

ANGIOLOGÍA

VOL. VII

ENERO - FEBRERO 1955

N.º 1

TRATAMIENTO DEL SÍNDROME POSTFLEBÍTICO (*)

JORGE MC COOK y G. NAVARRETE

Servicio de Enfermedades Vasculares de los Hospitales "Calixto García" y "Lila Hidalgo" (Dres. R. Guerra y B. Milanés). Habana, Cuba

Hace alrededor de un año comenzamos a estudiar con preferente atención el Síndrome postflebítico, en particular sus dos más molestas secuelas: la dermatitis y la úlcera. Cuando esto hacíamos nos encontramos frente a dos criterios terapéuticos distintos, uno conservador, médico, y otro quirúrgico; y lo que hasta ese momento habíamos realizado, en uno u otro sentido, nos desconcertaba aún más.

El criterio terapéutico conservador se orientaba hacia dos objetivos:

- 1) Curar la úlcera, y
- 2) Instituir una serie de medidas, que no son otras que las señaladas por LUKE y denominadas por él «Nuevo sistema de vida para las piernas».

Cuando seguíamos este criterio, en la creencia de resolver de modo definitivo estas secuelas, nos veíamos sorprendidos al ver que después de un período variable, no mayor de seis meses, estos enfermos volvían de nuevo con sus úlceras abiertas.

A la larga todos confesaban que no habían realizado estrictamente el tratamiento, bien porque sus condiciones económicas no les permitían abandonar sus labores habituales, o porque, en los de posición acomodada, el plan los sumía en una verdadera invalidez física y moral, toda vez que, entre otras medidas, el nuevo sistema de vida para la pierna implicaba el descansar con la pierna elevada en un ángulo de 45° durante una o dos horas cada tarde, no permanecer más de media hora de pie sin sentarse, levantando la pierna sobre una banqueta adicional, uso de por vida de una media elástica, etc.

Desde un punto de vista quirúrgico nuestras esperanzas se mostraban también inciertas, puesto que habíamos ensayado el «stripping» aislado de la safena interna, la interrupción del sistema venoso profundo recanalizado a nivel de la poplítea, la gangliectomía lumbar asociada o no a injertos de piel, sin

(*) Presentado en la I Jornada Angiológica Cubana, celebrada en La Habana.

que por ello la desagradable recidiva de la úlcera dejara de presentarse en un tiempo variable.

El desconcierto había llegado al clímax. Nuestra impotencia era evidente. Reconocíamos la certeza de las palabras del Profesor LERICHE, cuando decía «Por esto la vida de muchos flebíticos es singularmente atravesada. Diremos la palabra, le es miserable ; siempre fatigado, cualquiera que sea su ocupación, el enfermo sufre, se siente insuficiente a sus tareas. La vida le es una carga. De ahí vienen las consecuencias familiares y afectivas de su invalidez. Y en este clima de tristeza le es necesario, sin cesar, el cerrar de la úlcera, de año en año más dolorosa y rebelde. De tiempo en tiempo, son paralizados por procesos inflamatorios. Es ésta la miseria moral y física muchas veces constatada».

En estas condiciones nos encontramos al comenzar nuestro estudio, pero sabíamos que :

1) El reposo era una medida importantísima en el tratamiento de la úlcera, a tal punto que es capaz de llegar, por sí sola, hasta la curación, apareciendo de nuevo cuando el enfermo abandona el lecho. Esto nos llevaba a pensar que un factor de tipo mecánico, ortostático, estaba jugando un rol fundamental.

2) Que sin desconocer la importancia de otros factores, como el vasomo-

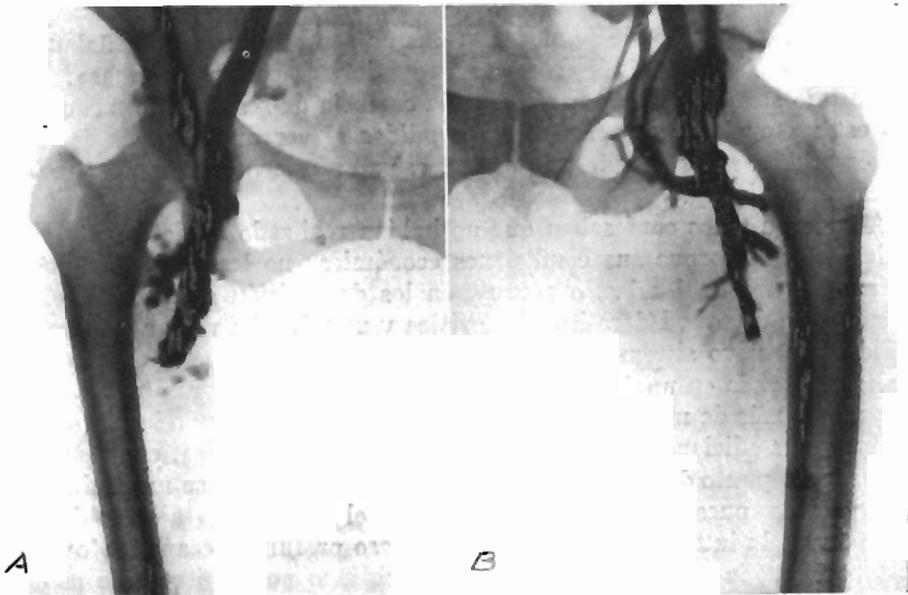


Fig. 1.

Flebografías normales, observándose la regularidad de los contornos venosos, así como la detención del medio opaco por un sistema valvular suficiente

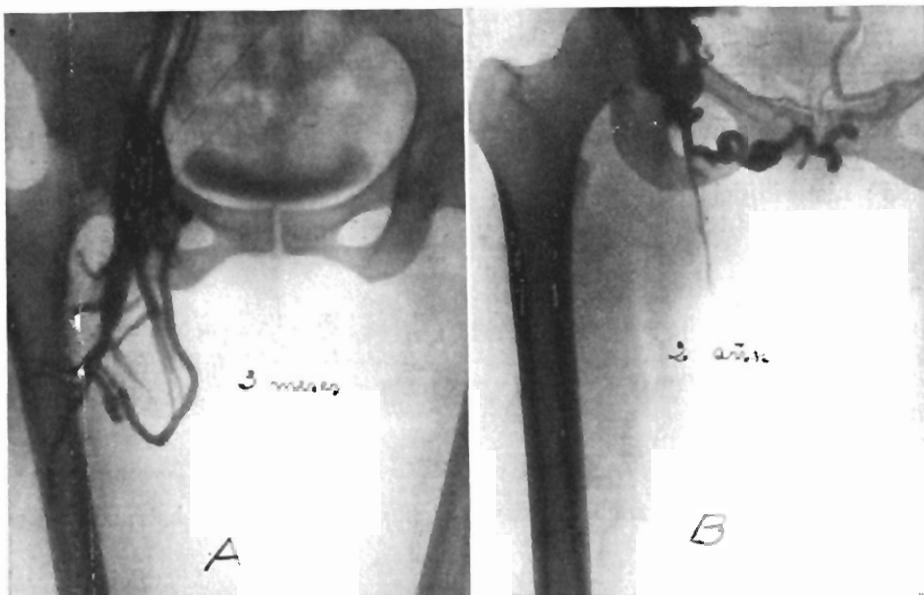


Fig. 2.

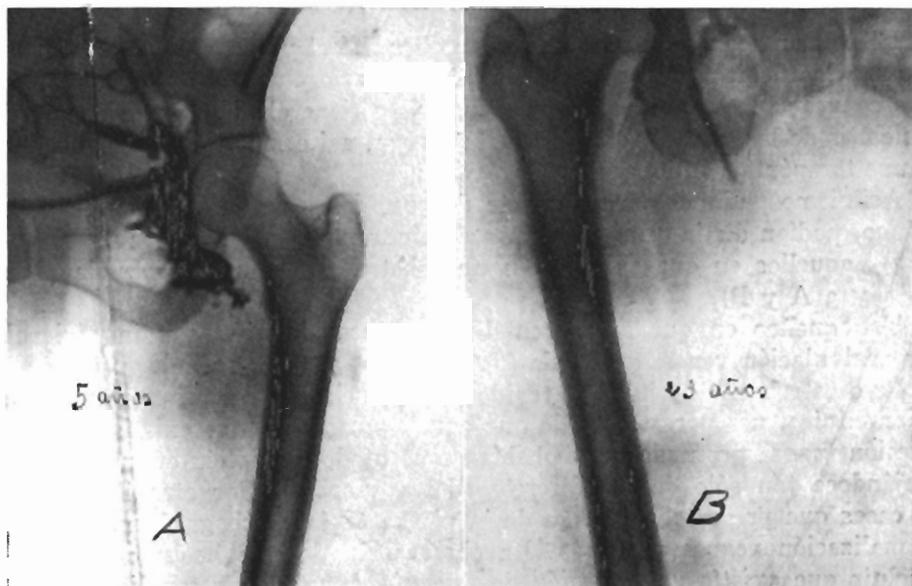


Fig. 3.

Fig. 2 y 3. — Flebitis antiguas en fase de obstrucción a los 3 meses, 2, 5 y 23 años del accidente agudo. Nótese el tipo de la circulación colateral y la detención irregular del medio opaco

tor arterial, el linfático y el trófico tisular, parecía que era el factor venoso, justamente el que fuera afecto de la flebitis aguda, el más importante en el determinismo de las secuelas.

Nos trazamos nuestro método para estudiar uniformemente todos nuestros casos. La historia clínica debía reunir los requisitos siguientes: datos de identidad; historia del accidente agudo; secuelas inmediatas, tardías y actuales y sus respectivos tratamientos; y como corolario, una exploración radiológica del sistema venoso, toda vez que admitimos que es el más importante factor etiológico en el Síndrome postflebítico.

De entre todas las técnicas de flebografía nos decidimos a utilizar, rutinariamente, la preconizada por LUKE: flebografía retrógrada por punción percutánea de la vena femoral, ya que creíamos reunía los requisitos deseados (figura 1):

- 1) Técnica fácil, libre de accidentes desagradables.
- 2) Por los datos que ofrece:
 - a) estado anatómico del sistema venoso en cuanto a obstrucción o recanalización venosa profunda postflebítica.
 - b) datos funcionales en cuanto a la existencia o no de suficiencia valvular al reflujo.
 - c) signos de flebitis antigua, dados por la irregularidad de las paredes venosas, tipo de circulación colateral, etc.

El primer hecho que pudimos comprobar fué el ya señalado por BAUER: que sólo las flebitis propagadas al eje íliofemoral son capaces de dar secuelas. Nos convencimos, pues, de la importancia que tiene el diagnóstico precoz de la flebitis de las venas profundas de la pierna, así como el empleo inmediato de una terapéutica anticoagulante.

Asimismo pudimos darnos cuenta de que, desde un punto de vista flebográfico, podían distinguirse dos tipos de síndromes postflebíticos:

- a) aquellos en que existía aún una obstrucción venosa profunda (figuras 2 y 3 A y B),
- b) aquellos en que se presentaba una recanalización con insuficiencia por avalvulación venosa profunda (figs. 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, A).

Pero este hecho no hubiera tenido importancia si no fuera porque, en el orden clínico, nos percatamos de que aquellos casos en que existía una obstrucción venosa profunda nunca habían presentado ulceración en sus piernas, quejándose tan sólo de un discreto edema vespéral. Por otro lado, todos los casos que presentaban úlcera de la pierna tenían, flebográficamente, una recanalización venosa profunda. La observación de este hecho nos llevó a concluir que *existía una relación de causalidad entre la recanalización profunda postflebítica y la úlcera, su secuela trófica*. Sin embargo, algunos casos que presentaban recanalización profunda no exhibían úlcera, lo cual interpretamos diciendo que se precisa que dicha recanalización esté presente durante un cierto tiempo para que la úlcera haga su aparición.

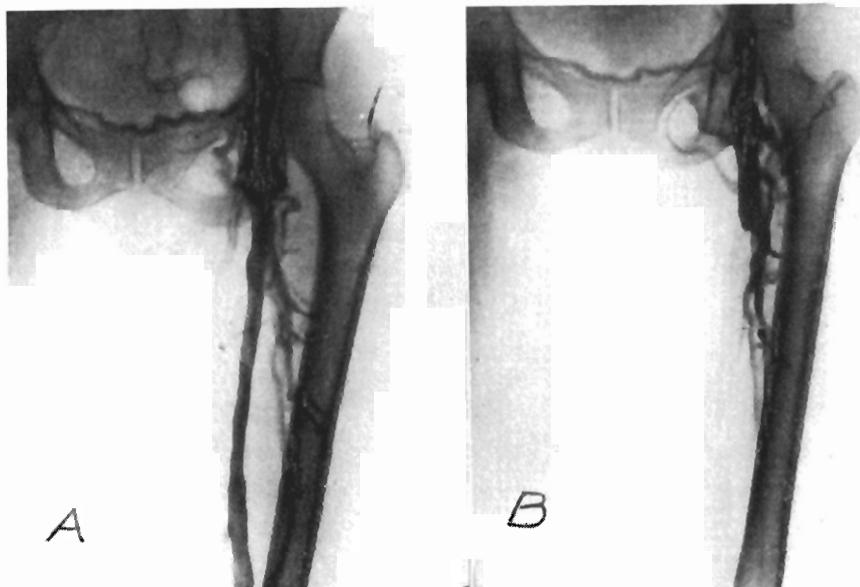


Fig. 4.

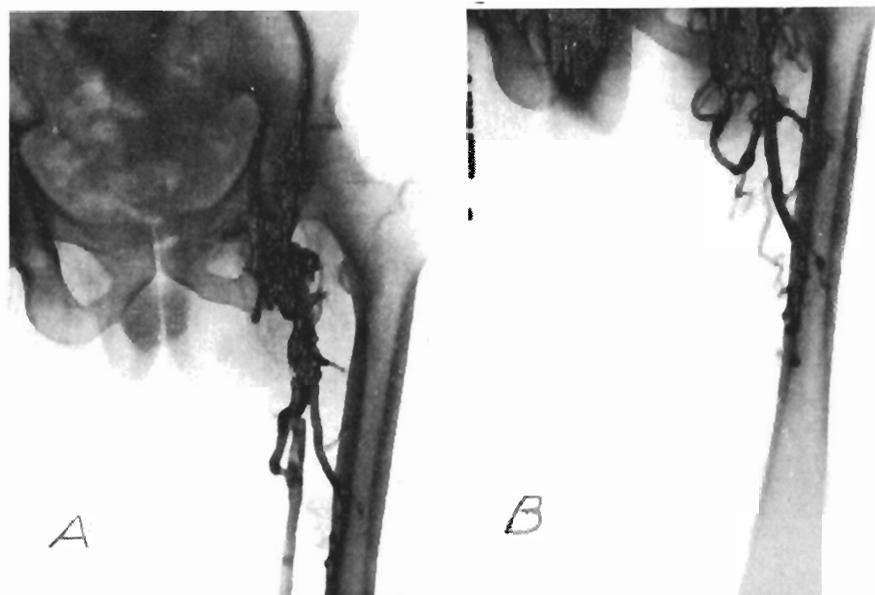


Fig. 5.

Figs. 4 y 5. — A) Flebografías preoperatorias, demostrando recanalización con insuficiencia venosa profunda y signos de flebitis antiguas dados por irregularidades en las paredes venosas y el tipo de la circulación colateral. B) Flebografías postoperatorias, demostrando la suficiencia del sector de la vena femoral profunda

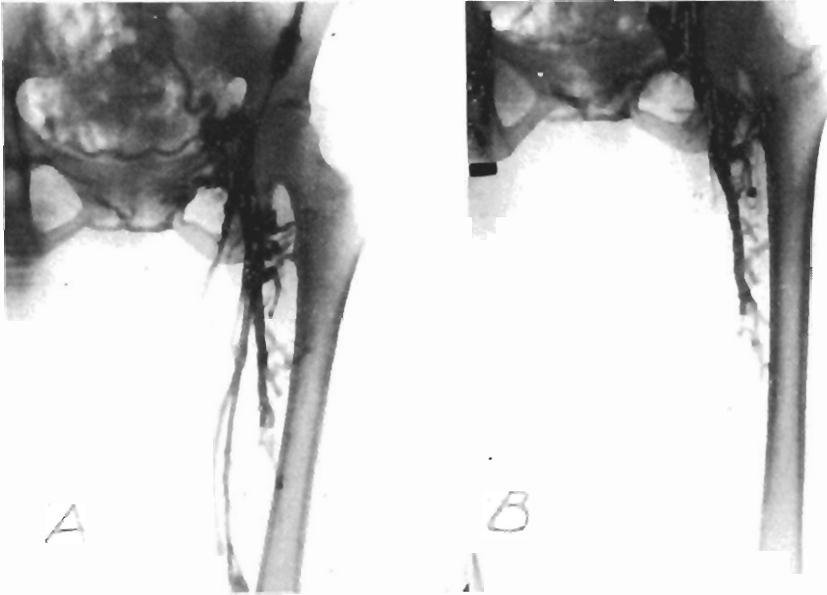


Fig. 6.

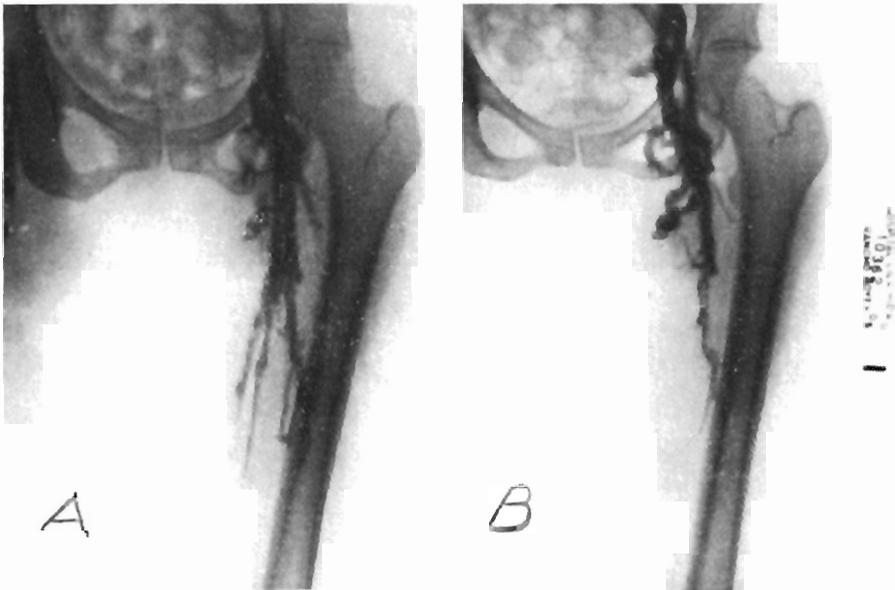


Fig. 7.

Figs. 6 y 7. — A) Flebografías preoperatorias, demostrando recanalización con insuficiencia venosa profunda y signos de flebitis antiguas dados por irregularidades en las paredes venosas y el tipo de la circulación colateral. B) Flebografías postoperatorias, demostrando la suficiencia del sector de la vena femoral profunda

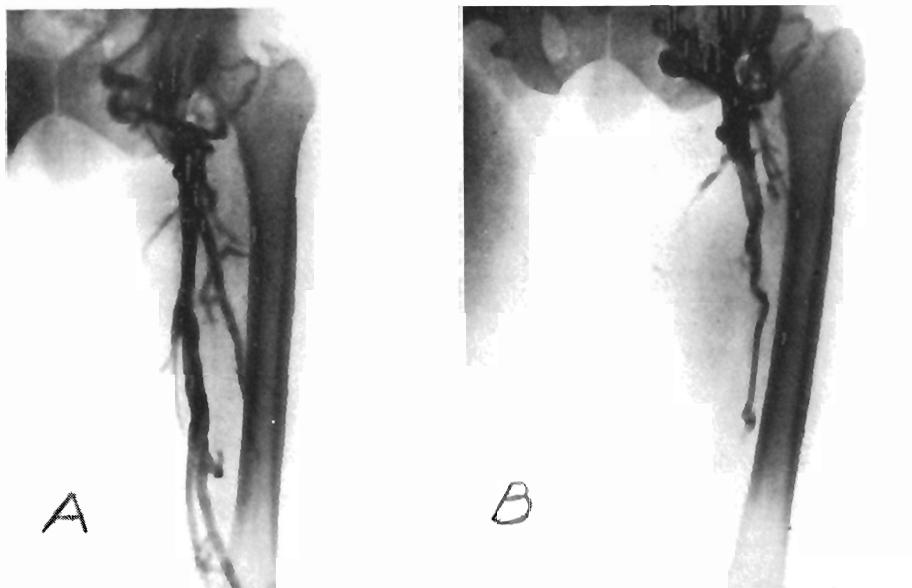


Fig. 8.

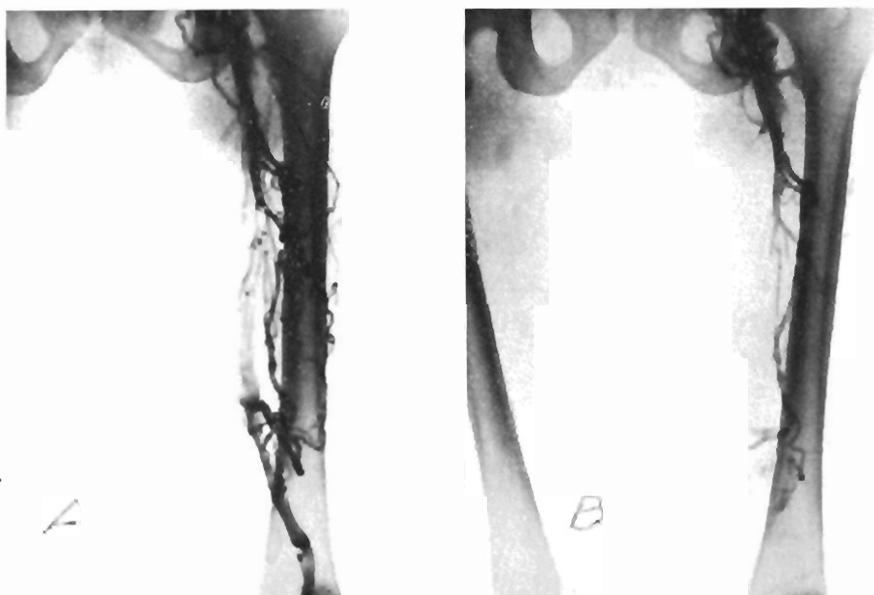


Fig. 9.

Figs. 8 y 9. — A) Flebografías preoperatorias, demostrando recanalización con insuficiencia venosa profunda y signos de flebitis antiguas dados por irregularidades en las paredes venosas y el tipo de la circulación colateral. B) Flebografías postoperatorias, demostrando la suficiencia del sector de la vena femoral profunda

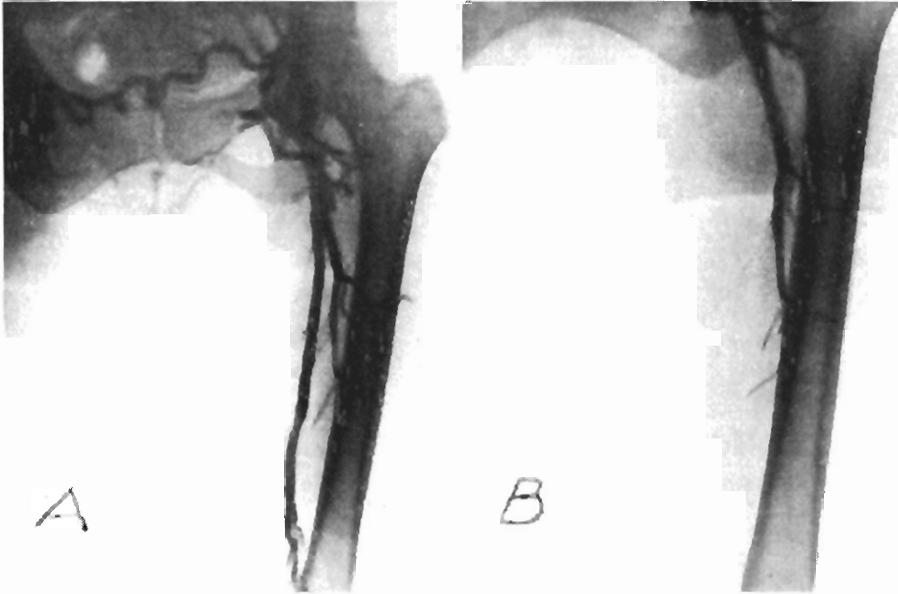


Fig. 10.

A) Flebografía preoperatoria, demostrando recanalización con insuficiencia venosa profunda y signos de flebitis antiguas dados por irregularidades en las paredes venosas y el tipo de la circulación colateral. B) Flebografía postoperatoria, demostrando la suficiencia del sector de la vena femoral profunda

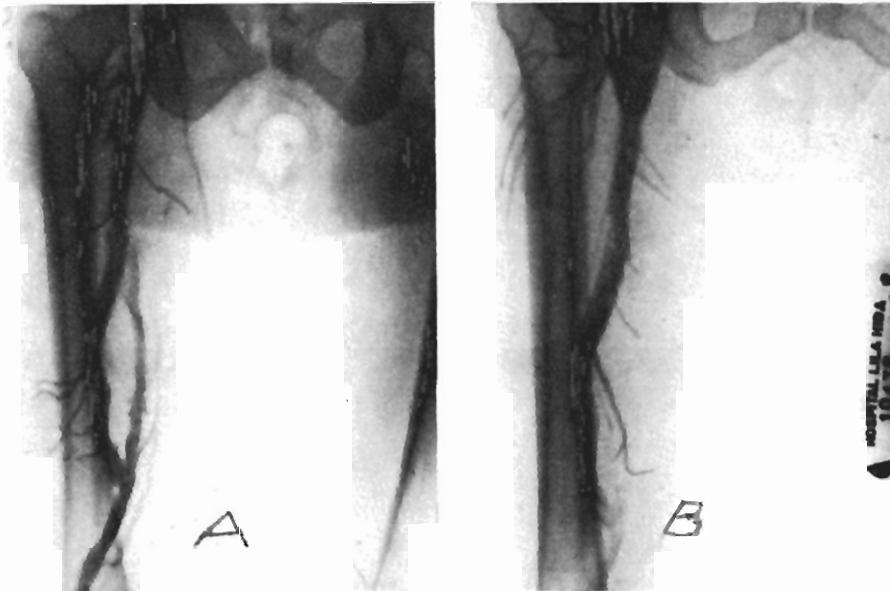


Fig. 11.

Flebografías pre y postoperatoria en un caso con flebitis antigua e insuficiencia tanto del sector de la femoral superficial como del de la femoral profunda

Además pudimos comprobar, flebográficamente, que en la mayoría de los casos de recanalización la vena femoral profunda había permanecido indemne al proceso flebítico, conservando por tanto la elasticidad de sus paredes, así como un sistema valvular suficiente, hechos no despreciables, como veremos en el momento de decidir la terapéutica quirúrgica a utilizar.

Demostrado ya que existían dos entidades distintas desde un punto de vista clínico y flebográfico, fácil era colegir que nuestra conducta terapéutica debía ser distinta. Y como quiera que cuando la obstrucción está presente los enfermos sólo exhiben un edema vespéral, más soportable que la ulceración, comprendimos que la solución se encontraba en transformar una modalidad — recanalización — en la otra — obstrucción — mediante la interrupción quirúrgica del sistema venoso profundo.

Por otro lado, era necesario actuar al mismo tiempo sobre el sistema venoso superficial, siempre insuficiente, ya que a su olvido atribuíamos en parte el fracaso cuando se ligaba la poplítea exclusivamente. Faltaba por decidir el nivel a que dicha interrupción debía realizarse, y escogimos la femoral superficial por debajo de la desembocadura de la femoral profunda, obligando a la circulación de retorno a realizarse por esta última vía que, como ya flebográficamente habíamos demostrado, rara vez participa de los procesos flebíticos. Al mismo tiempo, debía realizarse el «stripping» de la safena interna, con lo que completábamos el criterio terapéutico originalmente descrito por LINTON y HARDY.

La técnica de la intervención es sencilla, procediéndose al descubrimiento de los vasos femorales a nivel del triángulo de Scarpa, previa anestesia raquídea selectiva. Una vez reconocida la vena femoral superficial se procede a la liberación de la misma de la magma periflebítica que la envuelve y adhiere a la arteria homónima. Luego procedemos a la resección de un segmento de dicha vena, de unos diez centímetros, inmediatamente por debajo de la desembocadura de la femoral profunda. La intensidad de la reacción periflebítica guarda relación estrecha con la intensidad de los cambios vasomotores presentes, los cuales desaparecen cuando se hace una buena liberación de la arteria. Se aprovecha esta misma incisión para localizar y ligar el cayado de la safena interna y sus colaterales. Se introduce el «stripper» por el cabo distal hasta un nivel por encima de la ulceración o, mejor, de la zona indurada que la rodea, extrayéndose a este nivel. Se procede entonces a una esclerosis retrógrada del segmento restante. Se realiza una «toilette» de la ulceración, si se estima conveniente. Se cierran por planos las heridas operatorias y se coloca un vendaje compresivo desde el tobillo hasta la raíz del muslo.

Debemos confesar, no obstante, que en dos de nuestros primeros casos tuvimos dos lamentables accidentes, de los que mucho aprendimos. En un caso seccionamos la arteria femoral entre dos pinzas. Por suerte, nos dimos cuenta inmediatamente, procediendo a una sutura término-terminal de la misma que evolucionó favorablemente. En otro caso en que la manipulación de la arteria

reconocemos fué excesiva, sobrevino un intenso espasmo que, secundariamente, llevó a una trombosis masiva arterial y venosa, con gangrena consecutiva. Ambos accidentes son imputables a nuestra técnica defectuosa y no al método que sustentamos.

Un análisis de nuestros treinta enfermos nos demuestra (Tabla I) :

a) Que el mayor número estaba comprendido entre los 35 y 50 años de edad, predominando en el sexo femenino y en la raza blanca.

b) Que la fecha del accidente agudo variaba entre 3 meses y 32 años, habiendo aparecido el mismo en la mayoría de los casos durante el postpartum o el postoperatorio ; tomando el miembro inferior izquierdo en 26 casos. Todos habían sido tratados con reposo y antibióticos, no usando en ningún casos la terapéutica anticoagulante.

c) Que, entre las secuelas inmediatas, el edema estuvo presente, en mayor o menor grado, en todos los casos.

d) Que al momento de consultar se pudieron constatar las siguientes secuelas : edema en 26 casos ; induración, pigmentación y úlcera en 22 casos ; dermatitis en 10 casos ; dolor en 7 casos ; cambios vosomotores en 6 casos ; y várices en 5 casos.

e) Que la flebografía demostró insuficiencia venosa profunda en 27 casos y obstrucción en 3 casos, y que estos hallazgos eran concordantes con los resultados anatomopatológicos. Asimismo, la flebografía postoperatoria realizada en 11 casos demostró que la vena femoral profunda era insuficiente en sólo uno de ellos (fig. 11, A y B), siendo normal en los restantes (figuras 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10, B).

f) Que desde un punto de vista quirúrgico se realizó : «stripping» de la safena interna, ligadura de la poplítea, gangliectomía lumbar, resección de la vena trombosada — según criterio de LERICHE —, injerto de piel, en forma aislada o combinada, no obteniéndose con ninguna de ellas resultados satisfactorios.

g) Que la resección de la vena femoral superficial asociada al «stripping» de la safena interna se realizó en 22 casos, de los cuales 18 presentaban ulceración, obteniéndose los siguientes resultados :

- 1) Cierre de las ulceraciones en un tiempo promedio de tres semanas.
- 2) Desaparición completa del dolor, las várices y la dermatitis.
- 3) Persistencia de la induración y pigmentación en todos los casos.
- 4) Persistencia del edema en 6 de los casos, lo que nos obligó a indicar el uso de una media elástica.

Todos estos casos han sido dados de alta sin tratamiento alguno y, desde un año a la fecha, ninguno ha presentado recidiva de sus úlceras, siendo citados en consulta externa cada tres meses.

CONCLUSIONES

1) Se discuten los distintos criterios terapéuticos seguidos en nuestro medio para el tratamiento del síndrome postflebítico.

2) Se destaca la importancia del factor venoso profundo y superficial en el tratamiento de las secuelas, y se señala la flebografía retrógrada por la técnica de Luke como la exploración más importante en el estudio de dicho sistema venoso.

3) Se comprueba la existencia de dos modalidades de síndromes postflebíticos, distintas desde el punto de vista clínico, radiológico y terapéutico.

4) Se reconoce que, a pesar de la complejidad de factores que intervienen en su producción, muchos de ellos irreparables, siempre es posible por medios quirúrgicos conseguir la transformación de un mal mayor en otro menor, que no otra cosa es si no el papel de la Cirugía la mayoría de las veces.

5) Se señala la resección de la vena femoral superficial asociada al «stripping» de la safena interna, técnica original de LINTON y HARDY, como el proceder de elección en todos los casos de síndrome postflebítico en fase de recanalización; quedando reservado el tratamiento conservador para los casos en fase de obstrucción, así como para los operados con edemas residuales, en cuyos casos el «Nuevo sistema de vida para la pierna», de LUKE, puede hacerlos más llevaderos.

6) Se reportan los resultados obtenidos, que se estiman ya altamente satisfactorios, a pesar de que sólo contamos con un año de observación.

7) Admitimos la posibilidad de que hasta ahora no tengamos toda la verdad con nosotros, pero prometemos traerla ante ustedes en la medida que ella se nos ofrezca.

S U M M A R Y

After discouraging results with the «New Way Life» instructions from Luke, with popliteal ligation and with stripping of the saphenous vein, in postphlebotic syndrome, the authors recommend superficial femoral vein ligation and stripping of the internal saphenous vein like Linton and Hardy. The results of a follow up study during one year are encouraging but further years of observation are necessary to determine the true value of this method.

B I B L I O G R A F Í A

- BAUER, G — *Las secuelas de la trombosis venosa postoperatoria*. «Angiología», vol. IV, núm. 3; mayo-junio 1952.
- DOS SANTOS, J. C. — *Sobre algunas verdades primordiales olvidadas o ignoradas de la anatomofisiología normal y patológica del sistema venoso*. «Angiología», vol. I, núm. 3; mayo-junio 1949.
- LERICHE, R. — *Traitement des séquelles postphlébitiques*. «Le Progrés Médical», año 77, núm. 11, pág. 243; junio 1949.

- LINTON, R. y HARDY, I. — *Post-thrombotic syndrome of the lower extremity*. «Surgery», vol. 24, núm. 3, pág. 452; septiembre 1948.
- LUKE, J. — *Evaluation on the deep veins following previous thrombophlebitis*. «Arch. of Surgery», vol. 61, pág. 787; noviembre 1950
- OCHSNER, A. y DE BAKEY, M. — *Postphlebitic sequelae*. «J.A.M.A.», vol. 139, núm. 7, pág. 423; febrero 1949.
- SELIGMAN, B. — *The postphlebitic syndrome*. «Angiology», vol. 2, núm. 5, pág. 393.
- TINGAUD, R. — *Les séquelles des phlébites des membres inférieurs*. «La Semaine des Hopitaux», tomo 26, núm 87, pág. 4500; noviembre 1950.
- VIDAL-BARRAQUER, F. — *Resultado de los distintos métodos de ligaduras venosas en el tratamiento de la insuficiencia profunda de la extremidad inferior*. «Angiología», vol II, núm. 1; enero-febrero 1950.