

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA *

JOSÉ M. ZALDÚA

Jefe del Servicio de Cirugía del Santo Hospital Civil de Basurto. Bilbao (España)

Pocos temas habrá hoy en día tan sugestivos y de tal actualidad como el tratamiento de la enfermedad tromboembólica. Es poco frecuente encontrar una revista, aun no siendo de nuestra especialidad, donde no se ponga en evidencia. En todas ellas se leen diversidad de conceptos, opiniones, técnicas e intervenciones para mejorar la situación de un enfermo tromboembólico. Ésta es una prueba evidente de que el problema no está resuelto. En efecto, nadie discute hoy la positividad de la cura radical de la hernia inguinal por el procedimiento de Basini. Por tanto voy a limitarme a exponer cuál es nuestra actitud quirúrgica frente a la enfermedad tromboembólica, para con las observaciones y experiencias de todos, abrir nuevos horizontes que contribuyan a perfeccionar conocimientos y en consecuencia tratar mejor a nuestros enfermos.

En principio, el tratamiento de la enfermedad tromboembólica es fundamentalmente médico. El cirujano únicamente está llamado a actuar cuando, a pesar del correcto tratamiento médico o por contraindicaciones del mismo, está en grave peligro la vida del enfermo; pero así como en una tromboembolia arterial de origen cardíaco nuestra terapéutica es curativa, desobstruyendo la arteria ocluida, en la tromboembolia pulmonar de origen venoso nuestra actitud es preventiva, es decir evitar que el trombo se desprenda originando una embolia.

Difícil es actuar quirúrgicamente sobre una embolia pulmonar. La cita de la operación Trendelenburg es obligada; se repite de trabajo en trabajo. A TRENDELENBURG, como a todos los cirujanos, se le murieron enfermos en el curso postoperatorio, a veces en intervenciones banales, de embolia pulmonar por flebotrombosis inadvertidas. Con sus grandes dotes quirúrgicas, espíritu de lucha y observación, fue ya una idea obsesiva en él la extracción del émbolo pulmonar. Tras varios intentos fallidos, lo consiguió.

En nuestra experiencia de la enfermedad tromboembólica, hemos podido comprobar que la embolia pulmonar que no mata fulminantemente, pasa y el enfermo se recupera. Una radiografía practicada pocas horas después, es con frecuencia negativa. Pocas veces se ve la típica imagen triangular propia del infarto del pulmón. La evolución generalmente es favorable; un tratamiento médico correcto, salvo raras excepciones, evita una necrosis o un absceso de pulmón. Ciertamente es que, con la ayuda de la circulación extracorpórea, se leen cada vez más trabajos sobre embolectomías pulmonares operadas con éxito. Ello requiere una rapidísima actua-

* Ponencia sobre "Enfermedad Tromboembólica". IX Jornadas Angiológicas Españolas, Playa de Aro 1963.

ción, equipos permanentemente preparados y máquinas de circulación extracorpórea siempre dispuestas. Sobre ello no tengo ninguna experiencia. De todas formas se requeriría un tiempo mínimo de actuación de unos 15 a 30 minutos, circunstancia ésta que hace pensar si estos enfermos no hubieran sobrevivido, no habiendo sido operados y con un tratamiento médico adecuado.

Sin embargo, una embolectomía pulmonar operada con éxito no ha hecho más que solucionar un accidente dentro de la enfermedad tromboembólica. El tratamiento debe continuar en prevención de otra embolia, bien con un tratamiento anticoagulante o bien procediendo a la ligadura venosa correspondiente. Para esto último sería preciso conocer con exactitud el sector venoso del cual se ha desprendido, aspecto no siempre posible, aun con la ayuda de una flebografía, ya que la embolia pulmonar constituye con frecuencia la primera y a veces única manifestación de la enfermedad. Por otro lado, de proceder a un tratamiento heparínico inmediato, en el curso de las 48 primeras horas del postoperatorio, para ser efectivo, precisaría elevar los tiempos de coagulación de 15 a 25 minutos y en estas circunstancias la hemorragia en la herida operatoria es inevitable. Pero qué duda cabe que ante el hecho consumado de una embolia pulmonar y siendo inminente la muerte del enfermo, contando con un quirófano adecuado y todos los medios necesarios, debe procederse a una embolectomía pulmonar.

De todas formas, como he dicho antes, el tratamiento de la enfermedad tromboembólica es fundamentalmente médico y sólo ante su fracaso iremos a la intervención quirúrgica, pensando siempre que salvamos la vida del enfermo pero a costa de aquellas secuelas hemodinámicas que toda ligadura venosa implica.

Inicialmente comenzamos el tratamiento administrando 100 mg de heparina por vía endovenosa cada 4 horas, con control previo a cada inyección del tiempo de coagulación. Si éste no llega a 20 minutos, se continúa la dosis de 100 mg; si está entre 20 y 30 minutos, solamente 50 mg, y si pasa de 30 minutos se esperan 4 horas más antes de inyectar una nueva dosis. Habitualmente, ya antes de las 24 horas los tiempos de coagulación oscilan entre 20 y 30 minutos, lo que nos permite ampliar los intervalos a 6 horas.

Si la dosis de 400 mg diarios es preciso rebajarla en una o dos ocasiones más o menos consecutivas, utilizamos ya la vía intramuscular cada 8 horas; más adelante cada 12 horas y, paulatinamente, según la evolución clínica de la enfermedad, vamos restringiendo poco a poco el medicamento.

En raras ocasiones, pasado el período agudo, hemos continuado el tratamiento anticoagulante con antivitaminicos K. No hemos encontrado en ello grandes ventajas y sí ciertos inconvenientes.

La investigación de los tiempos de coagulación lo realizamos "en porta", según el clásico método de las 3 gotas por punción digital; sin duda es imperfecto, como todos ellos, pero en la práctica rutinaria es el que mejores resultados nos ha dado en el complicado complejo angiólogo-analista-enfermo.

Simultáneamente con el tratamiento heparínico utilizamos la Butazolidina en inyección intramuscular diaria (600 mg) durante un período máximo de 10 días; y Terramicina, un gramo diario (250 mg cada 6 horas por vía oral) en los casos en que existe un componente séptico.

El flebedema residual, una vez desaparecido el componente inflamatorio, cede bien a la administración de saluréticos en la dosis habitual.

La infiltración anestésica con novocaína del simpático lumbar está indicada en

la fase precoz. Suprime el dolor de tipo espasmódico y más aún cuando coexiste un espasmo arterial. Nunca la realizamos una vez en curso el tratamiento anticoagulante, ya que correríamos el riesgo de provocar hematomas retroperitoneales que en alguna ocasión han puesto en grave peligro la vida del enfermo.

CUÁNDO Y CÓMO DEBE PROCEDERSE A LA LIGADURA VENOSA

1.º En las trombosis venosas superficiales o varicoflebitis en las que la ligadura, además de prevenir un accidente embólico y evitar la afectación del sistema venoso profundo, cura la causa de la enfermedad, es decir sus varices.

2.º En las tromboflebitis sépticas en que continuamente se producen microembolias pulmonares y el tratamiento antibiótico y anticoagulante no mejora la situación del enfermo, que permanece en un estado piémico o septicémico.

3.º En los casos de abscesos, heridas o hematomas infectados y en que nuestras maniobras de desbridamiento y drenaje puedan provocar la movilización de un trombo.

4.º En aquellos enfermos en que un tratamiento anticoagulante está contraindicado o constituye su administración un peligro más grave que la ligadura (diátesis hemorrágica, hepatopatías con hipoprotrombinemia, nefropatías hemorrágicas, enterorragias por infección intestinal, úlcus gástrico sangrante, etc.). Evidentemente estos casos no pueden ser aquilatados ni medidos bajo un baremo común. El clínico decide según las circunstancias cuándo debe insistir en el tratamiento anticoagulante y cuándo debe desecharlo en pro de una ligadura.

5.º Una primera embolia pulmonar no debe ser causa suficiente para proceder a una ligadura. Antes al contrario, la luz venosa, al verse libre de todo o al menos de la parte flotante del trombo, queda en inmejorables condiciones para un tratamiento heparínico siendo en consecuencia mínimas las secuelas postflebiticas. El resultado viene a ser como si previamente al tratamiento anticoagulante hubiéramos hecho un tratamiento fibrinolítico.

De todas formas, al decidir la intervención, debemos siempre tener presente que cuanto más proximal sea la ligadura mayores serán las perturbaciones hemodinámicas consecutivas; pero que si por encima de ella quedaran restos del trombo o lesión parietal alguna, correríamos el riesgo de tener un nuevo accidente embólico. El pensar que un tratamiento anticoagulante pudiera suplir esta deficiencia técnica, ocasionaría con seguridad una hemorragia en la herida operatoria, siempre y cuando los tiempos de coagulación alcanzados sean lo suficientemente altos para evitar una trombosis.

En las *tromboflebitis superficiales* de safena interna y externa sistemáticamente practicamos la ligadura del cayado correspondiente, teniendo especial cuidado, al hacer la disección, de aislar la vena a expensas de los tejidos vecinos, procurando no tocarla con nuestras maniobras; muchas veces se da el caso de que el trombo blando e imperceptible al tacto llega hasta la vena femoral y, en ocasiones, rebasando la válvula, progresa varios centímetros en forma de trombo flotante sin dar sintomatología alguna de afectación venosa en la femoral común e ilíaca.

Por esta razón es aconsejable siempre, hecha la liberación del cayado de la safena, incindir y aspirar en sentido retrógrado el trombo flotante, si lo hubiere. En este tiempo operatorio el anestesista provoca una hiperpresión endotorácica (maniobra de Valsalva) que facilita la expulsión retrógrada del coágulo.

Si en principio nos limitábamos a la simple ligadura del cayado, en los últimos años extirpamos la safena en toda su extensión trombosada ("stripping") y ligamos las perforantes insuficientes que quedaran por debajo, dejando de esta forma totalmente aislado el sistema superficial del profundo.

El enfermo comienza a andar 6 horas después de la intervención y se le administra un gramo diario de Terramicina por vía oral (250 mg cada 6 horas) y una ampolla intramuscular (600 mg) diaria de Butazolidina durante 5 días.

En las *tromboflebitis profundas* practicamos la ligadura de la femoral por debajo del abocamiento de la femoral profunda, de la ilíaca primitiva o de la vena cava inferior según la tromboflebitis sea fémoro-poplítea, fémoro-ilíaca o afecte ambas extremidades. Si en las tromboflebitis superficiales es importante, antes de hacer la ligadura, incindir la vena y realizar una trombectomía retrógrada del coágulo flotante si lo hay, con mucha más razón debemos hacerlo en las profundas ya que dicha porción flotante del trombo, al no irritar la pared venosa, pasa inadvertida sin sintomatología alguna.

Nunca hemos tenido oportunidad de practicar la ligadura de la vena hipogástrica, teórica y prácticamente admisible, ya que cuando estas enfermas (post-partum, aborto, procesos ginecológicos, vesicales, etc.) llegan al angiólogo, habitualmente existe ya una sintomatología clara de participación de venas ilíacas.

Recientemente, con la incorporación de los nuevos fármacos fibrinolíticos y con su perfeccionamiento, es de esperar un nuevo y gran avance, tal vez definitivo, en el tratamiento de la enfermedad tromboembólica.

RESUMEN

Tras unas consideraciones sobre la operación de Trendelenburg y el tratamiento médico que emplea, el autor describe cuándo y cómo debe procederse a la ligadura venosa en la enfermedad tromboembólica, tanto del sistema superficial como del profundo.

SUMMARY

After various considerations on Trendelenburg's operation, and medical treatment of thromboembolic disease, the author described when and how the venous ligature must be practised in cases of thromboembolic disease.