

Nuevo método para el tratamiento quirúrgico del síndrome postflebítico

RUBÉN JAÉN C.

Profesor Titular. Jefe de Cirugía Cardiovascular, Universidad Central de Venezuela. Jefe de la Sección de Cirugía Cardiovascular, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Caracas (Venezuela)

El miembro postflebítico es una entidad patológica de carácter leve, pero cuyas repercusiones pueden ser de importancia en el comportamiento y posibilidades de trabajo de las personas que lo sufren. Además, en muchos casos, a pesar de que el daño inicial siempre es una trombosis del sistema venoso profundo de las extremidades inferiores, las lesiones anatomopatológicas son diferentes y las complicaciones distintas. Esta circunstancia obliga a considerar cada paciente como una entidad separada y a efectuar un estudio completo que nos pueda orientar hacia el mejor tratamiento en relación con las lesiones halladas.

El presente trabajo tiene por objeto presentar una técnica quirúrgica para el tratamiento del miembro inferior postflebítico, cuando se encuentren lesionadas las venas femoral superficial y poplítea y se haya producido una obstrucción definitiva o una insuficiencia profunda de dichas venas consecutivas a una lesión trombótica inicial seguida de recanalización de los troncos principales o de la formación de «puentes» venosos avalvulares. Estas dos últimas condiciones llevan al síndrome postflebítico por insuficiencia venosa profunda y permiten que el peso de la sangre venosa acumulada en la parte superior del organismo produzca condiciones hemodinámicas desfavorables para los tejidos de las extremidades inferiores, en especial los distales.

Bases fisiopatológicas del método

La tromboflebitis del sistema venoso profundo de los miembros inferiores, una vez pasado el peligro de infarto o de embolia pulmonar en la fase aguda, deja los troncos venosos lesionados de forma irremediable. A través de muchos

años de estudio de este problema, hemos observado que básicamente se producen los siguientes tipos de lesiones (1, 6):

1. Trombosis definitiva seguida de recanalización troncular de las venas tibiales y peroneas, con indemnidad de las venas poplítea y femoral superficial. Esta condición puede dar lugar a varices del sistema superficial, consideradas erróneamente como «esenciales».



Fig. 1: Insuficiencia venosa profunda postflebítica por recanalización de la vena femoral superficial.



2. Trombosis definitiva sin recanalización de las venas poplítea y/o femoral superficial (fig. 3).

3. Trombosis de las venas ilíacas o de la cava inferior, con lesiones concomitantes de las venas femorales superficiales o poplíteas.

4. Trombosis de los troncos venosos poplíteo y femoral superficial con recanalización posterior y destrucción valvular o sin recanalización, pero con formación de «neo-puentes» venosos avalvulares. Ambas eventualidades llevan a la insuficiencia venosa crónica (fig. 2).

5. Una vez establecido el llamado Síndrome postflebítico, pueden o no aparecer varices de los sistemas superficiales, en especial a nivel de la pierna.

Si tomamos en cuenta los tipos descritos, veremos que la circulación directa reconstructiva del sistema venoso profundo queda limitada a los casos que siguen:

Si tomamos en cuenta los tipos descritos, veremos que la circulación directa reconstructiva del sistema venoso profundo queda limitada a los casos que siguen:

a) Cuando exista una trombosis de las venas ilíacas (3, 7, 8) e integridad de los sistemas venosos profundo y superficial del muslo se podrá intentar un injerto cruzado con safena interna (operación de Palma).

b) Cuando exista trombosis de las venas femoral superficial o poplítea, bien

localizadas, sin trombosis ilíacas, cabe intentar la implantación de injertos libres de vena safena interna (2, 5, 9).

c) Cuando haya una insuficiencia venosa crónica por recanalización troncular o formación de «puentes» avalvulares sugerimos la ligadura de la poplítea (1)

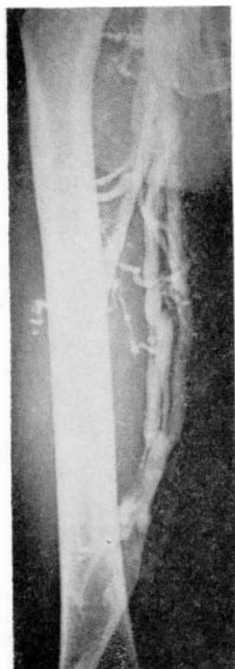


Fig. 2: Insuficiencia venosa profunda postflebítica por formación de puentes venosos avalvulares.



y anastomosis término-lateral del cabo distal (seccionado a una altura conveniente) de la safena interna a la vena poplítea por debajo de la ligadura. En ciertos casos se procederá también a la ligadura de la femoral superficial por debajo de la desembocadura de la safena interna. En caso de que sólo exista trombosis, cabe efectuar la misma anastomosis, que en este caso facilitará la circulación de la sangre venosa de la pierna. Para este tipo de cirugía reconstructiva es necesario que la safena interna esté indemne, condición que hemos encontrado en numerosas oportunidades en nuestros estudios flebográficos (figs. 4 y 5).

Técnica quirúrgica

Decúbito supino. Pierna flexionada sobre el muslo. Incisión en la parte inferior e interna del muslo. Se rechaza el sartorio y se disecciona el paquete vásculonervioso poplíteo. Tras diseccionar la vena poplítea unos

3 ó 4 cm., se disecciona por la misma

incisión la safena interna, ligando sus colaterales, hasta obtener una longitud suficiente que permita, previa su sección a nivel de la rodilla, llevarla hasta contactar con la vena poplítea y poder realizar la anastomosis.

Tras colocar unas pinzas vasculares sobre la vena poplítea, se practica una incisión longitudinal de 2 cm. A continuación, el extremo proximal de la safena interna, ampliado con un corte en bisel, se anastomosa a la vena poplítea en forma término-lateral usando sutura continua de material plástico 5-0. Finalizada la anastomosis, se retiran las pinzas y se completa la hemostasia. Luego se liga la vena poplítea inmediatamente por encima de la sutura. De inmediato la safena interna adquiere aspecto turgente al recibir el caudal venoso de la pierna. Se cierra la herida del muslo en tres planos, sin dejar drenaje. Durante la intervención se administra una dosis única de heparina a razón de 1 mg. por kg. peso corporal.

Durante el postoperatorio se mantiene la terapéutica anticoagulante con cumarínicos. Es conveniente llevar la actividad protrombínica hasta un 30 % durante tres semanas. El enfermo puede ser movilizado a las 48 horas y dado de alta a los cuatro días.



Fig. 3: Trombosis de todos los troncos venosos del muslo. Complicación postflebitica no tributaria de cirugía.

36 meses, se practicó flebografía al final de ellos. El estudio radiológico mostró permeabilidad de la safena interna, algo más ancha comparada con el estudio inicial; anastomosis funcionando bien, pudiéndose observar con toda claridad el punto de drenaje de la poplítea hacia la safena interna (fig. 6).

Caso demostrativo: A. R. Varón de 45 años de edad. Tromboflebitis profunda el 28-XII-67, a continuación de nefrectomía. Desde entonces hasta que acudió a nosotros, en 25-IX-70, síndrome postflebitico: edema, dolor, hipercromía a nivel de la pierna, incapacidad parcial para el trabajo. La flebografía (8-X-70) reveló una trombosis del sistema venoso profundo de la pierna con recanalización parcial y puentes venosos: safena interna normal, con válvulas presentes (fig. 4).

Intervención (12-X-70): De acuerdo con la técnica descrita, se ligó la poplítea inmediatamente por encima de la anastomosis término lateral safena interna-poplítea.

La evolución fue satisfactoria, dándosele de alta a los cinco días.

A partir de las tres semanas de la intervención observó una notable mejoría, con desaparición del edema y de la sensación de tensión dolorosa en la pierna. Controlado por nosotros durante

COMENTARIOS

Esta técnica se basa en nuestra observación de que a pesar de la mejoría obtenida con la simple ligadura de la poplítea (operación de Bauer) (1, 4) existe un flujo venoso que tiende a derivar por las venas recanalizadas y que por aquella interrupción se ve detenido. Tenemos la opinión de que el método que ensayamos tiene la ventaja de permitir dicho flujo venoso hacia las ilíacas a través de la safena interna, vena que con sus válvulas normales impide el reflujo sanguíneo. El caso presentado prueba que esta función puede ser desempeñada bien durante largo tiempo.

En los casos de trombosis total troncular esta derivación puede ser también de gran ayuda y sin riesgos para el enfermo, debido a que se trata de una intervención que puede ser efectuada con anestesia local y carece de complicaciones.

Está de más decir que el éxito de los métodos de reconstrucción de la circu-

lación venosa en el síndrome postflebítico depende de una buena exploración flebográfica y, por otra parte, de la pureza en la técnica de las anastomosis venosas, mucho más críticas que las arteriales por las condiciones de la pared vascular y la magnitud del flujo sanguíneo que pasa a su través.

RESUMEN

Se presenta un método para el tratamiento del síndrome postflebítico en el miembro inferior, en los casos en que la exploración flebográfica revela insuficiencia venosa crónica por recanalización de las venas femoral superficial y po-



Fig. 4: Paciente A. R. Insuficiencia venosa profunda postflebítica con indemnidad de la safena interna.

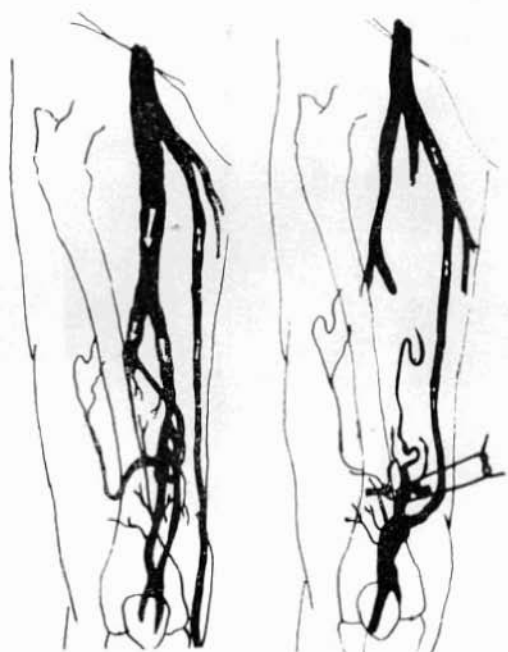


Fig. 5: Técnica quirúrgica combinada. Paciente A. R. Ligadura de la vena poplítea y derivación de la circulación profunda hacia la safena interna.

plítea o trombosis total de dichas venas con indemnidad de la safena interna. Este método permite evitar la insuficiencia venosa crónica y brinda una nueva vía derivativa a la circulación venosa de la pierna. La bondad de la intervención queda probada con la presentación de estudios flebográficos obtenidos en un caso que se expone y que fue seguido durante 36 meses después de la intervención. Se comprobó la permeabilidad y el excelente funcionamiento de la derivación.



SUMMARY

Treatment of post-phlebotic syndrome using the great saphena as derivative pathway was performed when, being patent the great saphenous vein, phlebography demonstrated either thrombosis of the femoral and popliteal veins or valvular incompetence due to recanalization of the venous trunks. A demonstrative case with excellent hemodynamic results after a follow up period of 36 months is presented.

Fig. 6: Resultado de la técnica combinada a los 3 años de la intervención. La safena interna deriva la circulación profunda de la pierna.

BIBLIOGRAFIA

1. Bauer, Gunnar: The etiology of leg ulcers and their treatment by resection of the popliteal vein. «J. Int. Chir.», 8:937, 1948.
2. Cerino, Michele; Mc Graw, John; Luke, Josephus, C.: Autogenous vein graft replacement of thrombosed deep veins. Experimental approach to treatment of postphlebotic syndrome. «Surgery», 55:123, 1964.
3. Dale, Andrew: Crossover vein grafts for relief of iliofemoral venous flow. «Surgery», 57:608, 1965.
4. De Takats, G. y Graupner, G. W.: Division of the popliteal vein in deep venous insufficiency of the lower extremities. «Surgery», 29:342, 1951.
5. Frileux, Cl. y Bienayme, Pillot: By-pass of segmental obliterations of ilio-femoral venous axis by transposition of saphenous vein. «J. Card. Vasc. Surg.», 13:409, 1972.
6. Jaén, Rubén y Núñez, Diego: «Atlas de Patología Vascular». Ed. Arte, Caracas, 1964.
7. Palma, E. C. y Esperon, R.: Vein trasplants and grafts in the surgical treatment of the post-phlebotic syndrome. «J. Card. Vasc. Surg.», 1:94, 1960.
8. Tirado Plata, B. y Poveda, Guillermo: Los injertos venosos autógenos en el síndrome post-trombótico. «Memorias del VIII Congreso Latinoamericano de Angiología», 1966. Pág. 149.
9. Warren, R. y Thayer, Th.: Transplantation of the internal saphenous vein. «Surgery», 35:867, 1954.