

EL SINDROME HERNIA DIAFRAGMATICA Y TROMBOSIS VENOSA

F. MARTORELL y J. OSÉS

Instituto Policlínico (Barcelona, España)

En febrero de 1935, LIAN, SIGUIER y WELTI (1) describieron en «La Presse Médicale» un nuevo síndrome llamado «Hernia diafragmática o eventración diafragmática y trombosis venosa». Manifiestan dichos autores que en las numerosas publicaciones sobre hernia diafragmática no se menciona la trombosis venosa como complicación de la misma. También resaltan que en los múltiples trabajos sobre trombosis venosa no se menciona la hernia diafragmática como causa posible.

Si bien es cierto que la hernia diafragmática como causa de trombosis no ha sido señalada en la literatura en cambio la anemia hipocroma en la etiología de la trombosis ha sido descrita desde hace mucho tiempo. Parece ser que fué SANKEY (2), en 1814, quien estableció por primera vez esta relación. La literatura médica mundial tiene numerosas publicaciones sobre trombosis y clorosis asociadas. VON NOORDEN (3) señala la presencia de trombosis en el dos por ciento de los casos de este tipo de anemia.

La anemia hipocroma es causa frecuente de trombosis repetidas y graves que a menudo evolucionan por brotes. En 1943 (4) publicamos un caso cuya historia vamos a resumir.

Una enferma de 53 años de edad presentaba desde su juventud un cuadro de cloroanemia aquática y brotes repetidos de trombosis. En noviembre de 1942 ingresó en nuestra Sección de Cirugía Vascular, por arteriospasio trombofleítico, que originó la gangrena del pie a pesar de practicarle la resección de la vena femoral trombosada. El estado de su sangre era el siguiente :

Hematíes, 2.900.000 ; hemoglobina, 40 por ciento ; valor globular, 0,62 por ciento ; leucocitos, 15.500 ; neutrófilos, 85 por ciento ; monocitos, 4 por ciento ; linfocitos, 11 por ciento.

Serie roja : anisocitosis bastante acentuada (micronormomacrocitosis) ; algunos macróцитos policromatófilos. Hematíes pobres en hemoglobina. Reticulocitos, 10, 20, 15 por ciento.

Serie blanca : entre los neutrófilos, 26 núcleos en franja.

Plaquetas muy abundantes y notablemente aglutinadas.

Tiempo de coagulación (en porta), 4 minutos.

Tiempo de sangría, 2,5 minutos.

Fibrina al microscopio, extraordinariamente abundante.

Prueba del brazal, negativa.

A los pocos días de la operación aparece trombosis de las dos piernas, de curso febril. Como carecíamos de medicamentos anticoagulantes en aquella fecha, se le aplicaron sanguijuelas, desapareciendo el edema y la fiebre a los pocos días. En enero de 1943 se amputó el pie a nivel del surco de eliminación. A los diez días, trombosis del lado izquierdo, y, a los pocos días del derecho, con gran elevación térmica. Un nuevo examen de sangre dió el siguiente resultado:

Hematíes, 2.100.000; hemoglobina, 25 por ciento; valor globular, 0,63 por ciento; leucocitos, 11.200; neutrófilos, 83 por ciento; basófilos, 2 por ciento; monocitos, 7 por ciento; linfocitos, 8 por ciento.

Serie roja: anisocitosis acentuada (micronormomacrocitosis); bastantes macróцитos policromáticos: dos normoblastos picnóticos por ciento; reticulocitos, 33, 35, 30 por ciento.

Entre los neutrófilos, dos núcleos en franja.

Plaquetas muy abundantes, extraordinariamente aglutinadas, desiguales (las grandes a menudo alargadas).

Bilirrubinemia: retardada, 0,25 unidades V. d. B.

Proteínas, 6,25 por ciento.

Inversión total del cociente, serinas: globulinas.

Sedimentación globular a los sesenta minutos, 75 mm.

Reacción de Weltmann, floculado que sedimenta en los tubos 1, 2, 3 y 4.

Lactogelificación en suero, negativa.

A los tres días trombosis de los miembros superiores, con lo cual los cuatro miembros están hinchados. El estado general de la enferma es pésimo. Una transfusión de sangre mejora notablemente la disnea y la taquicardia. El edema en los dos miembros inferiores persiste y se inicia la gangrena de los dedos del pie en el lado izquierdo. Una nueva transfusión de sangre no evita la muerte de la enferma, que tiene lugar el 6 de marzo de 1943.

En este caso existía una anemia hipocroma con brotes trombóticos que originaron la muerte de la enferma. Pudo descartarse una neoplasia del tramo digestivo.

* * *

Parece ser que en los casos de síndrome «Hernia diafragmática o eventración diafragmática y trombosis venosa» la anemia hipocroma es el factor primordial en la producción de trombosis. Sin ella la hernia diafragmática y la trombosis venosa sería un hecho de coincidencia sin relación de causa a efecto. Veamos un caso personal.

En 29-X-1953 acude a mi consulta un enfermo de 65 años, que me remite el doctor GALLART.

Relata que desde 1920 sufre del estómago. En 1946 el Dr. GALLART le diagnostica hernia diafragmática. Sometido a tratamiento desde entonces no tiene la menor molestia.

En agosto de 1953 padeció una trombosis del sistema profundo de la pierna derecha con edema de toda la extremidad, pero sin fiebre ni dolor. Guardó cama mes y medio. Muy escaso edema residual.

Cabe resaltar que durante la trombosis no existió anemia. El examen citológico de la sangre en plena trombosis dió los siguientes datos:

Hemoglobina, 98 por ciento ; hematies, 4.800.000 ; leucocitos, 8.600 ; bastonados, 2 ; segmentados, 74 ; monocitos, 9 ; linfocitos, 15 ; plaquetas, 240.000 ; valor globular, 1,02. Tiempo coagulación, 6,30" ; tiempo hemorragia, 2'. Índice protrombina, 100 por ciento.

Úrea en sangre, 0,48 gr. por mil.

Velocidad sedimentación : 17 mm. a la 1.^a hora ; 43 mm. a la 2.^a hora.

* * *

Si la hernia diafragmática origina trombosis venosas es a través de la anemia hipocroma. Así ocurre con los cuatro casos de LIAN y colaboradores y con otro caso personal que vamos a describir a continuación.

En julio de 1953 ingresa en nuestra Sección de Cirugía Vascular una enferma de 68 años, con acentuado edema e induración de los miembros inferiores. Siempre había tenido buena salud hasta hace un año en que presentó un síndrome anémico agudo (1.300.000 hematies), llegando a un estado gravísimo. Después de tres transfusiones de sangre mejoró su estado general. Sospechando una neoplasia se procedió a la exploración radiológica del tubo digestivo, descubriendo una hernia diafragmática.

A los pocos días del síndrome anémico tiene súbitamente dolor y gran edema en los dos miembros inferiores, apareciendo un cuadro típico de trombosis venosa bilateral. El edema de las dos piernas es enorme y el dolor tan intenso que la enferma llegó a tomar hasta siete y ocho inyecciones de morfina al día. A los dos meses empezó a levantarse. La anemia era muy rebelde a todos los tratamientos. Por último, una terapéutica energética con hierro la mejoró ostensiblemente.

El examen de sangre da el siguiente resultado :

Hematies, 3.100.000 ; hemoglobina, 61 por ciento ; valor globular, 1 por ciento ; leucocitos, 4.400 ; basófilos, 1 por ciento ; eosinófilos, 3 por ciento ; neutrófilos en franja, 1 por ciento ; neutrófilos segmentados, 63 por ciento ; linfocitos, 30 por ciento ; monocitos, 2 por ciento.

Anisocitosis mediana. Plaquetas algo disminuidas (100.000).

Velocidad sedimentación globular, 1.^a hora 28 mm., 24 horas 102 mm.

Inicia la coagulación a los 5 minutos, coagulación total a los 6 minutos.

Tiempo de sangría, 1 minuto.

Retracción del coágulo, normal.

Proteínas totales, 7,5 por ciento.

Serinas : globulinas, 60/40.

Reacción de Weltmann, 5.

Formolgelificación, negativa.

Lactogelificación, positiva + +.

Takata-Ara, oooooooo.

Reacción cadmio, negativa.

Se practican varias radiografías que confirman la existencia de la hernia diafragmática.

Después de algunos días de reposo en cama, con las piernas elevadas, se aplica un vendaje con cola de zinc, bilateral, y la enferma marcha a su casa continuando la terapéutica con hierro.

* * *

Bajo el punto de vista terapéutico se debe resaltar que en estas trombosis venosas la terapéutica anticoagulante se halla contraindicada ya que podría

aumentar las hemorragias, causa primordial de la trombosis. El traumatismo con sales de hierro parece ser la mejor terapéutica médica. Bajo el punto de vista quirúrgico la curación operatoria de la hernia diafragmática podrá ser necesaria en algunos casos. Durante el brote anémico el estado del enfermo es tan grave que no permite una operación de esta magnitud. Uno de nosotros (Osés) propuso practicar la frenicectomía con objeto de que la parálisis diafragmática anulara la constrictión gástrica y con ello se evitara las hemorragias.

En enero de 1946 ingresa en el Instituto Policlínico una enferma de 53 años cuyo estado general es pésimo. El examen de su sangre da el siguiente resultado :

Hematies, 1.200.000 ; hemoglobina, 29 por ciento ; valor globular, 1 ; leucocitos, 6.200 ; polinucleares neutrófilos adultos, 61 por ciento ; polinucleares neutrófilos degenerados, 19 por ciento ; eosinófilos, 0 ; linfocitos, 16 por ciento ; monocitos, 4 por ciento.

Sospechando una neoplasia se examina a R. X. hallando una hernia diafragmática. Con anterioridad sufría molestias epigástricas, vómitos, hematemesis y melena. Se le practicó una frenicectomía seguida de transfusión de sangre. Se recuperó rápidamente, y a los 8 días la cifra de hematies era de 3.500.000.

Han desaparecido por completo las hemorragias y las molestias digestivas. Su estado general es excelente. A R. X. la hernia diafragmática tiene las mismas características. Paresia del hemidiafragma izquierdo.

RESUMEN

De acuerdo con LIAN y colaboradores, puede afirmarse que algunos casos de trombosis venosa con anemia hipocroma se deben a la existencia de una hernia diafragmática.

En estos casos la terapéutica anticoagulante se halla contraindicada, ya que podría aumentar las hemorragias, causa primordial de la trombosis.

Si la terapéutica médica no es suficiente, dado el pésimo estado de estos enfermos, puede practicarse una frenicectomía que, al suprimir la constrictión gástrica, suprime las hemorragias.

S U M M A R Y

According to LIAN, SIGUIER and WELTI, some cases of venous thrombosis are due to the hypochromic anaemia which often complicates diaphragmatic hernia. In these cases, anticoagulants are contraindicated. Treatment should be first medical and ferruginous ; eventually, following failure of this medical therapy, the surgical cure of the hernia is indicated. The authors recommend resection of the phrenic nerve in desperately ill patients. The disappearance of gastric diaphragmatic constriction abolishes the hemorrhage.

B I B L I O G R A F I A

1. — C. LIAN, F. SIGUIER y J. J. WELTI : *Le syndrome «Hernie diaphragmatique ou évagination diaphragmatique et thromboses veineuses»*. La Presse Médicale, vol. 61, n.º 8, 7 febrero 1953.

2. — WILLIAM SANKEY: Citado por Allen, Barker, Hines in «Peripheral Vascular Diseases», 1946.
3. — VON NOORDEN: Citado por Allen, Barker, Hines, en «Peripheral Vascular Diseases», 1946.
4. — F. MARTORELL: *Trombotlebitis gangrenantes*, «Medicina Clínica», tomo I, n.º 2, agosto 1943.