

ANGIOLOGÍA

VOL. XI

MARZO - ABRIL 1959

N.º 2

TRATAMIENTO DEL SINDROME POSTROMBOFLEBITICO MEDIANTE TRASPLANTE DE SAFENA INTERNA

EDUARDO C. PALMA y RUBEN ESPERÓN

Montevideo (Uruguay)

El Síndrome postromboflebitico es frecuente en el Uruguay, como en todos los países del mundo. POPKIN (1) señala que en EE.UU. hay alrededor de 10.000.000 de habitantes que padecen de esta secuela.

Los diversos tratamientos médicos y quirúrgicos empleados hasta el momento han dado resultados poco alentadores, obteniéndose mejorías pequeñas y a veces nulas.

Tanto las operaciones nerviosas (simpatectomía lumbar, neurectomía del nervio safeno interno) como las resecciones venosas (flebectomías, resección de la red venosa superficial varicosa) y las ligaduras venosas (de las venas comunicantes, de las venas profundas, únicas o múltiples) han ofrecido grandes esperanzas en su comienzo que, luego, la observación prolongada de los pacientes ha desvanecido en buena parte.

Muchos de los métodos preconizados como eficaces han tratado en realidad de corregir los defectos circulatorios venosos creando una nueva deficiencia sin eliminar las existentes. Así, cuando se pretende subsanar las secuelas de la recanalización, la falta de válvulas y la hipertensión venosa procediendo a efectuar ligaduras únicas o escalonadas, no se hace más que agregar un nuevo obstáculo a los ya existentes y aumentar la hipertensión venosa.

El tratamiento de la Enfermedad Postromboflebitica mediante injerto venoso apenas había sido intentado hasta el presente, y sin resultados positivos.

La primera operación de injerto venoso en el tratamiento de los trastornos postflebiticos fué realizada por KUNLIN (2), en 1952, quien injertó un trozo de vena safena interna de 18 cm. en el miembro enfermo, anastomosando uno de sus extremos a la vena iliaca externa y el otro a la vena safena interna. El injerto se mantuvo permeable sólo tres semanas.

SAUVAGE y WESOŁOWSKI (3) también han usado injertos venosos en operaciones experimentales en animales.

OLIVIER (4) se manifiesta contrario a los autoinjertos venosos, de acuerdo a los resultados en experiencias animales. Esta es también la opinión de su alumno TOPOUZIAN (citado por OLIVIER) (4).

HOLMAN y STEIMBERG (5) emplearon con buen resultado un homoinjerto de aorta en el tratamiento de un caso de obliteración de la vena cava superior. REVENO, REYNOLDS y DODRILL (6) también publicaron un caso comparable de obliteración de los troncos innominados, tratado con homoinjerto de aorta. OLIVER (4) es partidario también del homoinjerto de aorta.

PALMA y colaboradores (7) presentaron en junio de 1958 el primer caso de trasplante de la vena safena interna para el tratamiento de los trastornos postflebíticos.

OBSERVACIÓN N.º 1. — R. L. M. de V., 33 años. Ingresa en junio de 1955 por trastornos postflebíticos de su miembro inferior izquierdo. La enfermedad actual comenzó hace cinco años, luego de una colecistectomía,

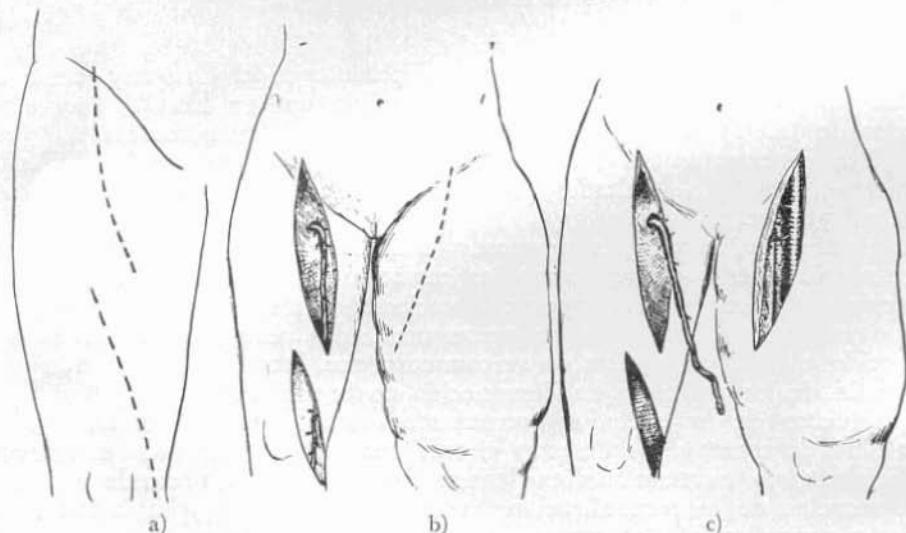


Fig. 1. — a) Trazado de las incisiones para la descubierta de la vena safena interna en el muslo. b) Liberación de la vena safena interna, previa ligadura y sección de todas sus colaterales. c) Vena safena interna liberada, quedando conectada solamente por su extremidad superior.

en que sobrevino una flebotrombosis de su pierna izquierda, con edema, dolor, impotencia funcional parcial, etc. Mejoró con el tratamiento médico; pero ocho meses después, luego de un parto, se produjo una tromboflebitis iliaca izquierda, con gran edema de todo el miembro, dolor, impotencia, fiebre, etc. Mejoró con el tratamiento instituido, pero desde entonces padece de importantes secuelas: edema difuso de todo el miembro, trastornos tróficos, pesadez, dolores, disminución de fuerzas, parestesias, etc., que ha sido rebelde a todos los tratamientos realizados. Dos meses

antes de su ingreso, hizo otro empuje de su enfermedad con fiebre y recrudescimiento de sus dolores y edema.

El examen mostró un miembro inferior elefantiásico, con gran edema difuso y trastornos tróficos, disminución de la fuerza muscular en pierna y muslo, dolor a la compresión de la pantorrilla, signo de Homans positivo; grandes varices suprapúbicas y de los sistemas safeno externo e interno, con venas comunicantes del muslo y pierna insuficientes.

La flebografía mediante cateterismo de la safena externa mostró un sistema venoso profundo permeable en región poplítea y muslo, pero con estasis y dilataciones varicosas.

La safenectomía interna (VII-55) no produjo mejoría alguna.

La enferma reingresó en 1957, con sus molestias acentuadas: dolores difusos en todo el miembro, aun en el reposo, que aumentaban en la marcha y estación de pie; dolores glúteos y lumbares inferiores; mayor elefantiasis; dolor a la presión de las masas musculares del muslo y de la pierna; mayores trastornos tróficos.

Fué operada (V-57) con anestesia local, efectuándose el trasplante de su vena safena interna derecha al muslo izquierdo, pasando subcutáneamente por la región pubiana y anastomosándose su extremo distal a la zona terminal de la vena femoral superficial izquierda.

La enferma mejoró de casi todas sus molestias; cesaron sus dolores, tanto en reposo como en la marcha y en la estación de pie; desapareció la sensación de tensión y de pesadez, la pérdida de fuerzas, la astenia, las parestesias y la impotencia relativa; desapareció la elefantiasis del muslo, cuyo volumen se hizo comparable al del lado opuesto; las dilataciones varicosas suprapúbicas se redujeron enormemente. A nivel de la pierna, se redujo el edema, desapareció la tensión y el dolor a la presión de las masas musculares; persistió el engrosamiento de la pantorrilla y un discreto edema del cuello del pie.

Actualmente la intervención ha sido realizada con resultados favorables en 3 casos.

OBSERVACIÓN N.º 2. — F. R. de A., 36 años. Ingresó por un nuevo empuje de trastornos postflebíticos de su miembro inferior izquierdo. La enfermedad actual se inicia hace nueve años: En el postoperatorio de una intervención en su riñón derecho hizo una flebotrombosis de su pierna izquierda. Cicatrizadas sus lesiones, quedó con dolores y edema moderados del miembro. En 1955 hizo una tromboflebitis aguda de su miembro inferior izquierdo, quedando desde entonces con parestesias y dolores en la marcha y estación de pie, grandes edemas y trastornos tróficos, dificultad para caminar, pesadez, astenia y dolores nocturnos. Tuvo además, en tres oportunidades (la última en IX-58), pequeños empujes de recaída de flebitis. El examen mostró un miembro elefantiásico, con edema difuso, grandes trastornos tróficos, ulceración en el tercio inferior de pierna, hiperestesia cutánea, etc. La circunferencia de ambos muslos reveló una diferencia de 16 cm. entre uno y otro, siendo la desigualdad en las piernas al

nivel de las pantorrillas de 13 cm. La flebografía transósea mostró la obstrucción progresiva de la vena femoral superficial a partir de su origen en el canal de Hunter, hasta hacerse total en su tercio medio.

Fué operada con anestesia local, realizándose el trasplante de su vena safena interna derecha, que fué disecada hasta el tercio inferior de la pierna y pasada luego por dos túneles sucesivos: primero subcutáneamente por la región pubiana hasta el triángulo de Scarpa; luego a lo largo del

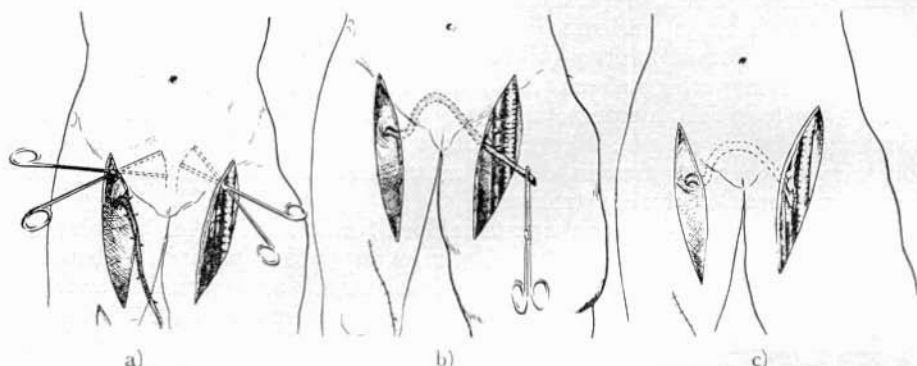


Fig. 2. — a) Se abre el túnel subcutáneo fémoro-pubo-femoral mediante instrumentos de punta roma. b) Pasado del injerto venoso por el túnel subcutáneo. c) Anastomosis terminolateral del extremo distal de la vena safena a la cara anterolateral de la vena femoral superficial.

Sartorio y por debajo del músculo hasta el canal de Hunter. La vena femoral común así como la vena femoral superficial en sus dos tercios superiores estaban obliteradas. Se anastomosó el extremo distal de la safena interna derecha a la cara anterior de la femoral superficial izquierda, al nivel de la parte inferior del canal de Hunter.

La evolución de la paciente ha sido favorable. Luego de una linforragia prolongada, la herida del muslo izquierdo cicatrizó normalmente. Los trastornos funcionales mejoraron mucho, no teniendo la paciente parestesias, dolores, pérdida de fuerzas ni dificultad para la marcha. La úlcera de pierna cicatrizó y disminuyeron los edemas del miembro.

OBSERVACIÓN N.º 3. — C. R., 32 años. Ingresa por trastornos postflebíticos de su miembro inferior derecho, especialmente edema y dolores musculares. Su enfermedad actual se inicia en abril 1958, en el postoperatorio de una colecistectomía; hizo una complicación tromboflebítica. Desde entonces padece de parestesias, calambres musculares, dolores, edemas y astenia del miembro inferior, que han sido rebeldes a todo tratamiento médico instituido. El examen reveló dolor a la compresión de las masas musculares y edema difuso en el miembro.

La flebografía transósea mostró la obliteración de la vena ilíaca externa derecha, con gran desarrollo de la circulación colateral.

Fué operado (IX-58) efectuándose el trasplante de su vena safena interna izquierda al muslo derecho y anastomosándose su extremo distal al tronco venoso en la confluencia de las venas femorales superficial y profunda. En el postoperatorio tuvo linforrea prolongada, cicatrizando luego normalmente la herida.

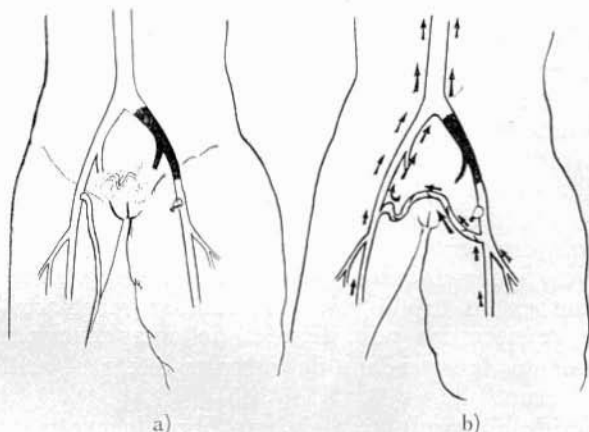


Fig. 3. — a) Esquema que muestra el obstáculo a la circulación venosa de retorno por trombosis de las venas ilíacas. b) Esquema que muestra la derivación de la corriente venosa del miembro enfermo, a través del injerto valvulado de safena interna y hacia el sistema venoso controlateral. Las venas ilíacas derechas desagüan la mayor parte de la circulación de retorno de ambos miembros.

El paciente mejoró de casi todas sus molestias, desapareciendo las parestesias, los calambres, los dolores (de reposo, en la marcha y en la estación de pie) y reduciéndose de manera acentuada el edema distal.

Los *resultados* obtenidos con el trasplante de la safena interna en estas tres observaciones son dignas de mención.

En la I.^a Observación el síndrome postflebítico era cada vez más intenso, luego de cinco años de tratamientos ineficientes; la safenectomía interna tampoco había producido mejoría alguna. A pesar de ello el trasplante venoso le produjo una gran mejoría de casi todos sus síntomas, la que se mantiene luego de seis meses de realizada. Sólo han persistido algunas alteraciones distales, originadas por la obturación de las venas de la pierna; esto se comprende pues la derivación venosa se implantó más arriba en la vena femoral. En cambio desaparecieron los trastornos producidos por el bloqueo de las venas ilíacas.

En la II.^a Observación también se observó una gran mejoría de los trastornos, cicatrizando la úlcera de pierna y desapareciendo los dolores. El edema, en cambio, se ha reducido sólo en parte.

En la III.^a Observación la mejoría fué también muy importante.

El procedimiento utilizado está destinado a actuar sobre los factores fisiopatológicos más importantes de la enfermedad postflebítica, la hipertensión venosa y la estasis sanguínea.

A diferencia de la mayoría de los métodos quirúrgicos utilizados hasta ahora, que entorpecían el retorno venoso, este procedimiento por el contrario trata de sustituir el grueso vaso ocluido por otro de calibre suficiente para restablecer el drenaje y el equilibrio circulatorio del miembro.

Para realizar esta derivación circulatoria hemos preferido recurrir a los autoinjertos en vez de las prótesis con plásticos y los homoinjertos, basándonos en los resultados favorables obtenidos en un gran número de autoinjertos venosos efectuados como derivación circulatoria en las arteriopatías ocluyentes de los miembros inferiores (8).

El injerto autógeno ofrece la ventaja sobre los materiales inertes (tubos plásticos) y homoinjertos arteriales, de que no presentan intolerancias ni capacidad antigénica, incorporándose sin dificultad en la zona de su nueva implantación, pues es un tejido vivo. Hallándose recubierto internamente de endotelio, se reducen las posibilidades de complicaciones trombóticas.

El mantenimiento de su cadena de válvulas internas facilita la circulación venosa de retorno.

Hemos preferido el trasplante al injerto libre, lo que mantiene normalmente la conexión y continuidad de los tejidos en el extremo proximal de la vena femoral común. Esto elimina la necesidad de realizar la sutura anastomótica a ese nivel, a la vez que conserva la vascularización por los vasa-vasorum y la integridad total de la válvula ostial, lo que es de gran importancia para la buena función del injerto. Además se abrevia la duración de la intervención.

También se conservan las venas afluentes del cayado de la safena interna (las subcutáneas abdominales, pudendas, etc.) lo que mantiene permanentemente el flujo sanguíneo normal por el extremo proximal del injerto y sostiene su nutrición y dificulta la complicación trombótica.

Para poder efectuar la intervención ha sido fundamental, además del examen clínico cuidadoso del paciente, realizar el estudio flebográfico de los vasos profundos. Esto permite confirmar la oclusión de los troncos venosos, establecer su localización, su extensión y, lo que es más importante, las zonas permeables en las que puede implantarse el trasplante.

Hemos utilizado de preferencia la vía transósea (transmaleolar, condílea o pubiana, según la topografía), que ofrece las ventajas de más fácil ejecución y menor porcentaje de complicaciones. A pesar de ello es un procedimiento no exento de peligros por la posibilidad de reactivar la trombosis, por lo que sistemáticamente procedemos a la inyección del contraste (solución organoyodada al 35 %) con una inyección de suero heparinizado, que se vuelve a repetir una vez terminado el examen y antes de retirar la aguja. Además, el líquido de contraste se inyecta conjuntamente con una pequeña dosis de heparina.

Igualmente, durante la intervención quirúrgica y un momento antes de proceder a efectuar la sección distal de la vena safena, se hepariniza el pa-

ciente hasta volver su sangre incoagulable. Una vez terminada la anastomosis venosa terminolateral de derivación, se restablece la coagulación sanguínea normal, mediante protamina intravenosa.

La operación es de fácil ejecución, pues se actúa sobre zonas bastante cual ofrece ventajas en la evolución del caso.

Ya en el postoperatorio inmediato se efectúan ejercicios musculares para activar la circulación venosa de retorno, completando luego con el levantamiento precoz.

La operación es de fácil ejecución, pues se actúa sobre zonas bastante superficiales, de fácil abordaje y con pocos riesgos quirúrgicos.

Debe realizarse cuidadosamente, de manera de conservar al máximo posible todas las vías de derivación venosa que se hubieran establecido anteriormente. De esta manera, la intervención no tiene posibilidad alguna de agravar al paciente, pues no interferirá con las vías venosas supletorias existentes.

El injerto debe ser colocado de manera tal que no sea comprimido por las contracciones musculares. Si se le ha enhebrado en la vaina del sartorio, debe efectuarse la resección longitudinal del tercio del espesor del músculo para hacer lugar a la vena safena.

El procedimiento ha sido aplicado en sólo 3 casos. El número es aún reducido para establecer conclusiones terminantes. Sólo un número mayor de casos controlados durante un tiempo más prolongado permitirá establecer conclusiones firmes.

CONCLUSIONES.

1.ª Se presentan 3 casos de trasplante de vena safena interna, como tratamiento del síndrome postflebítico.

2.ª Los resultados obtenidos hasta el momento han sido favorables, obteniéndose una gran mejoría de casi todos los trastornos.

RESUMEN

El síndrome postflebítico es debido a veces a la oclusión segmentaria de la vena ilíaca. El autor sugiere como tratamiento el trasplante de la safena interna del miembro sano a la femoral del lado enfermo, a través del tejido celular subcutáneo suprapúbico.

Presenta 3 casos, todos con buen resultado.

SUMMARY

Postphlebotic syndrom is sometimes due to the segmental occlusion of the iliac vein. Saphenous graft obtained from the normal extremity can be used bridging the diseased femoral vein to the normal femoral vein by a subcutaneous suprapubic way.

BIBLIOGRAFÍA

1. POPKIN, R. J. — *Post-thrombophlebitic syndrome*. "California Medicine", 85: 402;1956.
2. KUNLIN (R. Leriche). — *Le rétablissement de la circulation veineuse par greffe en cas d'oblitération traumatique ou thrombophlébétique. Greffe de 18 cm. entre la veine saphène interne et la veine iliaque externe. Thrombose après trois semaines de perméabilité*. "Mém. Acad. Chir.", 79:109;1953.
3. SAUVAGE y WESOŁOWSKI. — *Anastomoses and grafts in venous system with special reference to growth changes*. "Surgery", 37:714;1955.
4. OLIVIER, C. — "Maladies des veines. Diagnostic et traitement." Masson et Cie. Paris 1957. Pág. 496.
5. HOLMAN, C. W. y STEIMBERG, G. — *Treatment of superior vena caval occlusion by arterial graft (preliminary report)*. "J.A.M.A.", pág. 1403; 14 agosto 1954.
6. REVENO, W. S.; REYNOLDS, L.; DODRILL, F. D. — *Occlusion of both innominate veins; restoration of blood flow by arterial graft*. "J.A.M.A.", 159:1192;1955.
7. PALMA, E. C.; RISI, F.; DEL CAMPO, F.; TOBLER, H. — *Tratamiento de los trastornos post-flebiticos, mediante anastomosis venosa safeno-femoral contro-lateral*. Sociedad de Cirugía de Montevideo, 25 junio 1958.
8. PALMA, E. C.; PASSANO DE MOIZO, María. — *Arteriopatías hemodinámicas*. VIIIº Congreso Uruguayo de Cirugía, diciembre 1957. Pág. 63.