

Wolfgang G. Goller

Jaime Luksemburg

Alberto Piñeyro

Enrique Francia

obstrucción posttraumática de la vena ilíaca externa

su tratamiento por transposición de la vena safena interna contralateral

Trabajo del Departamento de Cirugía
del Hospital Central del S. S. de las FF.AA.
Jefe: Prof. Adj. Dr. R. Saccone.

Los autores presentan un caso de obstrucción de la vena ilíaca externa derecha, causa de un síndrome postflebítico, tratada exitosamente por la transposición de la vena safena interna contralateral. (Operación de Palma).

The authors present a case of pos-traumatic obstruction of the right iliac vein, treated by transposition of the contralateral saphenous vein. (Palma operation).

Les auters présentent un cas d'obstruction post-traumatic du v. iliac droit, traité par transposition du la v. saphene int. contra lateral. (Operation de Palma).

En numerosas publicaciones (3, 4, 5) hemos insistido en la necesidad de la reparación, en lo posible simultánea, de las heridas de los troncos arteriales y venosos. Este proceder está basado en una experiencia, publicada por numerosos autores (1, 7, 9, 10), así como en la nuestra propia en más de 40 casos de heridas vasculares por armas de fuego.

Frente a la herida de ambos vasos, la simple ligadura del tronco venoso, puede:

- 1) Llevar a la trombosis del segmento arterial reparado, siguiendo un mecanismo similar a aquel que provoca las gangrenas en las flegmasias cerúleas, por enlentecimiento en la circulación de retorno y consecutiva obstrucción arterial.
- 2) Favorecer la instalación de una trombosis venosa profunda, que mismo bien tolerada y sin influencia sobre el segmento arterial, lleva a la invalidez del paciente por su secuela: el síndrome postflebítico.

Destacamos también (4), que no es la ligadura por sí misma, sino la trombosis venosa profunda extensa, longitudinal, que se instala distalmente a la ligadura, la responsable de la aparición del síndrome postflebítico. De ahí que ante la necesidad de ligar los troncos venosos, por el mal estado general del paciente, que no permite más que la reparación

arterial, es absolutamente imprescindible iniciar la terapéutica anticoagulante, justamente para evitar la trombosis venosa profunda.

En el año 1959, Palma (8) describió su técnica de transposición de la vena safena interna contralateral, como contribución al tratamiento quirúrgico de la trombosis venosa iliofemoral. La vena safena interna contralateral es seccionada a nivel del Hunter, o si tiene buen calibre mismo más distalmente, liberada hasta su cayado, y luego pasada por un túnel subcutáneo, prepubiano, para realizar la anastomosis con la vena femoral por debajo de la obstrucción. De esta manera, la sangre de retorno del miembro enfermo es derivada por la vena safena transpuesta, al sistema venoso contralateral sano. Con ello se aspira a obtener una mejoría de la sintomatología, que invalida de por vida a quien es portador de un síndrome postflebítico.

C. C. (Hist. Clín. N° 133.994, Hospital Central del S. S. de las FF.AA.), paciente de 26 años, que dos años antes de su ingreso (197) es operado de urgencia en un sanatorio particular, por una herida por proyectil de arma de fuego. Se comprueba en esa oportunidad: heridas de asas delgadas y la sección del paquete vascular ilíaco externo. En el mismo acto quirúrgico se resuelve el problema intestinal, se realiza la anastomosis terminoterminal de la arteria ilíaca externa y se liga la vena, ante el grave estado gene-

ral del paciente. La evolución inmediata es óptima, la palpación de los pulsos distales permite asegurar un buen funcionamiento arterial.

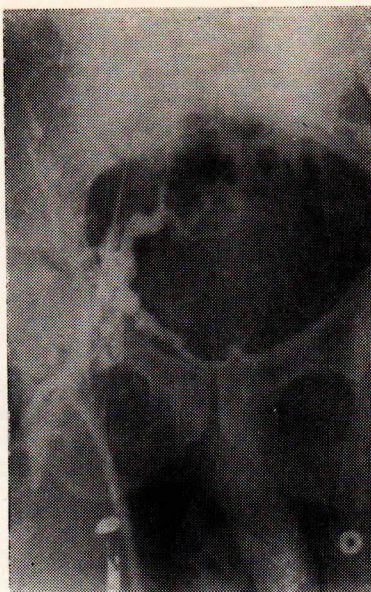
En el postoperatorio alejado comienza a notar inicialmente la aparición de un importante edema, que se instala a poco de comenzar la marcha y que retrocede rápidamente con el reposo. En el curso de los meses siguientes al edema se agrega un importante dolor a nivel de las pantorrillas, que se instala después de una marcha de aproximadamente 200 metros, y que le obliga a detenerse. Generalmente tarda de 10 a 15 minutos, hasta que pueda reiniciar la marcha.

Nos consulta a nosotros en diciembre de 1972 por esta claudicación. Al examen, importante edema del miembro inferior derecho, la circunferencia del muslo derecho con respecto al izquierdo está aumentada en 8 cm., la pantorrilla derecha en comparación con el lado contralateral en 5 cm. Los pulsos proximales y distales son perfectamente palpables. La arteriografía de control muestra una permeabilidad y normalidad absoluta del sistema arterial del miembro enfermo. La flebografía, la permeabilidad del sistema venoso de pierna y muslo y una detención del medio de contraste a nivel de la vena iliaca externa derecha, con desarrollo de una importante red colateral.

OPERACION

7/2/1973 (Dr. Goller). Descubierta de vena femoral y sus ramas de división a derecha. Se comprueba vena sana, hasta por debajo del anillo crural. Descubierta de vena safena interna contralateral, que se secciona a nivel del Hunter, liberándola en sentido proximal hasta su cayado. Tunelización subcutánea, suprapúbica llevando el extremo distal de la vena safena interna así preparada hasta la raíz del muslo derecho, donde se anastomosa a la cara anterior de la vena femoral común, por debajo de la obstrucción (anastomosis terminolateral).

Buena evolución postoperatoria, reducción del edema y ausencia de claudicación a la marcha.



Al mes de operado, flebografía de control (fig. 1) que demuestra la permeabilidad de la vena transpuesta, con buen drenaje al sistema venoso contralateral normal. Controles periódicos, el último en enero de 1974, permiten asegurar la persistencia de la permeabilidad del injerto, y ausencia de sintomatología dolorosa a la marcha.

DISCUSION

1) El hecho de que este enfermo no haya desarrollado después de la ligadura de la vena iliaca externa una trombosis extensa longitudinal, ha contribuido a mantener permeable la arteria reparada, y explica también la ausencia de sintomatología clínica venosa en el postoperatorio inmediato. En el postoperatorio alejado la instalación de la claudicación venosa se explica por el déficit de la circulación de retorno, con ingurgitación distal.

2) La anastomosis debe realizarse sobre un segmento venoso profundo normal. No alcanza con que la vena sea permeable, es imprescindible una pared venosa normal. Al no haber hecho una trombosis venosa profunda extensa distal a la ligadura, pudo realizarse la anastomosis a nivel de la raíz del muslo, con las evidentes ventajas del caso. Cuanto más distalmente se lleve la anastomosis, más fácilmente falla de

ésta. De ahí que se justifique siempre la terapéutica anticoagulante cuando se haya realizado la ligadura de la vena.

3) En el postoperatorio inmediato es imprescindible: a) mantener la terapéutica anticoagulante; b) insistir en la movilización pasiva del miembro enfermo por un acompañante, que realizará masajes de las masas musculares de la pantorrilla en sentido centripeto y movimientos de flexo-extensión del pie sobre la pierna. Nosotros además de la movilización pasiva, colocamos en la pierna del paciente un brazaletes de un aparato de presión arterial, que hacemos inflar y desinflar constantemente a los efectos de conseguir una buena expresión de las masas musculares, que mantenga un óptimo flujo a través del sistema venoso profundo y a través de la anastomosis. Una vez en condiciones de moverse activamente, el paciente debe levantarse precozmente.

Para mantener un buen flujo a través de la anastomosis, muchos autores como Vollmar (11) y el mismo Palma, realizan además por debajo una fistula arteriovenosa, que mantienen aproximadamente durante 6 semanas. En la literatura mundial se hace referencia a los buenos resultados precoces de esta intervención, pero se llama la atención sobre la frecuencia de las trombosis alejadas. Según May (6), únicamente el 20 % de los casos persiste permeable más allá de los 5 años.

De cualquier manera, ante la imposibilidad de poder ofrecer otra terapéutica, y ante el sufrimiento de estos enfermos, la intervención está plenamente justificada.

BIBLIOGRAFIA

1. Barcia P. J., Nelson T. G., Whelan T. J., Importance of Venous Occlusion in Arterial Repair Failure: An Experimental Study. *Ann. Surg.*, 175:223, 1972.
2. Cormier J. M., Sautot J., Frileux C., Arnulf G.: *Nouveau traité de technique chirurgicale*. Tome V. Artères, Veines, Lymphatiques. Ed. Masson, Paris, 1970, pág. 555.
3. Goller W. G., Castiglioni J. C., Bergalli L. E., Saccone R.: Heridas arteriales de los miembros producidas por proyectiles de armas de

- fuego. Rev. S. S. de las FF.AA., 1:3, 1973.
4. Goller W. G., Torterolo E., Luksemburg J., Castiglioni J. C., Bergalli L. E., Cardeza H. Saccone R., Boschi J.: Heridas de los grandes troncos venosos de los miembros. Presentado Soc. de Cirugía del Uruguay 19-9-1973. A publicarse en Cirugía del Uruguay.
 5. Goller W. G., Torterolo E., Saccone R.: Heridas vasculares de los miembros producidos por proyectiles de armas de fuego. XI Congreso de la Sociedad Cardiovascular Internacional Barcelona, 27-29/9/1973
 6. May: Comunicación personal.
 7. Natali J., Lavarde G., Singier J. R., Laredo J. C.: Importance de la réparation veineuse dans la plaies fraîches associées des troncs artériels et veineux du membre inférieure. J. Chair. (Paris), 100:281, 1970.
 8. Palma E. C., Esperón R.: Vein transplant and graft in the surgical treatment of postflebitic syndrom. J. Cardio. Surg., 1:3, 1960.
 9. Rich N. M., Hughes C. W., Baugh J. H.: Management of Venous Injuries. Ann. Surg., 171:724, 1970.
 10. Early Influence of Popliteal Vein Repair in the Treatment of Popliteal Vessel Injuries. Am. J. Surg., 122:528, 1971.
 11. Vollmar J.: Comunicación personal.