

E X T R A C T O S

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.

VENAS

SOBRE LA PATOGENIA DE LA TROMBOSIS DE ESFUERZO (Zur Genese der Austrengunsthrombose). — LENGGHENAGER. «Schweizerische Medizinische Wochenschrift», núm. 31, pág. 1946; **agosto 1946.**

El autor presenta tres casos de trombosis de esfuerzo en el miembro inferior:

1.º Un hombre, de 40 años, hace una subida escarpada con esquíes. A la hora, se presenta ligero dolor en la pantorrilla derecha. Un cuarto de hora más tarde, resbala con el esquí derecho en el momento que adelantaba el izquierdo. Hace un movimiento brusco de retroceso con la pierna derecha en máxima extensión. No cae, porque se apoya en el bastón. Este accidente se acompaña de un dolor muy agudo en la pantorrilla derecha, que persiste después con menos intensidad durante los diez minutos restantes de la ascensión.

Explorada la pantorrilla se aprecia una induración dolorosa a nivel de una variz de la pantorrilla, sin enrojecimiento de la piel ni aumento de temperatura local. Tenía 2 cm. de longitud, y a la mañana siguiente el trombo era ya de 5 cm. Después de algunos días curó.

2.º Un trabajador, de 35 años, al descender de una pequeña escalera, da un paso en falso sobre su pierna derecha, cayendo con la rodilla en extensión sobre la punta del pie. Inmediatamente nota dolor lancinante en el hueco poplíteo. Al principio, cojea. Después, debe guardar cama. Al día siguiente, visto por el médico, presenta una mancha azulada que se extiende desde el hueco poplíteo al centro de la pantorrilla; existe aumento de temperatura local. Por punción se extrae sangre. Veinte días después, el paciente se queja de no poder extender la rodilla. En el hueco poplíteo se encuentran unas venas trombosadas, que se extienden hasta la mitad de la pantorrilla, no serpenteantes y del calibre de una vena normal. Curación en cuatro semanas.

3.º Una mujer, de 28 años, con pequeñas varices en el muslo izquierdo, fué operada de un meningioma parasagital. En el curso postoperatorio, se formó una fistula, guardando cama cuatro semanas; al levantarse por segunda vez presentó en las pequeñas varices superficiales del muslo un endurecimiento doloroso, que

al cabo de unos días tomó color amarillo verdoso y curó sin más extensión de la trombosis.

Estos tres casos corresponden a tres grupos de los cuales sólo el primero puede llamarse de esfuerzo, ya que en el segundo se debe a la inflamación aséptica que provocó la presencia del hematoma y en el tercero tampoco existe esfuerzo alguno.

Las observaciones del autor le han conducido al siguiente punto de vista sobre las trombosis del esfuerzo. La trombosis de esfuerzo debe ser una enfermedad de uso o desgaste, la cual por la repetida distensión de la pared de una variz o vena, al parecer normal, conduce a un desgarro o dislaceración del endotelio o al menos a una distensión aguda. Esta gradual distensión y trastornos agudos de la pared de la vena conducen a la trombosis. Esta afirmación requiere su justificación inmediata.

Los tejidos del organismo sometidos a trabajo necesitan una pausa de restablecimiento. Si esta pausa es insuficiente, el material padece y la recuperación es sólo parcial. Pasa ésta en los huesos, en la osteocondritis juvenil o enfermedad de Perthes. En los tendones, un trabajo intenso puede llegar a provocar una inflamación aguda con exudado hasta conducir a la tendovaginitis crepitante. En la piel, después de remar o de una marcha pueden aparecer vesículas. En el tejido muscular, los esfuerzos repetidos crónicos en la pared abdominal dan lugar a las hernias. En el tejido arterial, los trastornos por distensión debida a la hipertensión conducirán a la degeneración y secundaria calcificación del tejido elástico.

Con este repaso se comprende cómo las varices están expuestas en alto grado a las trombosis de esfuerzo. Las varices son venas cuya pared muscular ya no pueden sostener su propia carga. Se dilatan y las válvulas se hacen insuficientes. En este tubo dilatado la presión que soporta la pared es mucho mayor que en un tubo estrecho, por tener mayor superficie en que repartirse la misma presión. Se expone varios esquemas en los que se ve un tubo acodado en «T» con dos dediles de goma, de distintos tamaños, en los dos extremos de la «T»; al insuflar por la rama ascendente el mayor se llena primero y llega a explotar por tener más superficie de presión. Se presenta, pues, la paradoja de que con la misma presión no puede compararse la dilatación que sufre un tubo de ancho calibre a un tubo de pequeño calibre. Esto, aplicado a las venas, nos demuestra que cada salto o cada movimiento del cuerpo produce un aumento de presión en el sistema venoso que depende de la inercia y de la duración del impulso dilatador sobre la pared de la vena. También el montar en bicicleta, en el momento de descender el pedal la presión disminuye y al elevarlo aumenta. En una vena varicosa esta presión actuará, libre de la protección de las válvulas, sobre una extensa superficie por

la dilatación de la pared. Estos impulsos dilatarán mucho más la pared varicosa. De aquí la observación frecuente de que la variz es mayor por la noche que por la mañana. Con esta desproporción de requerimientos y período de reposo se producen cambios en la pared venosa, con exudado, que puede conducir a una trombosis del sector venoso afecto.

En cualquier daño agudo en una célula del cuerpo puede segregarse con el exudado una pequeña cantidad de tromboquinasa. También es interesante el saber la presión que resiste la safena normal: 3 atmósferas. En cambio, las venas varicosas de pequeño calibre pueden romperse ya a 0,2 atmósferas. Alguna variz ha estallado con sólo una inyección esclerosante.

De esta manera se explica la trombosis de esfuerzo del esquiador de la primera historia.

Pero ¿cómo se explica el tercer caso? A consecuencia del reposo, y de una falta de costumbre, los tejidos de sostén quedan debilitados. Los vasos pierden la capacidad de contraerse. Por ello los pacientes al levantarse por primera vez tienen cianosis de las piernas. Por ello, también, en las venas varicosas sobreviene una presión oscilante, produciendo una distensión aguda con consecutiva trombosis en la pared dañada. Esta flebitis no tiene ninguna relación con la flebitis postoperatoria corriente. La de esfuerzo se inicia en el momento de levantarse; en cambio, la otra es anterior. La primera da síntomas inmediatos; la otra puede estar en latencia. La primera no da embolias porque primero es la lesión de la pared, y fija por tanto el émbolo inmediatamente, como en el caso de una inyección esclerosante; en cambio en la flebitis postoperatoria hay un remanso de corriente sanguínea y una aglutinación de plaquetas sin que la pared se afecte primeramente. Por ello hay gran cantidad de embolias.

Denominamos a estas flebitis «ermüdungs-phlebitis» (flebitis por fatiga) o «kamatophlebie» de ermüdung, kamato, cansancio. El cansancio se refiere aquí al material de la pared de la vena, no al cansancio o fatiga del individuo.

Se cita otro ejemplo de un atleta con una variz en la rodilla que en un salto notó un dolor en dicha articulación sin ningún trauma directo, y al explorarse no se vió nada anormal más que dolor a nivel de la variz. Diez minutos más tarde, notó una clara induración. La variz trombosada a los cuatro días se coloreó de amarillo-verdoso. Un ejemplo más de flebitis por fatiga.

No entramos en consideraciones sobre las flebitis de esfuerzo del miembro superior. La mayoría se trata de trombosis de la axilar o subclavia. Según LOEWENSTEIN se producirían por compresión mecánica del ligamento costo-coracoideo sobre la pared de la vena. Pero ¿por qué no podría tratarse de una contusión repetida y rítmica de la pared de la

vena subclavia, entre la clavícula y la primera costilla, en trabajos fatigosos que obliguen al movimiento repetido del cinturón escapular?

JOSÉ VALLS SERRA

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE LA PIERNA DESPUÉS DE ESFUERZO O DISTENSIÓN (*Deep Venous Thrombosis in the Leg Following Effort or Strain*). — CRANE, CHILTON. «New England Journal of Medicine», vol. 246, pág. 529; 3 abril 1952.

En esta comunicación se pone de relieve la importancia de la trombosis venosa profunda en las extremidades inferiores por esfuerzo o distensión y se presentan trece casos. Las características esenciales de otros diez, escogidos entre los ya publicados, se reúnen en una tabla. Se estudia el mecanismo etiológico trazando un criterio para el diagnóstico.

Los cuatro primeros casos ocurrieron después de la «prueba del escalón», muy empleada en el Departamento de Higiene de la Universidad de Harvard. Consiste en hacer subir y bajar un escalón cada cuatro segundos, durante cinco minutos, con las dos piernas o alternando.

Caso núm. 1. — Estudiante, de 19 años. Ingresa en el hospital cinco días después de haber practicado la prueba del «step up» (del escalón). Estuvo bien hasta pasadas cuarenta y ocho horas que percibió dolor sordo en la pantorrilla derecha. Persistió el dolor acompañándose luego de sensación de pesadez en la pierna. Sensibilidad dolorosa al tacto en tercio superior de la pantorrilla y aumento de su circunferencia comparada con el lado izquierdo. Edeme maleolar y supramaleolar. Eran palpables dos cordones profundos en la pantorrilla que se interpretaron como venas trombosadas. Dolor acentuado a la dorsiflexión del pie. Circulación arterial normal, ninguna equimosis.

Reposo absoluto en cama, elevación de las piernas, vendajes compresivos y Heparina, durante siete días. Remisión de todos los síntomas.

Veinticinco meses después, nota algo pesada la pierna después de una marcha prolongada o de permanecer de pie. Las venas superficiales son más prominentes que las de la pierna izquierda.

Caso núm. 2. — Estudiante, de 21 años. Ingresó tres días después de la prueba del «step up», realizada con las dos piernas por igual. Pasadas cuarenta y ocho horas empezó a notar tirantez y dolor en la pantorrilla izquierda, más acusados al permanecer de pie. Ligera cojera. Presentaba dolor en el hueco poplítico o induración en la región de los vasos poplíticos. Toda la pantorrilla era dolorosa a la palpación y a la compresión lateral y más dura que la derecha. Signo de Homans, positivo. No edema ni cambios de coloración de la extremidad. Circulación arterial, normal.

Diagnóstico preliminar de distensión muscular de la pantorrilla izquierda. Reposo en cama. Vendaje compresivo con elevación de la pierna, y fomentos. Tres días después, desaparición del dolor en la pantorrilla y detrás de la rodilla. Sólo quedó ligera hipersensibilidad en la pantorrilla y a lo largo de la vena poplítica. No equimosis

Caso núm. 3. — Estudiante, de 24 años. Ingresó cuatro días después de la prueba «step up». Al día siguiente de ella, molestia en la pantorrilla derecha, y a su ingreso presentaba ligero edema del tobillo y pierna. Dolor en la pantorrilla y a la dorsiflexión pasiva del pie. No trombosis superficial ni dolor en el muslo, así como tampoco cambios de coloración en la extremidad.

Al principio también se creyó, en este caso, que se trataba de una distensión muscular, estableciendo reposo en cama, fomentos y elevación de la extremidad. Tres días después habían desaparecido todos los síntomas y fué dado de alta.

Caso núm. 4. — Estudiante, de 19 años. Ingresó una semana después de realizada la misma prueba («step up»). Dos días después de ella, pantorrilla izquierda dolorosa; y al cuarto día, aumento del dolor y malestar en la pierna. A su ingreso pantorrilla indurada, hinchada y con dolor difuso. Signo de Homans, positivo. No equimosis, venas superficiales prominentes ni alteraciones de color. Circulación arterial normal. Diagnosticado de distensión de los gemelos fué tratado con reposo en cama, elevación de la extremidad y fomentos. A los cuatro días fué dado de alta. Diez y ocho meses después estaba perfectamente. (Resulta significativo el hecho que dos de estos casos son muy similares y fueron remitidos por un cirujano muy familiarizado con los traumatismos del deporte, quien apreció que los síntomas más elocuentes no correspondían precisamente a los propios de las lesiones musculares).

Caso núm. 5. — Profesor, de 55 años. Jugando a pelota a mano, súbito calambre en la pantorrilla derecha, con posterior sensación de tirantez y dolor que le obligó a interrumpir el juego. Al día siguiente edema difuso e induración de la pantorrilla con dolor a la presión de los vasos poplíteos. Signo de la dorsiflexión del pie, positivo. Circulación arterial, normal. No cambios de la coloración ni de temperatura local. Reposo en cama, elevación de los pies de la cama y vendajes compresivos. Cuatro días después, sin síntomas, inició gradualmente la movilización. Treinta meses después estaba perfectamente.

Caso núm. 6. — Paciente de 53 años. Arrodillándose para cambiar un neumático de automóvil, al levantarse advirtió dolor súbito agudo en la región poplítea derecha. Duró cinco minutos, pero por la tarde sentía ciertas molestias que aumentaron en los días sucesivos, traducidas por sensación de rígidez, dolor y reaparición por las tardes de edema en la pierna. Fué visto a los diez días. Aumento de la circunferencia de la pantorrilla derecha. Induración difusa de la pantorrilla hasta región poplítea. No otras alteraciones. Reposo absoluto en cama, que se hizo sólo parcialmente. Vendajes compresivos y media de goma. A los nueve días reanudó el trabajo en forma discontinua. A los dos meses persistía sólo edema por las tardes.

Caso núm. 7. — Paciente de 65 años. Montando a caballo, advirtió tirantez en la pantorrilla izquierda. A las dos semanas continuaban las molestias que se exacerbaron, con dolor agudo nocturno, aumento de la tirantez e hinchazón. Mayor volumen de la pantorrilla, induración a lo largo del curso de la vena tibial posterior y gemelos. Con reposo en cama y elevación de la pierna mejoró mucho. Dos semanas después las venas superficiales eran más prominentes que antes. Media de goma.

Caso núm. 8. — Paciente de 58 años. Al saltar sobre una bala de algodón advirtió cierta molestia en la pierna izquierda. A las cuarenta y ocho horas, dolor, hinchazón y tirantez en la misma. Diagnosticado al principio de distensión muscular, al noveno día presentaba considerable hinchazón por debajo de la rodilla, pantorrilla tensa. Escaso edema en el tobillo. No equimosis. Circulación arterial, normal. Dolor a la presión de la pantorrilla y a la dorsiflexión del pie. Reposo absoluto en cama, con los pies de la misma elevados. Heparina y Dieumarol. Restablecimiento excelente.

Caso núm. 9. — Enfermo de 48 años. Jugando al tenis, dolor fuerte en el pie izquierdo al ponerlo en el suelo. Dolor inmediato en la pantorrilla seguido de hinchazón y equimosis. Prosiguió jugando durante varios días hasta que se lo impidieron la hinchazón y el dolor. Despues de guardar reposo temporal en cama, por tres veces

consecutivas, persistía hinchazón, cojera y tirantez. A los cuarenta días la exploración revelaba edema del pie izquierdo y tobillo con discreta cianosis. Pie izquierdo más frío que el opuesto/ así como pulso en la pedia izquierda más débil. Sección de la vena femoral superficial y simpaticectomía periarterial. Inmediatamente después de la operación el pie adquirió color rosado y se calentó. Al mes la pierna izquierda era normal, y diez años después sigue bien.

Caso núm. 10. — Enfermo de 27 años. A la mañana siguiente de jugar al golf advirtió ligera sensación de tensión y dolor en la parte alta de la pantorrilla izquierda. Dos días después considerable edema, que aumentó al cuarto día. La pulsatilidad de la arteria pedia era dudosa. La dorsiflexión del pie causaba una desagradable sensación en la pantorrilla. Tratado con reposo absoluto en cama y elevación de los pies de la misma. Diez días después, gradualmente se reintegró a sus ocupaciones. A los diez años la pierna izquierda permanecía normal.

Caso núm. 11. — Enfermo de 34 años. Después de intentar poner en marcha una motocicleta, apoyando el pie derecho vigorosamente sobre el pedal de arranque unas veinticinco veces, al día siguiente dolor y sensación de peso en la pierna derecha, seguido a los dos días de hinchazón y aumento del dolor. La exploración practicada a las cuatro semanas de iniciado el proceso mostró positivo el signo de la dorsiflexión del pie. Cianosis del pie derecho en posición erecta y endurecimiento de la pantorrilla. Tratado con elevación y vendaje de la pierna.

Caso núm. 12. — Enfermo de 56 años. Al correr para coger un tren notó dolor agudo en la pantorrilla derecha, como si le hubieran propinado un puntapié. Tres días después de seguir con dolor, al agacharse nuevo dolor agudo en la misma pierna, seguido de hinchazón en tobillo y región supramoleolar. Explorado a los nueve días se apreciaba edema depresible, hipersensibilidad dolorosa de la pantorrilla y signo de la dorsiflexión positivo. Zonas irregulares de equimosis en la cara anterior del tobillo. Cianosis en posición de pie. Tratado con reposo absoluto en cama, elevación de las piernas y Dicumarol. A los doce días fué dado de alta.

Caso núm. 13. — Enferma de 70 años. Subiendo una escalera le resbaló el pie del escalón. Al día siguiente molestia en la pantorrilla. Aquella noche dolor torácico. Tensión y dolor en pantorrilla con signo positivo a la dorsiflexión del pie, cianosis y escaso edema. Infarto pulmonar, revelado radiográficamente. Reposo en cama doce días y Dicumarol. Restablecimiento.

En el mecanismo etiológico de esta clase de trombosis venosa obran conjuntamente al menos dos de los siguientes factores: acentuado aumento de la presión en el tronco venoso fémoropoplíteo, la contracción muscular del miembro y la ingurgitación venosa periférica.

En los esfuerzos, al trepar y al saltar, se provoca un aumento de la presión intraabdominal con fijación del diafragma y contracción de la musculatura del abdomen que se refleja por elevaciones bruscas de la presión de la vena cava, ilíacas y fémoropoplíteas. Cualquier punto débil en los tejidos, por ejemplo, foramen oval, haría posible la aplicación de una fuerza dislocante en la pared de la vena o en una válvula situada en dicho punto. En las autopsias realizadas por Mc. LACHLIN y PATERSON hallaron que 23 de 76 trombosis venosas tenían su origen en los repliegues valvulares.

En la mayoría de ocasiones al efectuar un esfuerzo (saltar, levantarse después de una caída o de un salto, elevar objetos pesados, etc.) los múscu-

los planos de la pantorrilla y el grupo del cuádriceps del muslo se contraen simultáneamente. Los troncos venosos de la pantorrilla se comprimen así bruscamente contra la cara posterior de la tibia, impulsando la sangre venosa hacia el compartimiento muscular que rodea al canal de Hunter. Si la presión en el tronco venoso femoropoplíteo es ya muy alta, se crea así una fuerza dislacerante adicional. Las contracciones musculares violentas añadidas pueden contusionar la delgada pared de las venas y «*vasa vasorum*» y, junto al desgarro muscular, provocar la ruptura de una rama venosa en su punto de origen.

La ingurgitación venosa periférica puede producirse por excesiva angulación de la vena en la región poplítea (arrodillarse o sentarse en cuclillas) y también por presión tendinosa sobre la vena poplítea (banda fibrosa de origen del sóleo).

Sea cualquiera la causa de producción, la lesión principal de esta clase de trombosis venosa parece radicar en la pared de un tronco venoso importante, tal vez a menudo en la intersección con una válvula, constituyéndose el trombo en la forma clásica.

La rara aparición de trombosis venosa profunda después de la rotura de muchas venas comunicantes al practicar el «*stripping*» de la safena interna hace pensar en que la lesión de las venas a distancia de los troncos principales es inocua. El hecho de ser unilateral y ocurrir este síndrome en personas sanas descarta una anormalidad del mecanismo de la coagulación.

Precisa distinguir la distensión muscular de la trombosis venosa profunda; la tirantez, dolor y molestia de la distensión muscular se deben a la formación del hematoma, alcanzando su grado máximo entre las cuatro y veinticuatro horas. En la trombosis venosa se requiere el establecimiento gradual de un bloqueo venoso suficiente apareciendo los síntomas entre los dos y siete días. El edema, si existe, es local y de aparición en pocas horas en la distensión muscular; en la trombosis es más tardío y difuso. La induración también es localizada en aquélla; y sigue los troncos vasculares o es difusa en la trombosis venosa. La rotura muscular a menudo ocasiona equimosis, la trombosis no. El signo de Homans, casi siempre es positivo en los casos de distensión muscular en la pantorrilla. La dilatación de las venas superficiales y el tinte cianótico de la pierna ayudan a confirmar el diagnóstico de trombosis venosa.

La afección predomina en los hombres. Principia en un solo lado. La embolia pulmonar es rara. La mejor terapéutica es el reposo en cama con elevación de las piernas, vendaje compresivo y ejercicios hasta la remisión de todos los síntomas. Para evitar las recaídas y la remota posibilidad de embolia pulmonar son convenientes los anticoagulantes. La ligadura femoral no debe realizarse, salvo que haya sobrevenido una embolia pulmonar o que persistan los síntomas más de seis u ocho semanas con trata-

miento conservador. Los pacientes con distensión muscular de la pantorrilla se deben vigilar durante los diez primeros días en busca de signos de trombosis venosa. De otra forma, las personas sanas y con actividad normal que presentan signos de trombosis venosas en una pierna se deben interrogar detalladamente acerca del antecedente de esfuerzo o distensión.

LUIS OLLER CROSIET

TROMBOSIS VENOSA ESPONTÁNEA EN LAS PIERNAS DE INDIVIDUOS ALTOS (*Spontaneous Venous Thrombosis in the Legs of Tall Men*). — NAIDE, MEYER. «Journal American Medical Association», vol. 148, pág. 1202; 5 abril 1952.

Se reunen seis casos de trombosis venosa espontánea en las piernas de individuos altos que median más de 182,88 cm. La trombosis apareció después de un esfuerzo o sin causa aparente. En tres casos el primer síntoma fué un infarto pulmonar y los seis habían sufrido el proceso en las dos extremidades, ya inicialmente o en otra ocasión. Cinco tuvieron embolias pulmonares; dos durante el tratamiento anticoagulante y un tercero después del mismo.

Observación núm. 1. — Varón de 38 años. Talla 1'91 m. Peso 93 kilos. Flebitis superficial pierna derecha en 1945 y 47. En julio de 1948, después de haber ayudado a trasladar un mueble, durante el período de diez días sufrió cuatro síncope de un minuto de duración cada uno. La exploración reveló tromboflebitis aguda de la safena interna derecha con trombosis venosa profunda, atribuyendo los síncope a pequeños infartos pulmonares. La exploración radiológica del tórax mostraba pequeños pinzamientos de la pleura y el diafragma y del pericardio con la pleura en el lado izquierdo. Tratado con Heparina-Dicumarol y bloqueo de los ganglios simpáticos con cloruro de tetraetilamonio. A los dos días advirtió a nivel de la rodilla sensación de comezón como si tuviera un insecto, se agachó para rascarse, viendo entonces que ascendía hacia el muslo y desaparecía, notando inmediatamente un dolor agudo en la región precordial con sensación de opresión que cedió en unos minutos. Ligadura de la vena ilíaca primitiva derecha. Seis meses más tarde cordón doloroso en cara interna del muslo izquierdo, y a los pocos días de tratamiento conservador hinchazón de la pantorrilla de ese lado. Ligadura de la vena ilíaca primitiva izquierda que se halló libre de coágulos. Seis meses después existía ligero edema en ambas piernas. Desde entonces bien.

Observación núm. 2. — Varón de 38 años. Talla 1'88 m. Peso 94 kilos. En 1945, en el curso de una flebitis de la pierna izquierda, proceso pulmonar diagnosticado de neumonía. Hasta cinco meses después ocurrieron varios episodios pulmonares. Entonces se hizo el diagnóstico de embolias pulmonares, procediendo a la ligadura de la vena ilíaca primitiva. En 1946, dolor en la pantorrilla derecha, advirtiendo una vena indurada a nivel de la cara interna. Con anticoagulantes desaparecieron los

síntomas, pero cinco meses después nuevo episodio de tromboflebitis con embolia pulmonar. Estuvo muy grave. Ligadura de la vena ilíaca primitiva derecha. En 1947, flebitis superficial del pie, tobillo y pierna derechos, tratada con tetraetilamonio y Dicumarol.

Observación núm. 3. — Varón de 49 años. Talla 1'85 m. Peso 93 kilos. En enero de 1947, después de conducir automóvil en un viaje de 4.828 km., expectoración hemoptoica sin signos de flebitis. No obstante se diagnosticó infarto pulmonar y se instituyó tratamiento con Dicumarol. Cuatro días después dolor en la pierna derecha. Ligadura de la vena femoral común. Un mes más tarde tromboflebitis de la pierna izquierda y ligadura de la femoral común izquierda. En julio y octubre del mismo año nuevos brotes de tromboflebitis, con expectoración hemoptoica y dolor torácico la segunda vez. Heparina y Dicumarol. La extremidad inferior izquierda era más voluminosa que la derecha. Ante una nueva embolia pulmonar se propuso la ligadura bilateral de la vena ilíaca primitiva que el enfermo no aceptó.

El hecho de que cinco de los enfermos sufrieran embolias pulmonares señala a la trombosis venosa espontánea en las personas altas como peligrosa, y resulta aconsejable la ligadura venosa puesto que estos pacientes no responden bien a los anticoagulantes.

El esfuerzo físico realizado, incluyendo el de las piernas, parece que fué el factor desencadenante de la trombosis en cuatro de los seis pacientes. Además la mayor longitud de la vena en estos individuos altos puede hacer más difícil el retorno venoso hacia la vena cava, predisponiendo así a la estasis. La postura encogida que a veces tienen que adoptar las personas altas durante largos ratos, especialmente al sentarse, puede constituir otro factor. El estiramiento como resultado del esfuerzo y la postura viciosa de la pierna pueden producir la separación del trombo y la embolia pulmonar.

Para el diagnóstico diferencial deben tenerse en cuenta la tromboangiitis obliterante en los varones con oclusión arterial y trombosis venosa. Aunque muy rara, la embolia pulmonar puede ocurrir en estos pacientes.

En los seis enfermos que se presentan en este trabajo los factores predisponentes fueron probablemente la estatura y la tensión impuesta al sistema venoso y tal vez una tendencia al aumento de la coagulación sanguínea.

El enfermo de la Observación número 1 es el primer caso conocido por el autor de sensación subjetiva de emigración del trombo, y que debido a la existencia de un antiguo trombo que bloqueaba la vena ilíaca primitiva, como se apreció en el acto operatorio, impidió probablemente la embolia pulmonar mortal.

LUIS OLLER-CROSIET

EL PAPEL DE LA CIRUGÍA EN LAS FLEBITIS VARICOSAS (La place de la chirurgie dans les phlébites variqueuses). — OLIVIER, Cl. «La Presse Médicale», núm. 71, pág. 1507; 8 noviembre 1952.

Hay quien insiste sobre la benignidad de evolución de las flebitis varicosas. Merced a ello indican reposo en cama, privando así a estas trombosis de una terapéutica moderna. Nos referimos aquí a las trombosis de las varices esenciales (40 casos).

Las flebitis varicosas no son raras. Suelen aparecer en la safena interna en la vecindad de la rodilla. Se trata de *Tromboflebitis obliterantes* muy semejantes a las descritas en los troncos profundos, aunque sin los peligros de éstas, excepto *si se propagan* a estos troncos dando lugar a *embolias* o secuelas (4 casos).

A estas tromboflebitis obliterantes la mayor parte de los trabajos oponen la para o periflebitis como aspecto habitual de la enfermedad. Nosotros sólo hemos visto 2 casos. La flebografía permite comprobar la integridad de la luz venosa. Se trata verosímilmente de simples abscesos linfangíticos.

La flebitis varicosa suele ser algo más frecuente en el hombre que en la mujer (24 por 16), y complicación no precoz de las varices (a los 55 años de edad como promedio; y más de 10 de evolución de las varices). Algunos habían desarrollado úlceras (7 casos, 6 del lado afecto). Hecho interesante, *una cuarta parte de estos pacientes presentaron con anterioridad flebitis superficiales del mismo lado*.

Si la periflebitis acepta una puerta de entrada microbiana de vecindad, en la flebitis varicosa no ha podido ser demostrada.

Su aspecto clínico es de sobra conocido: se trata de un cordón duro, alargado, caliente y doloroso, o de un paquete nodular e irregular elevando una piel más o menos rosada. Es enfermedad local, poco febril, pero dolorosa. Sólo en raros casos puede ser de diagnóstico dudoso: varices ampulares del cayado de la safena interna o adenopatía, flebitis de un paquete o placa de celulitis.

Lo que importa, de hecho, es conocer el *estado de la circulación profunda*. Un buen interrogatorio puede solucionar el problema de si se halla ésta afecta: larga evolución previa sin tratamiento, inmovilización en cama sin anticoagulantes; extensión de la trombosis a uno de los cayados (si bien antes de invadir el tronco principal suele pasar un cierto tiempo detenida en la desembocadura). Cualquiera de estos elementos obliga a explorar bien la circulación profunda en toda su extensión (flebografía bajo heparinización, en la duda).

No vamos a discutir los diferentes métodos de tratamiento, pero *uno de ellos será sin duda condenado: el reposo en cama*. Recordemos que el decúbito es una de las principales causas de las flebitis varicosas.

Para las formas benignas y de poca extensión recomendamos venda elástica, calor, ionización con salicilato y deambulación a pesar del dolor. Vigilancia, por si se hace necesaria una terapéutica radical.

La intervención quirúrgica se impone, en efecto, cuando la trombosis muestra tendencia ascendente. Se ha recomendado la ligadura o resección de los paquetes trombosados; otros, en caso de trombo voluminoso y doloroso, recomiendan la esclerosis y evacuación del trombo por una pequeña incisión que cerrará sola. Pero el acto quirúrgico esencial es la resección del cayado de la safena correspondiente y de sus colaterales. Esta intervención se opone a la extensión hacia la profundidad y acorta la evolución de la enfermedad. En ausencia de este procedimiento la recidiva es frecuente.

En caso de extensión a la profundidad se administrarán *anticoagulantes*. En principio somos hostiles a la cirugía de la mayoría de las flebitis recientes de las venas profundas, por razón de la imposibilidad de apreciar el área trombosada; en tanto que somos partidarios de ella en las trombosis varicosas que se extienden.

Resumen: 1.º Del estudio de 40 observaciones el autor concluye que la flebitis varicosa es siempre en la práctica una tromboflebitis obliterante banal y no una periflebitis. Queda por probar si estas últimas (2 casos entre 40) no son simples y banales linfangitis.

2.º La principal complicación de las flebitis varicosas es su extensión en profundidad, origen de embolias y secuelas graves. Esta extensión es rara (4 entre 40) y los signos clínicos bastan para descubrirla.

3.º Las flebitis varicosas benignas justifican su tratamiento por la deambulación y la compresión elástica.

4.º Las formas con tendencia a extenderse deben someterse a la resección urgente del cayado de la safena correspondiente. Asociada a la deambulación y eventualmente a la incisión del trombo, entraña la curación en algunos días y realiza la profilaxia de accidentes posteriores.

5.º La única contraindicación es la afección de los troncos profundos. En tal caso, debe preferirse la terapéutica anticoagulante.

ALBERTO MARTORELL.

PRESENTACIÓN DE UNA NUEVA TÉCNICA PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME POSTROMBÓTICO (INTERRUPCIÓN TRIPLE ESCALONADA DE LAS VENAS TIBIALES POSTERIORES Y PERONEAS Y DE LAS VENAS DE LOS MÚSCULOS GEMELOS) CON FLEBOEXTRACCIÓN DE AMBAS SAFENAS (Apresentação de nova técnica para o tratamento de Síndrome postrombótica (interrupção tríplice escalonada das veias tibiais posteriores e personeiras e das veias dos músculos gêmeos) com fleboextração de ambas as safenas). — DEGNI, MARIO. («Labor». vol. II, n.º 2; 1955.

Tras presentar su concepción patogénica y los factores que llevan a la descompensación en el síndrome postrombótico, se describe un método personal cuyo objetivo fundamental consiste en anular todas las venas colaterales y el sistema troncular fémoro-poplíteo-peroneo-tibial recanalizado que mantienen los tres factores de descompensación: columna hidrostática, ondas hipertensivas largas y cortas.

Consiste en una triple (o doble, cuando es imposible la primera) sección entre ligaduras de las venas peroneas y tibiales posteriores en los tercios superior, medio e inferior de dichas venas, y en la sección entre ligaduras de las venas gemelas cuando existe extrema sensación de cansancio en los músculos de la pantorrilla. Los segmentos de las venas peroneas y tibiales comprendidos entre las ligaduras sufren además una flebotripsia, con una pinza hemostática, para provocar una trombosis quirúrgica más constante. Por último se completa la intervención con la fleboextracción de la safena interna y sección entre ligaduras del cayado de la safena externa, con o sin fleboextracción de esta vena según el caso clínico.

Simplifica la operación sustituir las ligaduras de las venas por la colocación de unos «clips».

ALBERTO MAÑORELL