

Trombectomía precoz en el tratamiento de la flebotrombosis ilio-femoral y en la prevención del embolismo pulmonar

E. TOVAR MARTIN

Jefe del Servicio de Cirugía Torácica y Vascular

Residencia Sanitaria de la Seguridad Social (Director: Dr. Alvez)
La Coruña (España)

La embolia pulmonar constituye un episodio desgraciado en el postoperatorio, así como en otros procesos patológicos que obligan a un período de reposo prolongado. Es innegable que la puesta en marcha de una serie de medidas rutinarias en los medios quirúrgicos ha disminuido en gran manera su frecuencia; no obstante, su morbilidad es aún considerable, por lo que todo intento de disminuir su presentación nos parece justificado, dada la gravedad y dramatismo que suele acompañar tal complicación.

Entre las muchas causas determinantes del embolismo pulmonar, la flebotrombosis del sector fémoro-ilíaco constituye uno de los capítulos esenciales y ello por el doble motivo de ser éste un proceso frecuente y dar formas graves de embolia pulmonar. En otro orden de cosas, este proceso, abandonado a su suerte, da lugar a secuelas irreparables para el miembro afectado.

Por todas estas razones, desde hace unos años hemos estudiado flebográficamente estos pacientes y hemos tratado la trombosis de este sector quirúrgicamente, tal y como lo haríamos en una trombosis arterial. La sonda Fogarty ha facilitado mucho la técnica quirúrgica, simplificando y dando eficacia al método.

Por desgracia no son muchos los enfermos que acuden o son enviados al cirujano en período precoz, lo que justifica que nuestra estadística y en general las estadísticas publicadas no sean muy numerosas.

Material y método

Fueron sometidos a estudio flebográfico, a través de una vena dorsal del pie y con tortor supramaleolar con la finalidad de excluir los sistemas safenos, 43 enfermos afectos de flebotrombosis de los miembros inferiores. No hubo complicaciones ni se agravó la enfermedad con este estudio, salvo flebitis locales consecutivas a la inyección del medio de contraste. Se registraron radiográ-

ficamente la pierna, muslo y región ilíaca, con particular atención por estos dos últimos sectores. En algo menos de la mitad de los casos (20 enfermos) pudo demostrarse la existencia de trombosis femorales o fémoro-ilíacas, quedando en el resto confinada la enfermedad a la pierna o sistema superficial. En general hubo correlación clínico-flebográfica, de tal suerte que siempre que había edema y dolor en el muslo la trombosis afectaba por lo menos la femoral superficial.



FIG. 1. — Flebografía demostrativa de una flebotrombosis cavo-ilio-femoral derecha.



FIG. 2. — Flebograma obtenido después de una trombectomía ilio-femoral izquierda.

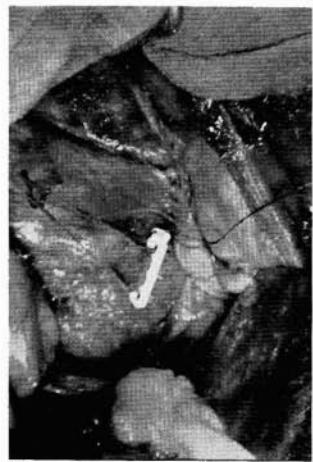


FIG. 3. — Fotografía peroperatoria mostrando los "clips" de Adams colocados en la cava.



FIG. 4. — Ilio-cavografía después de una trombectomía ilio-femoral y colocación de "clips" de Adams.

De estos 43 enfermos, 20 fueron sometidos a intervención quirúrgica, del siguiente modo: si el estado del enfermo lo permite, verificamos dos incisiones, una transversa o vertical, a nivel del triángulo de Scarpa, y otra abdominal, paralela al arco crural, que por vía extreritíoneal da total acceso al sector ilíaco y permite el control de la vena cava. En algunos casos el mal estado del enfermo nos indujo a verificar la tromboextracción con una incisión femoral bajo anestesia local. Aunque no podemos hacer referencia a todos los detalles técnicos, la mayor parte de las veces procedimos como sigue: Exposición de las femorales común, superficial y profunda y del confluente safeno, por amplia incisión inguinal. Al explorar visual y digitalmente estos va-

sos, se confirma el diagnóstico. En este momento, antes de realizar maniobra alguna, incisión abdominal extraperitoneal con objeto de exponer el sector ilíaco y la cava, verificando su control como maniobra previa a la apertura femoral.

Incisión longitudinal de 3 a 5 cm. a nivel de la femoral común y extracción de los émbolos con pinzas de forceps, primero hacia arriba y después distalmente, verificando una movilización cuidadosa de todos los trombos a veces adheridos a la pared venosa. Succión con sonda, lavado heparínico y utilización del catéter de Fogarty, casi siempre necesario. Cierre cuidadoso de la incisión venosa con seda 5-0 y siempre drenaje por el seroma, en general considerable, debido a la heparinización sistemática. En ocasiones fue necesaria la apertura iliaca y en otras la exposición de la femoral superficial en su sector distal con objeto de completar la intervención. En 3 casos y ante la desobstrucción incompleta de la femoral superficial, se procedió a su ligadura por debajo de la profunda. En los casos en que la trombosis afecta la safena interna, se extirpa esta vena en su trayecto femoral por medio de dos o tres incisiones. En un caso se ligó la iliaca común por no haberse logrado una limpieza satisfactoria.

De los 20 enfermos que fueron operados por este método, en dos se utilizó solamente una incisión femoral, sin control superior por el mal estado general de los pacientes. En ocho se extirpó a la vez la safena interna, por hallarse también trombosada. En los diez restantes casos se utilizó el método como ha sido descrito, actuando sólo sobre el sistema profundo fémoro-iliaco. En dos casos se colocaron «clips» de Adams en la cava inferior.

No tuvimos que lamentar embolia pulmonar alguna ostensible clínicamente. Las complicaciones habidas fueron locales: cuatro hemorragias y seis seromas, sin problemas mayores, que vinculamos a la heparinización efectiva.

El resultado fue considerado muy bueno en 10 casos, bueno en 6 y en 4 la mejoría no fue ostensible ni diferente de la habitual evolución de los enfermos tratados médica mente.

Discusión

La flebotrombosis fémoro-iliaca constituye un grave proceso por la serie de graves complicaciones a que puede dar lugar, entre las que podemos citar:

- a) Embolia pulmonar, a veces mortal.
- b) Evolución a una «phlegmasia coerulea dolens».
- c) Originar una gangrena de origen venoso.
- d) Dar lugar a un síndrome posttrombótico, con edema, alteraciones tróficas y claudicación consiguiente.
- e) Constituir siempre un proceso que, aún bien tratado, inutiliza al enfermo por un tiempo prolongado.

La primera trombectomía fue realizada por **Bazy** en 1926 a nivel axilar. **Ku lenkampf y Ungen**, así como **Läwen**, llevaron a cabo trombectomías en el sector femoral. Los trabajos de **Fontaine, Palma, Creech, Dale, De Weese, Arnulf**, etcétera, han sido fundamentales en el diagnóstico clínico, flebográfico y en la técnica quirúrgica.

El haber asistido a la amputación de ambas manos por gangrena venosa en una enferma operada de carcinoma de recto, nos hizo prestar atención a este problema, cuyo conocimiento debe tener una mayor difusión, ya que ello puede evitar serias complicaciones y secuelas en estos enfermos.

El principal problema lo constituye el diagnóstico, que debe ser lo más pre-

coz posible si queremos que los resultados sean satisfactorios. El dolor constituye el síntoma premonitorio de más valor, al que sigue la impotencia del miembro. Una palpación cuidadosa puede ya orientar su localización y el estudio flebográfico completará de modo concreto el sector afectado. El edema es, desde luego, un síntoma tardío y es deseable hacer el diagnóstico antes de su presentación; en todo caso, su presentación y progresión son un apremio para la intervención quirúrgica.

Si el proceso se halla localizado en la pierna creemos que el tratamiento médico es suficiente, ya que existe una red venosa múltiple a este nivel, es poco verosímil que sus secuelas sean de consideración y el riesgo de embolia pulmonar es mínimo.

Por el contrario, la afectación de la femoral y de la ilíaca constituye para nosotros una urgencia quirúrgica de primer orden. La safena interna en su sector alto la consideramos de igual modo una indicación formal, si bien en este caso practicamos la venectomía como expusimos en el Congreso Nacional de Cirugía de 1965 en Santiago de Compostela (España).

La localización de la trombosis es muy variable y no está sujeta a reglas fijas, pero según nuestra experiencia los hechos se producen del siguiente modo, al menos en la mayor parte de los casos. En el lado izquierdo el entrecruzamiento de la vena ilíaca izquierda y arteria ilíaca derecha constituye el límite de la trombosis. En el lado derecho este límite está menos definido. En nuestra serie el lado izquierdo es con mucho el más a menudo afectado. Esto tiene una importancia quirúrgica indudable, ya que si bien la cava puede ser alcanzada desde el lado izquierdo por vía extraperitoneal, que es la que preferimos, representa una difícil maniobra y requiere una amplia exposición. El hecho de hallarse limitada la trombosis a la ilíaca, su control es mucho más asequible y sencillo, como ocurre en un alto porcentaje de casos. Cuando se trata del lado derecho, no hay problema con el control alto de la cava, lo que hacemos siempre por dicha vía.

RESUMEN

En 20 enfermos sometidos a trombectomía fémoro-ilíaca por flebotrombosis no tuvimos complicación embólica alguna. Los resultados fueron muy buenos en 10 casos, buenos en 6 y en 4 los consideramos similares a los tratados médicalemente.

Un control venoso por encima del sector afectado es deseable para evitar complicaciones embólicas.

La heparinización efectiva es necesaria, pese a sus inconvenientes locales: seromas, infecciones, hemorragias.

Es de todo punto necesario un diagnóstico precoz para conseguir resultados satisfactorios. La flebografía no puede omitirse antes de decidir la intervención.

SUMMARY

To prevent pulmonary embolism and postthrombotic sequelae in iliofemoral venous thrombosis, 20 patients were treated by thrombectomy. Results were

very good in 10, good in 6 and in 4 the same that could be obtained with medical management. None of them had embolic complications. To achieve these results, surgical treatment must be carried out during the first stage of the disease. The vein located proximal to the affected segment must be controlled and heparin treatment is recommended, in spite of risk of local complications. Early diagnosis of the condition and phlebography are of a great value in order to obtain good results.

After this work was reported, the author has operated 8 more cases with excellent results in 7. A postoperative death due to anuria in a chronic renal patient was observed.

Nota: Desde febrero 1970, fecha en que se hizo esta revisión, hemos operado 8 enfermos, siete del lado izquierdo y uno del derecho, con excelente resultado operatorio. Hemos perdido uno de estos enfermos, única mortalidad de esta serie, en el veintiún día postoperatorio, por anuria renal y después de múltiples esfuerzos por recuperar la función renal. Se trataba de una tromboflebitis post partum en una enferma afecta de nefropatía crónica.

BIBLIOGRAFIA

- Arnulf, G.:** Phlébite du membre inférieur, dite d'effort, traité par thrombectomy (A propos de 3 observations). «Lyon Chir.», 61:901, 1965.
- Bazy, L.:** Thrombose de la veine axillaire droite (thrombo-phlébite «par effort»). Phlébotomie. Ablation des caillots. Suture de la veine. «Mém. Acad. Chir.», 52:529, 1926.
- Capdevila, J. M.; Bongera, F.; Trillo, J. G.; Sierra, L.; Pumarino, J. L.:** Un nuevo concepto de la cirugía venosa directa. «Rev. Méd. del Hosp. Gral. de Asturias», 4:1.
- Creech, O., Jr.:** The surgical treatment of acute iliofemoral thrombophlebitis. «Circulation», 33:8334, 1966.
- Dale, W. A.:** Chronic iliofemoral venous occlusion including 7 cases of crossovervein grafting. «Surgery», 59:117, 1966.
- De Weese, A.:** Thrombectomy for acute iliofemoral venous thrombosis. «J. Cardiovasc. Surg.», 5:703, 1964.
- Fontaine, R.; Tuchmann, L.; Suhler, A.:** Surgical treatment of deep and recent venous thrombosis. Its role methods and results. «J. Cardiovasc. Surg.», suppl. 174, 1965.
- Läwen, A.:** Weiters erfahrungen über operative thrombectomie bei venenthrombosen. «Arch. Klin. Chir.», 193:723, 1938.
- Palma, E. C.; Bercianos, C.; Del Campo, F.; Schiaffarino, O.; Coller, W.; Perillo, W.; Fernández, E.:** Cirugía de urgencia de la trombosis venosa aguda. «Bol. Soc. Cir. del Uruguay», 33:269, 1962.
- Palma, E. C.:** Tratamiento quirúrgico de la tromboflebitis aguda y del síndrome posttrombótico. «VI Congreso Latinoamericano de Angiología», 1962.
- Tovar, E.:** Gangrène veineuse symétrique des deux membres supérieurs. Presentation d'un cas. «XI Congreso de la Sociedad Europea de Cirugía Cardiovascular», 1962.
- Tovar, E.:** Tratamiento quirúrgico de las tromboflebitis superficiales. «Comunicación al Congreso Nacional de Cirugía de Santiago de Compostela», España, 1965.