

TRATAMIENTO DE LAS TROMBOSIS AGUDAS ALTAS DEL MIEMBRO INFERIOR

CARLOS R. ALCALDE, HORACIO PELAIA y JOSE EIBAR

**Hospital Español
Mendoza (Argentina)**

Si bien lo esencial en el tratamiento de la enfermedad tromboembólica es la correcta terapéutica anticoagulante, muchas veces son convenientes y hasta necesarias maniobras quirúrgicas complementarias. Con ellas hemos tenido una menor incidencia de embolias pulmonares y de síndromes posttrombóticos, a la vez que una más rápida recuperación del enfermo, puesto que después de la trombectomía los síntomas retrogradaron más deprisa que cuando se usó sólo heparina (fig. 2-A).

Hemos comparado series similares de pacientes sometidos a tratamiento médico (anticoagulante) y quirúrgico (trombectomía), sin incluir aquí las trombosis infrapoplíteas (surales) y las del miembro superior, cuyo tratamiento es casi exclusivamente médico.

Fueron tratados 60 pacientes de 18 a 79 años, con trombosis venosa aguda alta de los miembros inferiores: 14 femoropoplíteas, 39 iliofemorales y 7 ilioacas. En ningún caso el proceso llevaba más de 17 días de evolución. Fueron seguidos durante un período de hasta cinco años mediante controles clínicos, flebográficos y manométricos. En este lapso fallecieron 7 pacientes, 4 (6,6 %) por la enfermedad tromboembólica y 3 por otras causas. En 17 casos (28,3 %) se comprobó embolia pulmonar, produciéndose en 10 (16,6 %) antes de iniciado el tratamiento y en 6 (20 %) luego de iniciada la heparinoterapia. Sólo en un enfermo (3,3 %) se presentó embolia pulmonar después de efectuada la trombectomía.

En los 60 pacientes se comenzó a administrar de inmediato heparina y Dextrano 40. En 30 de ellos se mantuvo esta terapéutica como única conducta; a los 30 restantes se agregó trombectomía. En 4 se asoció interrupción de la cava inferior.

Se indicó el tratamiento anticoagulante como única terapéutica en sujetos de edad avanzada o con poca expectativa de vida, cuando la evolución del proceso superaba los 10 días o en contraindicaciones quirúrgicas de importancia.

Se practicó tratamiento quirúrgico (trombectomías) en sujetos relativamente jóvenes (edad promedio: 44 años), con trombosis recientes (menos de 10 días de evolución), en particular si se había producido algún episodio embólico.

Dadas las características tan invalidantes de esta enfermedad, en la elección

del método terapéutico se tuvo muy en cuenta la capacidad y perspectivas laborales de cada individuo.

Todas las trombectomías fueron precedidas, acompañadas y seguidas de terapéutica anticoagulante, mantenida hasta por lo menos un mes después de resuelto por completo el edema. La mayoría se efectuaron bajo anestesia local, abordando directamente el sector venoso trombosado, en ocasiones a diversos niveles. Consideramos esta actitud más lógica que efectuar trombectomías a distancia por abordaje femoral clásico y desobstrucción con sonda de Fogarty, ya que este procedimiento es a veces insuficiente para desocluir del todo las venas trombosadas. Por otra parte, el paso indiscriminado de la sonda-balón puede producir lesiones en válvulas hasta entonces indemnes (**Palma**). Antes de efectuar la trombectomía se introduce un Fogarty por la safena del miembro contralateral, dejándolo hinchado en la vena cava inferior.

En todos los pacientes se perfundió heparina y Dextrano por canalización podal, mantenida 48-72 horas, vía que se utilizó además para obtener flebogrfías de control y determinar la presión venosa periférica (posibilidad de retrombosis).

No practicamos el clipaje de la cava inferior como complemento de rutina de toda trombectomía, procedimiento muy efectivo en la prevención de la embolia pulmonar (**Fontaine**). Sólo lo efectuamos en: a) casos en que el tratamiento anticoagulante está contraindicado y b) cuando existe embolia séptica o embolismo pulmonar miliar recidivante. Cuantas veces se llevó a cabo no se produjeron embolias pulmonares, pero la incidencia de síndrome posttrombótico fue mucho mayor que en los únicamente sometidos a trombectomías.

Los resultados obtenidos pueden clasificarse en tres categorías: 1) Excelentes, con restitución anatómica y funcional completa, demostrada clínica y flebo-gráficamente. 2) Satisfactorios, con permeabilidad venosa pero con destrucción valvular, ligero edema maleolar y/o varices poco pronunciadas. 3) Malos (Síndrome posttrombótico grave), con oclusión venosa, edema acentuado, varices pronunciadas, induración o úlcera.

En los 30 pacientes tratados con anticoagulantes se obtuvieron excelentes resultados en 5, (16 %), satisfactorios en 13 y malos en 12 (40 %). Luego de comenzado el tratamiento presentaron embolia pulmonar 7 (20 %) (en un caso fatal) y otros 2 (10 %) fallecieron.

En los 30 pacientes sometidos a 32 trombectomías y 4 clipajes de la cava inferior se obtuvieron 17 (56 %) excelentes resultados, 10 satisfactorios y 3 (10 %) malos. Un caso (3 %) falleció de insuficiencia renal y otro (3 %) sufrió al cuarto día postoperatorio una embolia pulmonar no significativa. En la actualidad 8 usan soporte elástico y 16 (53 %) llevan una vida normal sin cuidado alguno (figs. 1 y 2). Ninguno estuvo internado más de nueve días y la mayoría se reincorporó al trabajo antes de los 60 días. Sólo 2 (6 %) necesitaron al tiempo operaciones reconstructivas, anastomosis safenopoplíteas y una operación de Palma.

En los tratados con anticoagulantes no sólo lamentamos una mayor mortalidad e incidencia de embolia pulmonar sino que el período de internado y convalecencia fue muy superior (14 días y 4 meses, respectivamente), siendo necesario operar a 10 de ellos al tiempo (33 %), no pudiendo efectuar en estos

casos operaciones reconstructivas sino desobstructivas: de Linton II en 4, de Palma en 2 y de Quijano Méndez en otros 4, en los cuales las dificultades de cicatrización y las lesiones linfáticas fueron casi la regla.

Lógicamente, las grandes diferencias en los resultados obtenidos se deben, en parte, a la cuidadosa selección de los enfermos. No tratamos de establecer diferencias ni supremacías. Tratamiento médico y tratamiento quirúrgico tienen para nosotros sus indicaciones bien precisas. Lo que sí queremos resaltar es que las trombectomías bien ejecutadas, si están indicadas, proporcionan resultados muy satisfactorios, con una baja incidencia de embolia pulmonar y de síndrome postflebitico.

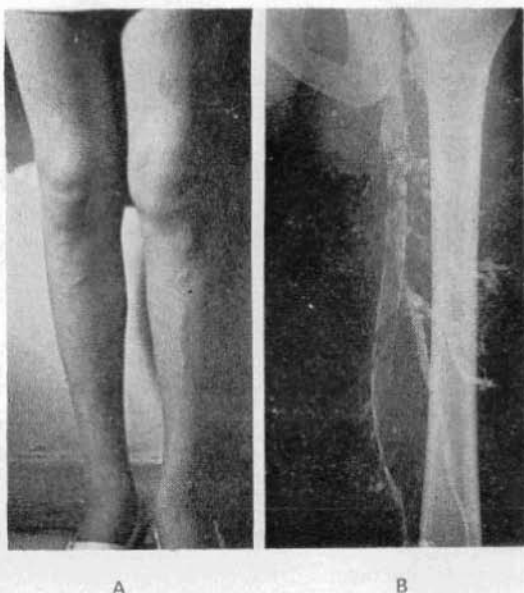


Fig. 1

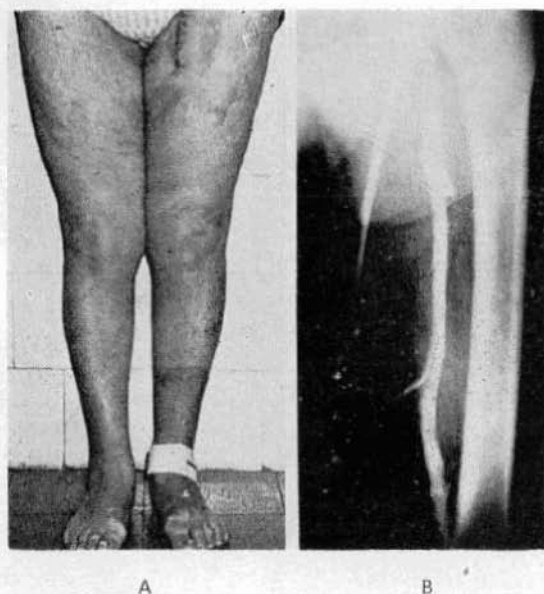


Fig. 2

Fig. 1. Mujer de 70 años de edad. Trombosis iliofemoral izquierda por fractura de pelvis (A). Trombectomía a las 48 horas de iniciado el proceso. A los 44 meses después, miembro normal sin usar soporte elástico alguno. Flebografía (B) después de este tiempo.

Fig. 2. Mujer de 60 años de edad, quien seis días antes fue sometida a trombectomía por flegmiasia alba dolens iliofemoral. Obsérvese la resolución completa del edema (A) y la normalidad del eje venoso (B) a la flebografía.

RESUMEN

Comparando los resultados obtenidos en 60 pacientes con trombosis venosa aguda alta, en los que se procedió a tratamiento médico en el 50 % y operatorio por trombectomía añadida a

la terapéutica anticoagulante en el otro 50 %, se llega a la conclusión de que los resultados son mejores y con recuperación más rápida y menores secuelas empleando la cirugía.

SUMMARY

Comparison between patients with femoro-iliac acute venous thrombosis treated by medical means or by thrombectomy and anticoagulant therapy is made. Better results are obtained with surgery.

TABLA I

	Tratamiento	
	Médico	Quirúrgico
N.º de casos	30	30
Miembros afectados	33	32
Tiempo de evolución (T.M.)	13 días	6 días
Embolia previa al tratamiento	6.6 %	26 %
Resultados excelentes y satisfactorios	60 %	90 %
Resultados malos	40 %	10 %
Retrombosis	no se determinó	20 %
Embolia posterior al tratamiento	20 %	3.3 %
Mortalidad	10 %	3.3 %
Días de internado (T.M.)	14 días	8 días
Necesidad de cirugía venosa reconstructiva posterior	6.6 %	6.6 %
Necesidad de cirugía venosa destructiva ulterior	26 %	0

BIBLIOGRAFIA

- Alcalde, C. R.: Enfermedad tromboembólica venosa. «Rev. Cient. Soc. Cir. de Mendoza», vol. 6, n.º 4/5; septiembre-octubre 1972.
- Alcalde, C. R.; Pelaia, H.; Pérez, J.: El valor de las trombectomías en el tratamiento de las trombosis agudas profundas de los miembros. «Rev. Argentina de Angiología», vol. 7, n.º 4; julio-septiembre 1973.
- Palma, E. C.: Trombosis venosas agudas del miembro inferior. «Rev. Argentina de Angiología», vol. 6, n.º 4; octubre-diciembre 1972.
- Fontaine, R.: Tratamiento quirúrgico de las trombosis venosas. Conferencia F.C.M., U.N.C., junio 1969.
- Haller, J. A.: «Tromboflebitis profunda». Ed. Científico Médica, Barcelona, 1969.
- Siano Quirós, R.: Cirugía de la enfermedad tromboembólica venosa. Relación oficial al XLII Congreso Argentino de Cirugía, octubre 1971.