

TROMBOSIS ISQUEMIANTE DE LA VENA CAVA INFERIOR *

V. F. PATARO y C. PETRONE

*Servicio de Clínica Quirúrgica (Jefe: Dr. U. F. Pataro). Policlínico Avellaneda
Buenos Aires (República Argentina)*

SINONIMIAS. — Flegmasia coerulea dolens o flebitis azul (GREGOIRE, 1938). Gangrena de origen venoso (AUDIER-HAIMOVICI, 1938). Flebitis seu-dembólica (MAGENDIE-TINGAUD, 1945). Obliteración venosa masiva aguda (VEAL, 1952). Trombosflebitis gangrenante (MARTORELL, 1943).

OBSERVACIONES. — Hemos tenido últimamente dos observaciones.

La *primera* corresponde a una mujer de 62 años, diabética, que inicia su enfermedad con un dolor lumbar izquierdo de mediana intensidad que persiste durante 10 días interpretado como lumbago. Vemos a la paciente el 23-III-58, momento en que el dolor se agudiza irradiándose hacia región umbilical. Simultáneamente aparece dolor en todo el miembro inferior derecho, insensibilidad, impotencia funcional y frialdad. El antepié se presenta con cianosis intensa, que veinticuatro horas después adquiere aspecto negruzco con neto aspecto de sufrimiento arterial. Edema mediano de pierna; pantorrilla tensa y dolorosa. Los pulsos faltan en toda la extremidad. Oscilometría de «0» en toda la pierna. Diseminadas por pierna y muslo placas de color rojizo cianótico dan un aspecto moteado a todo el miembro. Se indica heparina endovenosa 100 mg. iniciales y luego 50 mg. cada cuatro horas, papaverina y bloqueo del simpático lumbar. Al día siguiente el proceso se extiende con parecidas características al miembro inferior opuesto. El miembro inferior derecho no ofrece mayores alternativas, salvo el edema más intenso. En este momento el aspecto de los miembros y la falta de enfermedad embolígena y de padecimientos arteriales, nos induce a pensar en una trombosis venosa isquemante. En el lado izquierdo los pulsos faltan, salvo el femoral que se percibe; la oscilometría es «0» en toda la pierna; y todos los dedos y el dorso de pie de coloración obscura denuncian el compromiso arterial. Se sigue con heparina, papaverina y bloqueos, con el agregado de novocaína más papaverina intraarterial en la arteria femoral izquierda. En los días sucesivos los signos de isquemia arterial se van atenuando, los pulsos se recuperan, aparecen las oscilacio-

* Comunicación al IV Congreso Latinoamericano de Angiología, Santiago de Chile, 1958.

nes y el edema franco bilateral se extiende hasta la raíz de los muslos, ambas regiones inguino-abdominales, pubis, genitales externos y regiones lumbares. Discreta circulación colateral, en ambos flancos, que días después al disminuir el edema se hace más visible. A partir del tercer día se agregó Tromexán como medicación anticoagulante. Como lesión final queda una necrosis de los dos primeros dedos del pie izquierdo que se resuelve con su desarticulación.

La segunda observación (18-VIII-58) corresponde a una niña de 8 años de edad que como único antecedente refiere que hace un mes había sufrido un traumatismo sin mayores consecuencias, golpeándose la región glútea derecha.

Ingresa al Servicio de Pediatría con un grave cuadro tóxico-infeccioso, alta temperatura, quejándose de un dolor en la región lumbar derecha. Dos días después el dolor se extiende a la cadera derecha apareciendo contractura en flexión del muslo sobre la pelvis. Las radiografías de columna vertebral y cadera son normales, consultando los ortopedistas descartan toda lesión ósea u osteoarticular. Interrogada, sigue acusando dolor en la cadera derecha. Los movimientos pasivos de ese miembro eran posibles; la palpación profunda en fosa ilíaca derecha y región lumbar del mismo lado, dolorosas.

La contractura en flexión del muslo derecho nos hizo pensar en un primer momento en un flemón retroperitoneal con una psótis reaccional. La enfermita, tratada con antibióticos, vitaminas y transfusiones hasta entonces, se resuelve explorarla quirúrgicamente. Al día siguiente aparece gran tumefacción en la región glútea derecha; punzada en sitios diferentes no se obtiene nada. Los pediatras quieren que se postergue la exploración. Inmediatamente después aparece edema intenso de ambos miembros, más marcado en la derecha, que alcanza prontamente el tronco. En ese momento se vislumbró el diagnóstico de trombosis de la vena cava inferior. Se inició tratamiento anticoagulante a base de Tromexan, que debió suspenderse ante la repetición de intensas hematurias. Se estableció marcada circulación supletoria abdomino-torácica bilateral que días después de la suspensión del Tromexan fué invadida por la trombosis, palpándose toda la red supletoria totalmente trombosada. Al intenso edema de miembros y tronco inferior se agregó progresivamente una coloración cianótica intensa de ambos pies y tercio inferior de piernas, que evolucionó luego al negruzco intenso con la aparición de flistenas, con todos los caracteres de la necrosis isquémica. Dolor intensísimo en ambos miembros que impedía todo examen; pulsos imposibles de recoger por el edema. Es tratada con diversos antiespasmódicos y simpaticolíticos sin resultado alguno. Esta sintomatología persiste hasta el 18-IX-58. La enfermita sigue con aspecto de toxo-infección grave, temperatura persistente, taquicárdica, con signos de mortificación isquémica que toma todo el pie y tercio inferior de pierna derecha hasta 10 cm. por encima de los maléolos, y en el lado izquierdo las mismas lesiones hasta 4 cm. por encima de los maléolos. En la región anterior de la rodilla izquierda se observa una escara necrótica de 13 cm. de diámetro, y en la región glútea derecha otra escara también necrótica de 15 cm. de

diámetro. No queda otra alternativa que la amputación, que se realiza bajo anestesia general, a la turca, en ambos tercios medios de piernas. Al corte todas las venas profundas y superficiales trombosadas; las arterias, permeables. La enfermita se recobró progresivamente y en la actualidad se va a proceder al retoque de ambos muñones.

CONSIDERACIONES

Estos dos pacientes merecen a nuestro juicio las siguientes *consideraciones*: Ambas observaciones se han tratado de dos trombosis primarias de la vena cava inferior. La *primera* se acompañó de fuerte arterioespasmo, que mantuvo el diagnóstico dubitativo durante 48 horas, pero que la evolución corroboró netamente. La terapéutica a base de anticoagulantes, antiespasmódicos y simpaticolíticos fué eficaz y la necrosis que amenazaba ambos pies cedió espectacularmente (esa es la palabra sin exageración), dejando como restos una necrosis de dos dedos.

La *segunda* observación, enfermita portadora de un proceso séptico no identificado (hemocultivos e investigaciones de infecciones específicas reiteradamente negativas), hizo una trombosis venosa masiva de la vena cava inferior, de sus afluentes y todas las venas superficiales de los miembros y aún del circuito colateral Abdómino-torácico. En esta enfermita la fisiopatogenia debe buscarse en el gran obstáculo a la circulación de retorno y justificaría por esta situación la denominación de VEAL de «Obliteración venosa masiva aguda». La evolución hizo temer seriamente por la vida de la niña, pensamos en uno de los momentos del proceso en actuar directamente sobre la vena cava, procediendo a su interrupción, única actitud según MADDEN que puede salvar la vida de estos pacientes. Las precarias condiciones generales de la niñita fueron siempre tan graves que no insistimos en aquella conducta frente a los lógicamente remisos pediatras de cabecera. La evolución, aunque feliz para la vida de la niña, fué fatal para ambas piernas que debieron ser amputadas.

RESUMEN

Se presentan dos casos de Tromboflebitis isquemiant con afectación de la vena cava inferior, uno de los cuales adquirió la forma arteriospasmodica —perdiendo sólo dos dedos— y otro el de trombosis venosa masiva — con amputación de los dos miembros inferiores.

SUMMARY

Two cases of inferior vena cava thrombosis producing gangrene are presented. In the first case, necrosis only in small areas of two toes developed due to arteriospasm. In the second case, acute massive venous occlusion produced gangrene in both legs and amputation was necessary.