

LIGADURA DE CAVA INFERIOR EN LOS ÚLTIMOS MESES DE GESTACIÓN, POR EMBOLISMO RECURRENTE

JOSÉ VALLS-SERRA

*Jefe Agregado de la Sección de Cirugía Vascular
del Instituto Policlínico de Barcelona (España)*

Hace mucho tiempo que vienen practicándose ligaduras de cava inferior para tratar el embolismo pulmonar recurrente e incluso han sido propuestas y practicadas como profilaxia de la embolia pulmonar tan temida en los cursos postoperatorios de personas de edad avanzada.

También ha sido vulgarizada esta intervención para tratar la insuficiencia cardíaca congestiva, y desde que COSSIO la propuso ha sido practicada en todo el mundo con resultados halagüeños.

Pero, revisando la literatura mundial, ya muy extensa, desconocemos que se haya practicado la ligadura en estado avanzado de gestación. En algunos trabajos, como el de «Secuelas postflebiticas» de SHEA, se mencionan las complicaciones que pueden derivarse de esta ligadura, y sólo cita que muchas operadas han tenido después embarazos normales. En la numerosa estadística (70 casos) de tromboflebitis sépticas tratadas por ligadura de la cava inferior y al mismo tiempo de las venas ováricas, presentada por COLLINS, se hace un cuidadoso estudio patogénico y etiológico, pero no se describe ninguna ligadura de cava en estado avanzado de gestación.

Creemos por tanto que vale la pena aportar el siguiente caso, en el que nos vimos precisados a ligar la vena cava inferior en el sexto mes de gestación, porque ante los resultados obtenidos, evitando la muerte inminente de la enferma amenazada por embolias pulmonares repetidas, continuando el embarazo normalmente a término sin ningún contratiempo para el feto y no habiéndose presentado, con sorpresa por nuestra parte, ni el más mínimo edema a pesar del aumento de circulación en la vena hipogástrica en los meses de embarazo avanzado, estamos convencidos de que la ligadura de la cava inferior es factible e inocua en este período y no debe dejar de realizarse por

el temor al transcurso normal de la gestación siempre que exista una indicación vital para efectuarla.

OBSERVACIÓN. — Enferma de 28 años, casada. Queda gestante por primera vez, transcurriendo su embarazo estando la enferma completamente bien, hasta que en el cuarto mes empieza a notar dolor en la fosa iliaca izquierda, no bien localizado en un principio, aunque parecía asentar en la propia pared izquierda del útero, ya que en todo el trayecto vascular no se notaba el más mínimo dolor. Esta molestia cedía con reposo de dos semanas. Cuando volvía a levantarse reaparecía al cabo de unos días de deambulación normal. Al principio el dolor sólo se acusaba a la palpación; más adelante, incluso espontáneamente. Así pasó un mes y medio, alternando periodos de reposo y de deambulación normal.

El 15 de noviembre, permaneciendo en cama en uno de estos periodos de reposo por dolor, ya no puede levantarse, empezando por primera vez a tener fiebre el día 27, o sea a los 12 días de estar en cama. La fiebre es remitente en agujas, con picos de 38° y 39°, y el dolor se exacerba en fosa iliaca izquierda. En este período la enferma nota, además, un dolor sobreañadido, como de estiramiento, en ambas fosas ilíacas que irradia a región sacra y cede con la inyección de prolotón. En cambio, persiste el dolor en fosa iliaca izquierda.

Desde el día primero de la fiebre empieza a administrarse penicilina, que no modifica en absoluto el tipo de temperatura con picos vespertinos de 38°5' y 39° y escalofríos al subir la fiebre.

El dolor irradiado a región sacra desapareció a los cuatro días, pero aumentó la fiebre, empeoró el estado general y se intensificó el dolor en fosa iliaca izquierda.

Se administró en este momento estreptomycinina y aureomicina, que no modificaron el curso clínico de la enferma.

El día 4 de diciembre aparece diarrea y sigue la temperatura de 38°5' a pesar de los antibióticos de toda clase administrados convenientemente. Se atribuyó la diarrea a la aureomicina, que fué suspendida.

Al anochecer de este mismo día notó dolor brusco en hemitórax izquierdo, infra-escapular. El dolor era de tipo punzitivo intenso.

A las cuatro de la madrugada del día siguiente la enferma se despierta en un acceso de tos y nota dolor en los dos hemitórax, con las mismas características en los dos lados, pero quizá con más persistencia en el lado izquierdo, donde sintió el primer dolor.

A pesar de la tos intensa, no apareció expectoración hemoptoica en ningún momento.

A las nueve de la mañana el dolor torácico en ambos hemitórax se acentuó y la disnea era muy intensa.

A partir de la una de la tarde, disnea intensísima y dolor insoportable en ambos campos pulmonares, empezando a aquejar dolor espontáneo en triángulo de Scarpa izquierdo.

En este momento vimos a la enferma por primera vez y apreciamos dolor claro y preciso, espontáneamente y más acusado a palpación, en trayecto vascular fémoro-ilíaco izquierdo.

A pesar de la ausencia de expectoración hemoptoica confirmativa, la rapidez de aparición de los insultos pulmonares y su agudeza inicial, con disnea intensísima, ante una enferma que acusaba una clara trombosis fémoroilíaca, diagnosticamos embolismo pulmonar recurrente o múltiple con flebotrombosis fémoroilíaca.

Sentado el diagnóstico, a nuestro juicio correcto, se planteaba la cuestión grave del tratamiento ante una enferma en estado grávido de seis meses de evolución. La solución más cómoda en estos momentos era dedicarse a un tratamiento expectante con heparina, esperando la evolución de los hechos. Pero, el estado gravísimo de la enferma, que no hubiera soportado otra pequeña embolia, nos hizo decidir por el tratamiento activo de ligadura quirúrgica que creemos es lo indicado en estos casos de necesidad vital.

Todos los casos que han sido intervenidos por embolismo recurrente en el Instituto Policlínico de Barcelona se han salvado. En cambio, en dos enfermos a los que por sus condiciones generales (uno por estar recién operado de prostatectomía en edad relativamente avanzada, y otra operada de hernia crural por creerse en una recuperación espontánea al pasar 24 horas mejorando) no se practicó la ligadura, fallecieron súbitamente de embolia pulmonar después de un período de calma traidora.

Nuestra experiencia personal nos inclina, por tanto, al tratamiento quirúrgico urgente en estos casos.

Sentada la indicación quirúrgica, se planteaba la cuestión técnica.

Podía practicarse la trombectomía a partir de la vena femoral izquierda, extrayendo los trombos por aspiración, operación relativamente sencilla y realizable con simple anestesia local, a la que NEUHOF da sus preferencias. Pero, en este caso creemos que no hubiera dado garantías, ya que la trombosis tenía que proceder con toda probabilidad del territorio de la hipogástrica, ignorándose el origen de la misma que, de ser genital, podía continuar actuando, como en realidad ocurrió, por lo que en caso de recidiva nos encontraríamos con las mismas dudas y peligros que antes de la intervención.

Podía realizarse la ligadura de la ílfaca primitiva izquierda, ya que la otra extremidad estaba indemne al parecer de trombosis, pero si la trombosis procedía de la hipogástrica y habíase extendido ya a triángulo de Scarpa, por el extremo proximal se encontraba ya con toda verosimilitud en la desembocadura de la ílfaca primitiva izquierda, la cual siempre es de difícil liberación por la periflebitis y exige una amplia incisión de pared abdominal con manipulación directa sobre la pared uterina y escasa visibilidad por la ocupación del útero gestante. Por razones de seguridad nos decidimos por tanto por la ligadura de la vena cava inferior.

Pensando en la vida del feto, todavía no viable, nos preguntamos si la congestión venosa que pensábamos iba a producirse con la supresión de la vía principal de desagüe de ambas hipogástricas, muy dilatadas en esta avanzada fase de gestación, podía producir una ingurgitación venosa que causase indirectamente el aborto; pero ante la amenaza grave para la vida de la madre y no provocando en ninguna de nuestras maniobras la interrupción directa del embarazo nos decidimos por la intervención que a nuestro juicio era

más segura para el porvenir inmediato e incluso lejano de la enferma, pensando en la posibilidad de la recidiva, por desconocimiento del proceso genital que había provocado la trombosis.

Técnica. — Anestesia general con evipán-éter. Oxigenación conveniente por la disnea intensa que padecía la enferma.

Incisión transversa a nivel del ombligo por fuera del recto anterior, con rigurosa disección de planos (nuestra incisión habitual en las simpatectomías lumbares) sin seccionar un solo músculo. Se obtiene un campo relativamente reducido, pero la solidez de la pared después de la intervención compensa las dificultades, lo cual era muy importante en esta paciente con miras a la continuación normal de su gestación.

Un dato curioso que anotamos al despegar el peritoneo parietal fué la enorme resistencia de la fascia subperitoneal que forma una verdadera aponeurosis fibrosa difícilmente rechazable.

En la grasa subperitoneal aparecieron unas venas de circulación complementaria dilatadísimas en lugar de las pequeñas venitas azuladas de reducido tamaño que habitualmente cruzan el campo en las enfermas no gestantes. El útero se rechazó con sumo cuidado evitando maniobras y tracciones violentas con los separadores.

La liberación de la vena cava fué laboriosa por la reducción del campo operatorio que nosotros mismos nos habíamos impuesto de antemano, por el calibre dilatado de la misma y por su pared delgadísima y frágil en este estadio avanzado del embarazo.

Al pasar el asa del pasahilos para hacer la ligadura, montado con cinta para evitar la sección que el simple hilo de sutura podría provocar, se desgarró una vena lumbar posterior con la hemorragia consiguiente que nos hizo temer una lesión importante de la propia vena cava. Afortunadamente, después de unos minutos de compresión, pudo terminarse de anudar la cinta de ligadura que teníamos ya pasada, y la cantidad de sangre perdida fué muy escasa. Con la sutura de la pared por planos terminó felizmente la intervención.

Creemos que la técnica empleada para la ligadura es la más conveniente por varias razones: La incisión alterna, disecando los planos musculares sin sección, permite después una perfecta coaptación casi sin suturarlos, lo cual tiene bastante importancia tratándose de unas paredes abdominales a tensión por el embarazo y que deben continuar así algunos meses hasta el parto.

El útero queda más bajo o puede ser reclinado con facilidad sin violencia.

La altura a que se alcanza la vena cava también creemos es la más conveniente, ya que nos alejamos de la bifurcación ilíaca donde algunos autores han encontrado lesiones arteriosclerosas en personas de edad avanzada (CRA-MER-SCHILLING) y quedamos siempre por debajo de las venas renales que debemos respetar. Además, el despegamiento de peritoneo y abordaje es el mismo que se practica en las simpatectomías lumbares y por lo tanto el cirujano vascular está familiarizado con dicha región.

Curso postoperatorio. — Al desaparecer los efectos de la anestesia la enferma manifestó que respiraba con mucha menos dificultad y que habían desaparecido los dolores torácicos, dato que hemos recogido igualmente en las demás ligaduras por embolismo recurrente que hemos practicado.

En los primeros días no nos atrevimos a heparinizar la enferma, a pesar de que lo estábamos deseando, por dos motivos: en primer lugar, porque el tiempo de coagulación se mantenía a 10' espontáneamente, y en segundo lugar para evitar hematomas en la herida operatoria que pudiese dificultar la normal cicatrización. Tratamiento con penicilina para asegurar el curso y evitar un absceso de pulmón. La enferma continuó recuperándose y a los cuatro días quedó apirética por la mañana, pero instauró una temperatura remitente con 38° y taquicardia acentuada en desproporción con la misma.

El sexto día el tiempo de coagulación bajó a 7' y entonces empezamos a administrar heparina endovenosa (tres inyectables de 50 mg. diarios), y la temperatura cedió en absoluto a los diez días de la intervención.

A los doce días se quitaron los puntos y la enferma empezó a levantarse. A los catorce días pudo abandonar la clínica con su problema pulmonar y flebítico resuelto.

El embarazo continuó normalmente sin el más mínimo trastorno genital.

Las extremidades inferiores no presentaron edema durante el tiempo que estuvo en cama con los pies de la misma en elevación ni después de levantarse con unos vendajes de cola de zinc que le aplicamos pensando en los edemas que podían aparecer al deambular normalmente. Tanto es así que, transcurridos unos días, la enferma nos pidió que le fuesen retirados los vendajes por considerarlos inútiles, y efectivamente pudo deambular normalmente sin ellos a pesar de entrar en el noveno mes de gestación.

El hecho de no desaparecer por completo la temperatura a pesar del tratamiento penicilínico y en cambio lo hiciese después de unos días de tratamiento heparínico lo consideramos confirmativo de su proceso flebotrombótico.

La ausencia total de edema nos sorprendió, ya que admitíamos incluso la posibilidad de una congestión pasiva del útero capaz de provocar serios trastornos en el curso del embarazo. A «posteriori» nos explicamos este hecho pensando en la rica circulación complementaria intraabdominal que encontramos al despegar el peritoneo parietal y que seguramente es la que deriva la sangre hacia el corazón evitando la estasis venosa periférica y genital.

Curso ulterior. — A los dos meses, o sea al octavo de gestación, la enferma que deambulaba normalmente empezó a aquejar de nuevo dolor en fosa iliaca izquierda que la molestaba especialmente a la palpación, igual que antes de empezar el proceso flebítico, lo cual hacía pensar que persistía la causa genital que había desencadenado el primer ataque tromboflebítico. En este momento nos percatamos de nuestro acierto al practicar la ligadura de cava y no una simple trombectomía femoral, ya que en esta nueva situación hubiésemos experimentado de nuevo el temor del embolismo recurrente y en cambio ahora nos limitamos a un tratamiento heparínico de tres inyecciones diarias de 50 mg. que también hicieron desaparecer rápidamente el dolor, espontáneo a la palpación, lo cual nos confirmó una vez más en la etiología tromboflebítica de toda la enfermedad.

A los nueve meses de nuevo dolor en fosa iliaca que decidieron al ginecólogo a abreviar el parto, naciendo una niña de constitución y peso normales. En el curso del

puerperio se administró heparina (sólo unos dos inyectables diarios) hasta que la enferma se levantó.

El dolor desapareció por completo y no ha vuelto a reaparecer.

A los cinco meses del parto la enferma continúa perfectamente bien y no ha tenido la más mínima molestia ni el más ligero edema en sus extremidades inferiores.

CONCLUSIONES

La vena cava inferior puede ligarse durante el curso del embarazo sin alterar en absoluto la marcha de la gestación.

La ligadura de la vena cava durante el embarazo avanzado no produce edema o congestión pasiva sino que, al contrario, por la experiencia del caso reseñado creemos que es el momento favorable para realizarla, por encontrarse una riquísima red de circulación complementaria intraabdominal y parietal.

S U M M A R Y

A case of inferior vena cava ligation during advanced pregnancy is described. This ligation does not trouble the course of it. The rich collateral circulation in pregnancy explains the absence of edema in the lower extremities after the ligation of the vena cava.