caso de embolia usando heparina o dicumarol. Ha practicado por dos veces la ligadura de la cava, quedando secuelas.



En cuanto al fracaso de los anticoagulantes dice que en general se debe a dosis insuficientes.

Por otra parte la ligadura de la cava no es operación que deje de tener su gravedad y expone a secuelas temibles, dado que puede desencadenar una trombosis retrógrada de las venas ilíacas primitiva y externa (véase extracto siguiente).

ALBERTO MARTORELL

**LAS ANTIGUAS FLEBITIS DE LOS MIEMBROS INFERIORES PROPAGADAS A LA VENA CAVA INFERIOR** (*Les phlébites anciennes des membres inférieurs propagées à la veine cava inférieure*). — OLIVIER, CL. y SABATIER, G. «La Presse Médicale», vol. 59, n.º 45, pág. 948; 4 julio 1951.

Temibles secuelas siguen en el hombre a las flebitis de los miembros inferiores propagadas a la cava inferior. No obstante, la ligadura de este vaso, proscrita por unos en razón de sus resultados lejanos, goza del favor de varios cirujanos.

El estudio clínico detenido de las secuelas postflebíticas y la flebografía permiten intentar una explicación a estas divergentes opiniones; y, a la vez, sin condenar dicha ligadura como indicación de la enfermedad tromboembólica, aconsejar a los cirujanos un rigor extremado en la elección de sus indicaciones.

Las siete observaciones que se exponen en este trabajo ilustran del precario porvenir de estos enfermos. Las flebograftías demuestran la mediocridad y la extensión de las vías de restablecimiento de la circulación venosa. Este estudio conduce a proponer una fórmula que no parece haber sido hasta ahora lo suficientemente definida: la interrupción de la cava inferior en su sector prerrenal no tiene de por sí gravedad a la larga; ésta proviene, en su mayor parte, de la trombosis asociada de las ilíacas primitiva y externa.

Se exponen los siete casos.

Los signos admitidos como clásicos de la trombosis de la cava no son constantes, siendo numerosas las flebitis ambulatorias que pasan inadvertidas. La circulación complementaria tipo cava-cava ¿puede considerarse como un signo indispensable para el diagnóstico de obliteración de la cava? No lo creemos así. Dicho tipo es el testimonio de la obliteración asociada ascendente de las ilíacas primitivas y externas.

A la flebografía debemos agradecer esta interesante precisión. Los clisés

obtenidos han demostrado una repermeabilización habitual discreta de la íliaca externa hacia la íliaca primitiva, drenando por los plexos raquídeos, sacros en particular. Pero la mayor parte de la sangre deriva por las epigástricas, subcutáneas, abdominales y circunflejas íliacas a la pared abdominal. Se organizan así dos corrientes principales : una, paramedia, hacia el sistema cava superior ; otra, lateral, hacia las venas lumbares afluentes de la lumbar ascendente. Las diferencias entre las obliteraciones puras de la cava, con red densa y corta, y las de los casos asociados a las de las íliacas, con red extensa y de poca capacidad, son notables. En ello reside el punto débil del sistema de suplencia.

El hecho de la posibilidad de desarrollo de las venas ováricas, en especial la izquierda, explica la distinta gravedad de las flebitis extendidas a la cava en el sexo masculino y en el femenino. En los hombres se observa de modo preferente una fatigabilidad a la marcha y una dificultad a mantenerse largo tiempo de ortostatismo ; es decir, los resultados inmediatos benignos no son una garantía del porvenir.

Los trastornos tróficos son también importantes. Hablar de úlceras, edema o varices no basta para dar idea de la extensión y variedad de las lesiones : cianosis cutánea, zonas pigmentadas, retracciones celulíticas.

Se han estudiado 29 casos de trombosis antiguas propagadas a la cava, examinados de uno a 38 años después del episodio agudo, con un promedio de 12 años. De ellos 14 eran varones y 15 mujeres. Entre los varones, la mayoría presentaban úlceras (10), siendo ello menor en las mujeres (7). En los cinco primeros años, 3 entre 7 presentaban úlceras, elevándose con el tiempo esta complicación a 15 entre 23.

Esto demuestra la gravedad en el sexo masculino y la gravedad a distancia.

Entre los 29 casos, 19 presentaban edema. Siguen a continuación, la cianosis, pigmentación y retracción cutánea. El trastorno funcional es casi constante.

En dos casos no se detallaban trastornos tróficos, pero uno sufría uremia y otro una trombosis portal asociada.

El tratamiento de estos enfermos es difícil. ¿Resección de la cava? En el primer caso reseñado en el trabajo presente no dió resultado. ¿Simpatetomía? De momento parece que actúa bien, pero falta ver lo que ocurre con el tiempo ; en todo caso se aconseja la vía transperitoneal, a pesar de los inconvenientes conocidos, pues hay que tener en cuenta la circulación complementaria cuando se emplea la vía extraperitoneal. No se olvidarán los vendajes compresivos de la rodilla para abajo, la esclerosis de las varices si existe repermeabilización profunda, etc. En la mayoría de los casos sólo cabe esperar una vida sedentaria y sentada.

Por todo lo dicho, ante una embolia es preferible primero ensayar la heparina o el dicumarol antes que proceder a la ligadura de la cava, lo que se reservará para casos excepcionales y como último recurso.

*Resumen.* — El estudio de 7 observaciones de antiguas flebitis del miembro inferior propagadas a la vena cava inferior y la revisión de 29 casos a los que se practicó la ligadura de dicha vena, prueban la frecuencia y la gravedad de las secuelas funcionales y físicas que presentan estos enfermos.

Las flebograffías demuestran que la sangre de los miembros inferiores sólo dispone, para volver al corazón, de una red de poca capacidad, particularmente en los hombres. Las anastomosis vienen constituídas por los voluminosos plexos intra y perirraquídeos, de trayecto largo y estrecho. Las dificultades de restablecimiento circulatorio provienen más de la trombosis ilíaca bilateral que de la obstrucción de la propia cava.

Así se explican los resultados tan diferentes de las ligaduras quirúrgicas de la cava. Las que se practican por herida accidental presentan rara vez trombosis ascendente y los resultados a distancia son benignos. Por el contrario, en caso de enfermedad tromboembólica existen todas las condiciones para el desarrollo de una trombosis ilíaca retrógrada. La gravedad de las secuelas, en tal caso, incita a un extremo rigor en las indicaciones de la ligadura de la cava durante el curso de una flebitis.

ALBERTO MARTORELL

*SECUELAS TARDÍAS DE LA LIGADURA DE LA VENA CAVA INFERIOR (Late sequelae of inferior vena cava ligation).* — SHEA, PATRICK C. y ROBERTSON, ROY L. «Surgery Gynecology and Obstetrics», vol. 93, pág. 153 ; agosto 1951.

Los autores proceden a la revisión de 37 casos operados de ligadura de la vena cava inferior en el *Grady Memorial Hospital* de Georgia, entre julio de 1943 y julio de 1950. De los 37 enfermos, dos murieron en la operación, tres fallecieron más tarde por otras causas y de siete no se pudieron obtener datos por no haber sabido más de ellos. En total pudieron ser vistos y explorados veintidós, y tres contestaron en cuestionario que se les remitió al efecto. Fueron seguidos durante un tiempo variable entre 2 y 7 años. El promedio de hospitalización después de la ligadura de vena cava fué de 20 días ; 16 en cama con elevación de las extremidades inferiores. El reposo y elevación de las extremidades en el período postoperatorio se cree es de importancia, pero,

de las observaciones hechas en estos casos, no se desprende que estas medidas eviten las secuelas ni que influyan siquiera sobre las mismas. Sólo uno de los 25 enfermos interrogados estaba completamente libre de molestias. Trece apreciaron aumento persistente del volumen de sus piernas después de la ligadura, no atribuible a aumento de peso corporal. Doce, no dejaron de tener edema desde el período postoperatorio. Su grado de intensidad era variable, entre moderado y extremado. En siete, el edema era más acentuado al finalizar el día y desaparecía con el reposo en cama, durante la noche. Los seis enfermos restantes no tenían edema.

Una secuela muy molesta a los enfermos que la sufrían, por limitar su actividad y capacidad para el trabajo, la constituía el rápido cansancio de las piernas y la claudicación intermitente. Veinte de ellos aquejaban lo primero y diecisiete tenían claudicación intermitente.

Según las historias clínicas del hospital, veintiseis de los treinta y cinco pacientes que sobrevivieron a la operación presentaron edema en el período postoperatorio. De los veinticinco enfermos revisados, veinte tenían edema depresible de variable intensidad en las extremidades inferiores. En diez aparecieron úlceras, bilaterales en cuatro casos. Tres enfermos padecían úlceras rebeldes por estasis venosa crónica que, a pesar del tratamiento asiduo, ni siquiera curaron temporalmente. Los quince enfermos restantes no tuvieron úlceras durante el período de observación.

Se advertía hipersensibilidad a la palpación de la pantorrilla o del muslo, o de ambos a la vez, en catorce pacientes; y dieciséis tenían induradas estas zonas, demostrando la persistencia de la obstrucción venosa.

Dos enfermos tenían varices antes de la operación. En el 64 por ciento de los restantes se desarrollaron varices. Siete, no presentaron varices, pero eran ostensibles las venas superficiales. Cinco enfermos sufrían alteraciones tróficas cutáneas y disminución de la pulsatilidad. En siete existía evidente espasmo arterial.

Entre cuatro mujeres en edad de concebir, hubieron seis embarazos no complicados, y dos abortos espontáneos. El edema se acentuó durante el período de gestación. Sin embargo, estos hechos parecen indicar que la ligadura de la vena cava, por sí, no impide la gestación normal.

Dieciséis de los veinticinco enfermos, trabajan todo el día; aunque varios de ellos tienen molestias que con cuidados adecuados no son insoportables. Ocho, sólo pueden trabajar una parte del día, obligados a ello por el dolor, el edema, la claudicación intermitente, cansancio fácil y úlceras recidivantes. Todos los enfermos recurren para aliviar sus molestias a una o más de las siguientes medidas: reposo en cama a ratos, medias de goma, elevación de las piernas, diuréticos mercuriales.

Los autores señalan que, al revisar la literatura existente sobre esta

materia, se aprecia, en general, que los períodos de observación de los enfermos después de ser operados fueron demasiado cortos para juzgar sobre las consecuencias de la ligadura de la vena cava inferior, menospreciando con frecuencia o no señalando algunas secuelas ; y que en ningún trabajo se estudia concretamente la capacidad del enfermo para seguir ocupado en su antiguo medio de vida.

Las secuelas postflebíticas, de la ligadura, o de ambas a la vez, obedecen en general a dos tipos distintos. En algunos casos ocupan el primer plano fenómenos de arteriospasmus, conduciendo tal vez a distrofias reflejas. Sin embargo, la mayoría presentan edema como secuela más sobresaliente, que puede ser transitorio o persistir, dando lugar al aumento de proteínas tisulares, fibrosis, dermatofitosis y ulceración.

De los treinta y siete enfermos a quienes se ligó la vena cava inferior, sólo en diecinueve era evidente el proceso vascular en las extremidades inferiores antes de la ligadura ; en cinco no afectaba a dichas extremidades y en trece no se conocía el lugar de origen del tromboembolismo.

De este trabajo se alcanzan las siguientes conclusiones :

1.º Las secuelas tardías que aparecen después de la ligadura de la vena cava no se pueden atribuir sólo a la flebitis.

2.º Las secuelas observadas en este grupo de enfermos lleva a la conclusión de que la ligadura de la vena cava se debe tener en cuenta sólo como una medida para salvar la vida, no debiendo ser practicada como profilaxis de la enfermedad tromboembólica.

Los autores consideran que esta terapéutica se debe reservar para el enfermo que ha tenido varios infartos, está gravemente enfermo y en quien además han fracasado otros tratamientos.

LUIS OLLER-CROSIET