

Extractos

TROMBECTOMIA VENOSA EN TROMBOSIS EXTENSA AGUDA ILIOFEMORAL. —

César Tinajero, Leonel Villavicencio, Felipe Santibáñez y Gustavo Arteaga.
«Archivos Instituto Cadiología México», vol. 43, pág. 457; mayo-Junio 1973.

La trombosis extensa aguda de los grandes vasos venosos de muslo y pelvis es una de las formas más frecuentes y graves de las flebopatías: alarmante cuadro clínico, mortalidad elevada de sus complicaciones y secuelas tardías.

Leriche describió en 1927 la trombectomía venosa iliofemoral. Su objetivo es devolver con rapidez la permeabilidad al sistema profundo, aliviar el dolor y el edema, prevenir la embolia pulmonar y evitar las secuelas tardías.

En el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Central Militar de México se efectuaron, entre diciembre 1964 y octubre 1971, un total de 74 de dichas trombectomías venosas en 70 enfermos con trombosis extensa aguda, cuyas edades oscilaban entre los 12 y los 70 años y de los cuales 40 eran hombres. En 4 se efectuó una segunda operación por recurrencia inmediata del proceso trombótico en el mismo o en el otro lado. En 55 se hizo en el lado izquierdo, en 15 en el derecho y en 4 bilateral. Como factores desencadenantes figuran 21 postoperatorio, 19 enfermedades médicas con inmovilización prolongada, 10 postpartum, 6 fracturas de pelvis o miembros inferiores, 5 embarazo, 4 ingestión de hormonas, 3 neoplasias y en 2 collagenopatías.

En intervalo entre cuadro clínico y trombectomía fue de 12 a 72 horas en 30 y más de 4 días en el resto.

Se efectuó flebografía preoperatoria en 6 enfermos.

Se inició el tratamiento con reposo en cama, colocando las extremidades inferiores en plano superior al corazón. Pruebas de coagulación. Canalización con catéter de polietileno o polivinilo por las venas cefálica o subclavia hasta la aurícula derecha, perfundiendo 1.000 ml. de solución salina fisiológica, con una ampolla de fenilbutazona cada doce horas. Se inició la administración intravenosa de heparina y se llevó el paciente al quirófano, donde se efectuó la trombectomía, previo bloqueo peridural antes de administrar la heparina. En tales casos se practicó fasciotomía subcutánea de los tres compartimientos aponeuróticos de la pierna y control fleboográfico.

Postoperatorio: Heparina a dosis activas; succión por drenaje de las heridas. Antibióticos y analgésicos. Elevación de las piernas y vendaje elástico. Deambulación en cuanto lo permitieron el edema y el dolor, si la circulación arterial era buena. Más tarde sustitución de la heparina por dicumarínicos por vía oral, manteniendo la terapéutica anticoagulante durante 4 a 6 meses.

Estancia en hospital, un promedio de 15 días. En vendaje clástico se mantuvo de 6 a 8 semanas, sustituyéndolo por medias elásticas. Flebografía antes de salir del hospital y al año, cuando fue posible.

Técnica de trombectomía. Anestesia local o general. Exposición de la conjunción safenofemoral en la ingle. A través de un pequeño catéter introducido en una colateral de la safena se inyectan de 15 a 20 ml. de «iothalamato de meglumine al 60 %», obteniéndose la primera placa. Mientras dura el revelado, exposición del sistema femoral venoso y control proximal y distal de sus tres elementos.

Se administran 50 mg. de heparina general. Flebotomía transversa de la femoral común, introduciendo hacia la cava inferior una sonda de Fogarty 8-10 F o un catéter de oclusión venosa n.º 14, cuyos globos se llevan hasta L-2, procediéndose a hincharlo con material radioopaco para ocluir la cava bajo control radiológico. Se efectúa la extracción de los trombos con el primer catéter, hasta limpieza completa comprobada por flebografía.

El sector femoropoplíteo se limpia combinando la expresión manual o con vendaje de Esmarch y la extracción por medio del catéter de Fogarty 6-F parcialmente hinchado para no dañar las válvulas.

Si la evolución clínica es mayor de 4 días y existe organización y adherencia de los trombos a las paredes venosas, la extracción completa es difícil y hay recurrencia precoz de la trombosis extensa; a pesar de obtener un buen flujo de sangre retrógrado por colaterales se efectúa una trombectomía extraperitoneal de la iliaca común, con intímectomía.

Purgado el aire y lavado con heparina, se sutura la flebotomía con marsile-ne 5-0. Se coloca por contrabertura una sonda Nelaton 26 con aspiración continua. No se hace oclusión de la cava en el mismo tiempo, debido a la ausencia de embolias previas. Cuando las hubo, con gangrena venosa o sin ella, se ligó la cava por debajo de las renales.

RESULTADOS

Complicaciones inmediatas: Hematomas (6) con infección (2). Linforragia por la herida (4). Hemorragia postoperatoria que obligó a revisar la herida (1). Embolia transoperatoria pulmonar (1) y en el postoperatorio inmediato (6) con muerte (2) o nueva trombectomía y ligadura de cava (2). Recurrencia inmediata de la oclusión (8) que obligó a reoperar algunos (4). Trombosis contralateral (2) entre los 10 y 15 días de la operación, operada con buen resultado.

Es de anotar que la mayoría de estas complicaciones aparecieron en pacientes que llevaban más de tres días de evolución cuando fueron operados.

Complicaciones tardías: Insuficiencia venosa con discreto edema (18), síndrome postflebítico (8), embolia pulmonar tardía (6) con muerte (4), hemorragia por anticoagulantes orales precisando transfusión sanguínea (6). Una paciente sufrió tres laparotomías por cuadro agudo abdominal por hemorragia intraperitoneal a causa de ruptura de un folículo ovárico.

Valoración clínica de los resultados. Difícil por subjetiva. El estudio osciló entre un mes y seis años. Los resultados los catalogamos de excelentes en 18

casos, bueno en 28, pobre en 10 y malo en 8. Fallecieron 6 por embolia pulmonar. Se efectuó flebografía en 14 cuya evolución clínica fue excelente y se halló que sólo 6 tenían patrón radiológico normal.

Existe correlación estrecha entre resultados, tiempo de evolución preoperatoria y extracción total de trombos con ayuda de la flebografía transoperatoria.

COMENTARIO

El proceso trombótico fue problema médico con mayor frecuencia que postoperatorio. Actualmente se practica la trombectomía venosa en los tres o cuatro días primeros con ayuda de la flebografía transoperatoria, para lograr la extracción total de los trombos y evitar la recurrencia.

Si la evolución es prolongada, más de seis días, es mejor la fasciotomía subcutánea y tratamiento médico conservador que la trombectomía en los casos de daño arterial distal con riesgo de gangrena venosa.

La trombectomía iliofemoral ha demostrado su utilidad terapéutica ya que limpia de trombos el sistema venoso y disminuye la embolia pulmonar. No obstante, nuestros resultados y los de otros muestran que no evita en forma satisfactoria las secuelas tardías por lesión de las venas y sus válvulas; y aunque la evolución clínica es buena, la flebografía sugiere recurrencias subclínicas.

Surge entonces la controversia de usar sólo el método conservador de tratamiento médico o bien emplear el método quirúrgico de inicio. Para ello sería necesario comparar los resultados de ambos procedimientos con un estudio metódico.

Nosotros continuaremos recomendando tratamiento quirúrgico por trombectomía en los enfermos con cianosis o amenaza de gangrena y en aquellos que no mejoran con rapidez a los tres días del inicio del cuadro habiendo sido sometidos a heparinización intensa y elevación de sus miembros. Para valorar esta conducta creemos en la necesidad de efectuar control flebográfico transoperatorio y a largo plazo.

CONCLUSIONES

La trombectomía venosa iliofemoral es un medio eficaz para devolver la permeabilidad rápidamente al sistema venoso y una medida de seguridad para prevenir la tromboembolia pulmonar. Para ello es importante el tiempo de evolución clínica preoperatoria y el control flebográfico trans y postoperatorio. Cuando hay isquemia distal junto a evolución prolongada hay que sustituir la trombectomía por la fasciotomía y anticoagulantes. La heparina continúa siendo indispensable en el trans y en el postoperatorio. El drenaje de las heridas y otras medidas del tratamiento conservador complementan el método.

HIPERTENSION ARTERIAL EN UN NIÑO CON ANEURISMA DE AORTA Y ARTERIA RENAL HIPOPLASICA (Arterijska hipertenzija uvjetovana hipoplazijom renalne arterije i aneurizmom aorte). — **Z. Reiner-Banovac, D. Oberhofer, I. Despot, H. Kumar, E. Najman y M. Kadrnka-Lovrencic.** «Anali Klinicke bolnice "Dr. M. Stojanovic"», vol. 12, n.º 2, pág. 141; 1973.

Tras una revisión de la literatura sobre hipertensión renovascular y enfermedad renal unilateral con hipertensión en los niños, citan el siguiente caso.

Niño de 11 meses que en el curso de un proceso respiratorio infeccioso mostró síntomas de encefalopatía hipertensiva. Su tensión arterial observada en dicho momento alcanzaba valores de 200/150 mmHg. Despistadas otras causas por los métodos y exámenes adecuados, mostró la presencia de un aneurisma en la aorta abdominal, por fuera del cual emergía una arteria renal izquierda estrechada e hipoplásica.

Se procedió a la extirpación del aneurisma. A la vez, se efectuó una nefrectomía izquierda dado que el riñón mostraba lesiones de pielonefritis.

Semanas después de la intervención la tensión arterial aparecía con cifras normales.

Los autores dicen que este caso es un ejemplo más de la importancia que tiene el tomar la tensión arterial de modo rutinario en todos los casos y en todas edades. La precocidad en el descubrimiento de la hipertensión y la posibilidad de proceder a una terapéutica causal es muy importante. Que los autores tengan noticia, éste es el primer caso, en niños, de una hipertensión de tal etiología.