

Síndrome Post-Trombótico De Los Miembros Inferiores

Dr. HERNÁN CORRALES PADILLA

Se desarrolla aquí una parte del trabajo presentado por su autor en la asamblea ordinaria de la "Sociedad Chilena de Dermatología y Sifilología" del 13 de Octubre de 1950.

Ampliamente conocido de los dermatólogos, es el complejo y extenso cuadro sintomático que desde la epidermodermatitis microbiana hasta la úlcera de las piernas, pasa por los estados de angiodermitis, edemas, várices secundarias (no várices primarias), linfangitis a repetición, linfaedema, etc. Bien conocido es de todos el criterio diagnóstico que se sigue para hacer las diferenciaciones con todas las otras entidades que se le asemejan a cada estadio de este cuadro; pues nada más frecuente para nosotros es encontrar una streptodermia de las piernas, que envían los médicos que no son de la especialidad, con diagnóstico de eczema de las piernas o con una eritrodermia por abusos terapéuticos, sobre la placa de eczema que han calificado de alérgico por mucho tiempo y tratado infructuosamente como tal, pues la semejanza clínica no les permite diferenciación. Igualmente frecuente son las várices tratadas con todos los métodos que recidivan en las manos de buenos cirujanos, que las han calificado de primarias, congénitas, etc., cuando no han hecho aún el estudio clínico para descartar una tromboflebitis o una flebotrombosis (profunda) antigua, y las várices en cuestión, que son netamente secundarias, pasan a ser un capítulo (no siempre presente) del «Síndrome post-trombótico de las extremidades inferiores» como lo llama Westermeyer o de la «Insuficiencia crónica venosa profunda» de Allen. Cuantos cuadros sintomáticos de endoarteritis obliterante se observan y que consultan por ligeras claudicaciones y enfriamientos, que son debidos a una insuficiencia venosa que no ha producido edemas o son demasiado pequeños y la cual sintomatología arterial no obedece sino al ya bien cono-

ocupa y ofrecer sus servicios para que el evento revista la altura que debe y se informe del más sano propósito, pues Honduras se merece más trabajo, más honra, más dignificación y he aquí que la clase médica del país puede, en el caso particular, ofrendar su aporte con entusiasmo y patriotismo si todos nos unimos y hacemos lo que ya han hecho con tan buenos sucesos otros hermanos centroamericanos.

HERNÁN CORRALES P.

cido reflejo arteriolo-espástico que parte de una vena profunda recanaliza de los miembros inferiores, aunque su trombosis inicial haya sido muda, como el caso de los enyesados y operados que guardan cama mucho tiempo y en los cuales el oscilómetro nos dice claramente que no hay insuficiencia arterial; en cambio, una flebografía o una presión venosa de la poplítea nos aclara el diagnóstico, unidas desde luego, a todas las pruebas clínicas para las venas profundas, comunicantes y superficiales. Frecuentes son las otras modalidades del síndrome post-trombótico que no se manifiesta durante mucho tiempo por edemas o eczemas ni várices se-

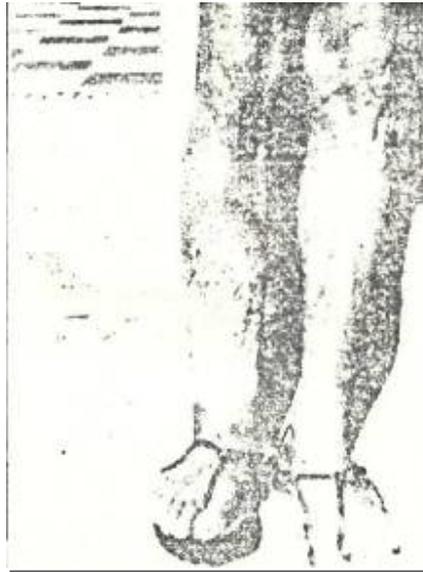


FIG. N.º 1.
Úlcera tórpida 20 años después de iniciada. **Notese**
que no hay várices en la pierna responsables de U
ulceración.

cundarias, sino por dermatoesclerosis de las piernas o por Dermatitis de Favre, que en cuanto se diagnostican hacen pensar en un pronóstico poco halagador.

El problema de las várices primarias es bien conocido de todos los dermatólogos, así como las tromboangeitis y las arteritis obliterantes. Conocido es también y bien tratado el eczema y epidermofitias de las piernas; lo que pretendemos es puntualizar, hasta donde podamos, cuando los cuadros citados no son entidades aisladas, sino elementos sintomáticos del Síndrome post-trombótico, para hacer el estudio correspondiente y tratarlo como tal.

Por la bibliografía que existe hasta la fecha, por contacto personal con los que más han trabajado en Chile en clínica vascular periférica y por correspondencia de los autores extranjeros que más se han ocupado de esto como Ochsner, Pratt, Allen, Linton, etc..

podemos decir que el problema se comienza a tocar con un criterio más razonable desde hace cinco años y que las estadísticas de todos son muy reducidas y con un período corto' de observación posterior hasta la fecha. El Prof. Prats, del San Luis, Westermeyer, Acevedo y Velasco han trabajado ampliamente entre nosotros. De-seamos ahora con el amplio material del hospital San Luis, dar a conocer los resultados de nuestros tratamientos para que ustedes los juzguen ahora y más tarde, aportando así a este nuevo problema de la dermatología, un paso más que tiene mucho de las experiencias ajenas y de nuestra propia manera de ver el asunto, para que, tratemos más y mejor, si es que logra la aprobación de la asamblea, al gran número de pacientes que llegan a las clínicas de dermatología con cuadros que presentan una gran variedad sintomática, que los hace a veces de difícil identificación clínica.

Cuando el cuadro se presenta como una úlcera de la pierna en que no vemos várices actuales, el caso es fácil y nos hace pensar en un trastorno venoso profundo, desde luego. Pero cuando se presentan todos los otros estadios sintomáticos, se hace difícil pensar en dicho trastorno vascular profundo, a menos que hagamos iodo el estudio clínico, que requiere por término medio dos horas para cada paciente.

Los sitios de localización más frecuente de las tromboflebitis o flebotrombosis de los miembros inferiores son por orden de frecuencia: la femoral superficial, la poplítea, las tibiales y las venas plantares. Hacia arriba las ilíacas, especialmente la interna.

Cuando el accidente es ruidoso, el diagnóstico es sencillo y el tratamiento de lo más completo y bien reglado actualmente. Pero los cuadros silenciosos (flebotrombosis), pasan desapercibidos o se olvidan aquéllos a la hora en que el paciente consulta por un cuadro que no estamos acostumbrados a relacionar con tal etiología.

Como dice Bergstrand, lo usual es que una vena femoral que ha sufrido una obstrucción, se recanalice en un período más o menos largo (que puede ser de años) y en eso consiste el mayor peligro, puesto que una vena totalmente obstruida después que pasa lo agudo, obliga a la circulación venosa por debajo de ella a derivarse por la enorme red complementaria de las venas musculares que por la femoral profunda terminan por drenar bien el miembro, puesto que se adaptan a este trabajo adicional.

Pero al recanalizarse, lo hace mediante un lumen reducido, de paredes fibróticas, sin la elasticidad necesaria para su función y que en algunos casos es de gran longitud, como afirma Bauer. Así las cosas, la vena trombosada y recanalizada, se transforma en un sitio de su recorrido en un tubo rígido con condiciones totalmente contrarias a las normales como lo demuestran los biopsias de nuestros enfermos y que proyectaré luego a ustedes. Se comprende que la columna sanguínea pesa desde la aurícula a través de la cava y demás venas en el miembro inferior a expensas de ese segmento rígido sin válvulas (destrucción por la trombosis) y sin elasticidad, trastornando totalmente la mecánica de la circulación de retorno en el miembro. En un primer número de casos, puede que la cir-

culación complementaria del miembro, como las safenas, deriven la sangre, evitando el edema y demás episodios; pero principalmente la red profunda hace el trabajo, y ese grupo de pacientes no hacen la sintomatología, o la hacen cuando este nuevo sistema de derivación se haga insuficiente con el tiempo. He aquí que es frecuente que se liguén aquellas safenas de que acabamos de hablar, una historia o estudio clínico amplio y se obture así una vía complementaria de la circulación venosa, creyéndose que son várices primarias, porque el episodio agudo trombótico pasó desapercibido como es frecuente. Tenemos ejemplos de venas femorales fibrosadas en nuestros pacientes con trombos organizados, que no dan historia de episodio agudo o de tramas insignificantes como un



Fig. N° 2
Úlcera en tercio medio de pierna con eczemas infecciosos circundante. Vista por cara interna de la pierna no se advierten várices. Recien operada.

esguince pequeño, y a los tres años: epidermofitias y streptodermias de la pierna, hasta la úlcera, debido a una flebotrombosis ignorada y «gravada por una ligadura de las safenas calificadas de várices primarias y responsables del cuadro. Se agrega a esto el reflejo espasmódico que parte de esta femoral o poplítea lesionada, hacia las arterias vecinas agravando el cuadro y dándole quizá, apariencia de trastorno primitivamente arterial. Este reflejo que no cede ni con la simpatectomía periarterial, desaparece muchas veces con la ligadura y sección de la vena femoral o poplítea trombosadas.

En nuestros casos tenemos, como se verá en el cuadro sinóptico que les proyectaré, un ejemplo de espasmo de la arteria vecina que cedió poco después de seccionada la vena que estaba transformada en un cordón rígido.

El edema, aún mínimo, que crean estas condiciones, es la de muchas streptodermias y dermatoesclerosis a lo que suma la **capilaritis** con el color típico de dichas piernas.

Otro elemento importante de esta ectasia venosa, es la debilidad congénita del sistema venoso profundo que puede presentarse en ciertos sujetos, al igual que en los sistemas sálenos. Como afirma Westermayer, ha encontrado muchas femorales superficiales 0 poplíteas flácidas, muy amplias, totalmente insuficientes. En nuestros casos hay algunos con esta debilidad exagerada que, clínicamente se había supuesto y por una flebografía que mostró una vena amplísima y tortuosa y con unos rudimentos de válvulas únicamente como lo comprobó el anatomopatólogo.

Hay casos en que el elemento epásticos reflejo os tan fuerte, que como en algunos de nuestra serie, han aliviado con anestecias del simpático lumbar que practicamos día por medio hasta quitar el dolor, y luego, en la operación se ha encontrado su trombosis de la femoral superficial responsable de tal espasmo arteriolar.

Haremos a continuación un breve resumen de la manera cómo hacemos la exploración clínica de nuestros enfermos sin entrar en detalles sobre cada prueba funcional, para mostrar después el cuadro sinóptico de nuestros resultados terapéuticos que contiene unos tratados de várices puras para corroborar el diagnóstico clínico hecho por exclusión, después de descartar por todos los medios las várices secundarias post trombóticas. En dicho cuadro se anotan con abreviaturas: el nombre del paciente (iniciales), número de la historia clínica del hospital San Luis, Data de los síntomas. Después un estudio físico especial que comprende, en abreviaturas, las pruebas funcionales (Perthes alta y baja, Trendelenburg primitiva y modificada, Prueba de Pratt, Ochsner y Mahorner, etc.), Oscilometría, Flebografía, Presión Venosa, Anestesia del Simpático lumbar, Diagnóstico, Lesión actúa!. Tratamiento anterior, Tratamiento nuestro, hallazgo operatorio. Proyectaré después algunas biopsias de venas femorales que creemos más ilustrativas, de nuestras operaciones, en donde se verá el hallazgo operatorio de algunos casos, responsables de su cuadro actualmente en involución.

Luego haré desfilar algunos pacientes que han respondido al llamado del servicio social y que ya estaban dados de alta con controles mensuales.

Por último un breve capítulo de conclusiones.

- 1 —Con- una historia lo más completa posible, sobre todos los antecedentes sin menospreciar ningún detalle por ejemplo, focos sépticos amigdalinos o dentarios, permanencia en cama por causas sin importancia aparente, etc. Partos, abortos, intervenciones, calambres, frios de pies, etc., logramos muchas veces avanzar sobre datos gruesos que orienta a un pasado trombótico, aún silencioso, que luego corroboran todos los otros_ medios, de diagnóstico.

-Pasando por alto los pasos rutinarios de exploración física general, enumeraré las pruebas funcionales, sin comentarios por ser conocidas de todos, aunque hay modalidades actuales que a los autores mencionados al principio les han servido con un nuevo criterio para sus diagnósticos. Allen, Pratt, Westermeyer y otros las comentan ampliamente, no insistiremos nosotros. Son ellas: La Prueba de Perthes, tanto alta como baja, que nos ayuda mucho en el estudio de la suficiencia de las comunicantes de las piernas; la antigua y modificada prueba de Trendelenburg o de Brodie; la de Pratt, que estudia las comunicantes a distintos niveles; la de Ochsner-Mahoner que estudia en su primer tiempo la permeabilidad del sistema venoso profundo y en el segundo la sufi-

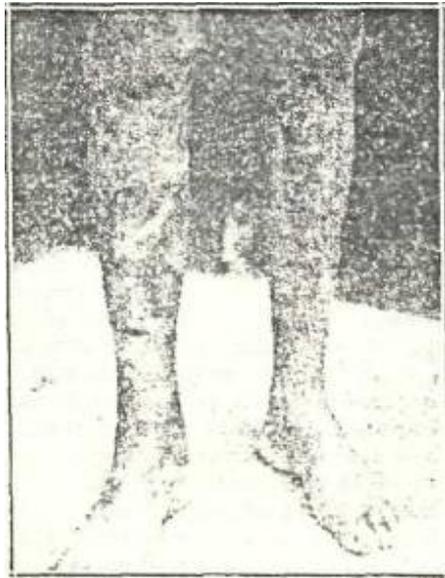


Fig. N^o 3
 Úlcera y edmoepidermitis circundante de la misma paciente de la figura N^o 4. Poco días después de operad.). Vista por cara anterior.

ciencia de las comunicantes del segmento inferior a su aplicación; la prueba de Schwartz-Mc. Peeters; la importantísima prueba del vendaje compresivo total del miembro inferior para estudiar la permeabilidad del sistema venoso profundo; la prueba de Adams, que tiene otro aspecto importante en el momento operatorio como veremos más adelante; la prueba de Harkins que estudia las válvulas de las comunicantes en su disposición vertical; la de Scott y Radakovich que estudia la ectasia venosa en movimiento.

Resulta casi imposible aplicar en un mismo enfermo todas estas pruebas; generalmente unas cuatro o cinco se adaptan en cada caso especial de acuerdo con su propia naturaleza. Todos los autores están de acuerdo en la importancia de tales medios diagnósticos que en algunos casos determinados hacen innecesario el resto de la exploración para formarse un criterio y aplicar la medida terapéutica conveniente. Huelga decir que lo ideal es completarla con los otros medios que continuaremos enumerando.

- 3.—'La velocidad de circulación del miembro es en algunos casos de suma importancia.
- 4 —'La presión venosa, que tomamos en la vena poplítea, es un dato muy importante para hacer el diagnóstico de síndrome post-trombótico, por cuanto se comprenderá que una aguja insertada en tal sitio nos da una idea muy clara de la presión a que está sometido el árbol venoso por arriba de dicho sitio. Hay que tener cuidado de verificar la presión venosa generalizada, tomándola también a nivel del brazo, cuando nos encontramos con una hipertensión en ambas piernas, para evitar atribuir hipertensión a una trombosis, siendo que obedece a una hiperpresión venosa generalizada. Se acepta que en el momento de la punción puede presentarse un transitorio ascenso imputable al espasmo venoso provocado por el traumatismo.

Al comprobar que, en algunos casos la circulación venosa de un miembro inferior era suficiente en reposo y que con la deambulación se hacía insuficiente, provocando edemas de rápida desaparición al entrar en reposo nuevamente. Veal y también Hussey decidieron estudiar la presión venosa durante el ejercicio muscular, dando entonces el gran paso de la patología venosa que se conoce como «prueba de la presión venosa en actividad» (nos referimos a su aplicación al estudio de la insuficiencia venosa crónica de los miembros inferiores). Esta prueba de Veal y Hussey tiene distintos sitios de aplicación, comentaremos la poplítea que es la que hemos empleado y que a nuestro juicio, en muchos casos, superior a la flebografía y a las pruebas funcionales.

Previa anestesia de la piel se introduce una aguja N¹ 19 de 1-3; pulgadas en la vena poplítea a la altura de la interlínea articular, la cual se determina palpando el borde inferior de la rótula. El dolor irradiado hacia la pierna nos indica el buen camino, por cuanto por dentro del nervio se encuentra la vena. La aspiración de sangre venosa nos confirma el hecho. El enfermo debe estar de pie frente a una mesa en la que se apoyará muy levemente. Determinada ya la presión venosa en reposo, adaptar el aparato de agua a la aguja; el paciente debe comenzar

a elevarse rítmicamente sobre la punta de los pies con el esfuerzo muscular de la pantorrilla a razón de 30 movimientos por minuto.

Se comprende que si la vía venosa está completamente libre, la presión venosa no sube, o apenas unos 10 mm. de agua sobre la presión estática; en cambio si hay un obstáculo por arriba esa presión se eleva paulatinamente, por cuanto el ejercicio atrae más sangre y ésta no encuentra una vía completamente libre, haciendo subir la presión que se mantiene un tiempo después de cesado el movimiento. A nosotros nos ha sido muy útil, y repetimos nuestra adhesión al método, como uno de los



FIG. N° 4 (la misma paciente de la figura 3. un mes después de operada.

más efectivos en el diagnóstico de trombosis antiguas totales o recanalizadas.

-La flebografía únicamente la mencionaremos, puesto que hay tantos métodos y cada técnica se aplica al sistema que se desea estudiar. Hemos empleado el Nosylan al 30%. Homans, Welch, Lesser y Danelius, Oliver y otros en el extranjero y el servicio de radiología del Hospital de El Salvador con la cátedra del Prof. Deamesty en Chile, han adelantado mucho en esta rama. Con los últimos hemos logrado hacer nuestras flebogrfias en los casos en que ha sido de toda necesidad.

6 '—Estudio Clínico general; especialmente pruebas alérgicas cuando el episodio en estudio se presta a confusión con afecciones por sensibilidades endógenas o exógenas a repetición, como el caso de los eczemas, epidermoficias, etc.; estudio arterial y sistema nervioso, en lo indispensable, cuando haya lugar a confusión con cuadros de esta naturaleza como sucede en algunos casos y lo dejamos apuntado arriba.

Una vez que hacemos el diagnóstico y sabemos por las pruebas funcionales que contamos con un sistema profundo complementario, decidimos la intervención sobre la femoral superficial o la poplítea, según el caso. Desde luego, que en algunos casos el paso previo de ligar las safenas y esclerosarlas se puede dar. Lo que más frecuentemente hacemos es estudiar la evolución del paciente con el vendaje elástico total de la pierna y sobre todo las anestias del simpático lumbar para destruir el elemento espástico agregado que hemos comentado y que en algunos casos ha exigido de la intervención, por lo menos hasta la fecha, por cuanto en dichos casos, este elemento espástico reflejo era esencial en la claudicación y aún OH el edema. Algunos han evolucionado, después de una mejoría transitoria, con estas anestias hacia el cuadro sintomático general que hemos descrito, indicándonos que si bien el elemento arterio-espástico está presente, es parte únicamente del trastorno venoso profundo, sobre el que hay que actuar. Agreguemos que además de usarla como prueba diagnóstica, por decir así, también hemos usado esta anestesia simpática después de las operaciones para acelerar la involución con buenos resultados.

Es obvio describir la técnica quirúrgica, en la cual nos ha hecho el mayor trabajo el Prof. Westermeyer y luego nosotros con la ayuda *de* la sección C del San Luis, diremos únicamente que ligamos y seccionamos la femoral superficial como lo recomienda Pratt y diremos también que en el momento de la operación hacemos dos

pruebas funcionales más con la vena al descubierto: 1 la prueba llamada del «Globo» que consiste en hacer una ligadura provisoria de la vena mediante un hilo pasado en hamaca por debajo de ella y manteniéndola ocluida, sin onudar, levantando los dos cabos de dicho hilo y observando si se forma una dilatación por debajo de dicha ligadura durante unos dos minutos de observación. La formación de dicho globo significaría que la sangre no encuentra suficiente vía de derivación por las otras venas profundas (intermusculares, etc.) y continúa ascendiendo en gran cantidad por la vena aún enferma; en tal caso hay que abstenerse de la intervención por cuanto agregaríamos un mal más con ella a la circulación de retorno. Constituye pues, esta prueba, el último reducto para rec-

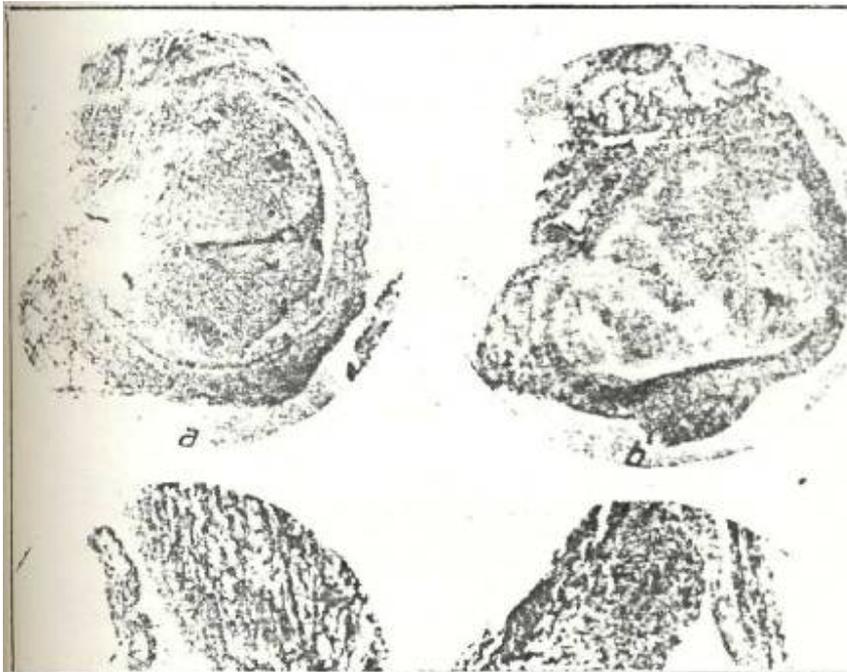


Fig. N° 5

Nótese en a y b una sección de dos venas femorales superficiales con su trombo organizado y recanalizado en algunos sitios.

tificar nuestra conducta en el momento operatorio; 2 la prueba de Adams que consiste en hacer toser al sujeto viendo la vena a cielo abierto. La dilatación que pudiera formarse en algunos casos, como lo hemos comprobado nosotros y consta en la epecrisis de nuestras historias, indicaría que hay una debilidad valvular a ese nivel o por encima de la femoral superficial, lo cual se observa sobre todo en los casos de femorales flácidas, dilatadas y probablemente débiles congénitamente que en un momento dado se descompensan totalmente y comienza a presentarse el cuadro de la insuficiencia

venosa crónica profunda que determina toda la gama sintomática de este síndrome.

Westermeyer, que en sus flebogrfías ha encontrado hasta flexuosidades en algunas femorales, es un convencido de que existe una debilidad congénita del sistema venoso profundo igual que el del sistema safeno y que tal condición podría ser un tributo que el hombre paga a la bipedestación aún.

Anotaremos también que los que han trabajado en este problema no se han desalentado por un primer resultado insatisfactorio en un paciente al cual se ha hecho el diagnóstico en las mejores condiciones, y así tenemos que Pratz ha reoperado pacientes suyos por un primer fracaso y ha encontrado colaterales de la femoral superficial que no ligó y que se han hecho cargo de producir un reflujo importante por el cabo distal de la vena seccionada. Otras veces hacen una segunda intervención sobre la poplítea por tratarse de localización baja de la fibrosis venosa recanalizada o de más de una lesión a lo largo del sistema. Nosotros hemos reoperado pacientes en la poplítea.

Hay que hacer constar también que no todos los pacientes hacen la involución de los síntomas en igual tiempo, pues así como hay quienes cicatrizan de sus úlceras en 9 días, hay otros que tardan mucho en reducir su edema. La explicación del fenómeno es que hay un tiempo de adaptación del sistema venoso complementario a su nuevo trabajo aumentado y esto requiere más tiempo en unos que en otros.

Anotemos! desde ya, que hay casos en que una aparento correcta indicación d' intervención no responde al tratamiento como se espera, La explicación del fenómeno es: 1 una incorrecta apreciación de las pruebas funcionales y demás medios (lo cual es factible) o una descompensación que sigue inmediatamente a una compensación después de la intervención. Estos pacientes son tributarios de! vendaje elástico a permanencia del miembro inferior, que era el máximo recurso antes de la presente medida terapéutica.

2 una atonía tisular con dermatoesclerosis muy avanzada en pacientes que tienen su cuadro clínico desde hace muchos años (tenemos pacientes de 30 a 35 años de evolución). Estos casos se

benefician del injerto después de la operación en ciertas oportunidades.

3^{ra} una intervención defectuosa.

Se comprende pues, que cuando hagamos una buena selección de los pacientes y tengamos para ello medidas más exactas de diagnóstico, el método tendrá una mayor proyección. Por el momento, de acuerdo con los más destacados trabajadores de «vascular periférico», es lo mejor que se puede ofrecer a los pacientes de insuficiencia venosa crónica rigurosamente seleccionados para no desprestigiar el método.

Microfotografías.—Proyectaré ahora unas ocho microfotografías de las biopsias de venas que nos han parecido más instructivas de iodos nuestros enfermos. En esta primera microfotografía vemos una trombosis casi total de la femoral, con un lumen muy disminuído. En la segunda vemos un trombo casi obturante con recanalización en dos sitios. En esta tercera vena abierta longitudinalmente se advierte una gruesa banda fibrosa que la recorre en un trecho de 5 cms. aproximadamente. En la cuarta se nota que las válvulas han desaparecido totalmente; nótese que queda únicamente la implantación valvular. En la quinta una vena flácida, dilatada. En las tres siguientes, trombos incompletos, organizados,

Algunos Pacientes.—Mostraré ahora algunos pacientes que son los que han atendido el llamado del servicio social después de su evacuación del hospital, para que revisemos su estado actual. Podremos así hacer los controles ulteriores en mejor forma y formarnos un criterio más completo de las bondades del tratamiento y de sus fracasos, puesto que el objeto de esta exposición no es dejar establecido la eficiencia del tratamiento únicamente, sino hacer en Chile una experiencia con un número de pacientes semejantes al de algunos autores extranjeros, sobre un tema de actualidad y de tan promisorios resultados, cuando esté perfectamente reglado y derivar nuestras propias conclusiones. Así, pues, que no se ocultarán los fracasos ni los comentarios sobre las posibles causas de ellos, única manera de aprovechar en medicina la constante dinamia de las nuevas orientaciones terapéuticas. Por ser un problema social de los más grandes que afrontan los hospitales y polínicas de muchísimos países, toda medida racional de tratamiento debe ser juzgada con amplitud para evitar la estancación indefinida de una medida terapéutica que, luego puede resultar anacrónica o a la que podemos perfeccionar en Chile, en donde le dan especial atención actualmente muchos especialistas como los nombrados anteriormente.

Comenzaremos diciendo que el factor común en los pacientes que están viendo, es el hecho de no usar venda elástica y permanecer en pie desde el día de su intervención; no presentan edemas importantes ni los otros episodios del cuadro clínico que en su gran variación, venían presentando desde fechas considerablemente largas. Desde ya, decimos pues, que el factor reposo, que es una medida que funde edemas y borra várices secundariamente y hasta hace cicatrizar úlceras de manera transitoria (mientras dura el re-

poso), no cuenta, decíamos, en nuestra exposición, puesto que todos se han tratado ambulatoriamente.

Este paciente que mantiene una úlcera atónica y sucia, podría calificarse de fracaso a priori; creemos, sin embargo, que no es así, por cuanto este paciente se fugó del hospital pocos días después de intervenido y no ha tenido los cuidados de limpieza necesarios. Incluso era tributario de un injerto de piel después de su ligadura de la femoral; sin embargo, notemos que no hay edema (se ha adaptado muy luego) y que la dermatoesclerosis que era importante, ha cedido. Lo hospitalizamos nuevamente para hacerle tratamiento tópico y anestésico del simpático lumbar día por medio.

Examinen todos estos otros pacientes, cuyas lesiones al ingreso al hospital, constan en este cuadro sinóptico y notarán las buenas condiciones actuales.

Nótese el estado, comparativamente, de estas dos pacientes que sufrían de síndrome post-trombótico bilateral. Una operada, está en buenas condiciones; la otra, que rehusó la intervención, permitiendo únicamente injertos de piel en ambas úlceras, está en malas condiciones.

Esta paciente particular, sufre de edemas del miembro con insinuación de várices posteriormente (secundarias); fue intervenida por el Prof. Prats, de quien es paciente particular, y está con su edema fundido sin usar medias o vendas elásticas.

Dos pacientes más, a quienes el oscilómetro nos indicaba una franca disminución de la circulación arterial del miembro, pero en quienes la historia y el estudio nos orientaron hacia una etiología venosa, mejoraron, hasta la época actual con anestésicos del simpático lumbar, por lo cual cogimos que el (actor espástico reflejo agregado era en gran parte responsable de su cuadro. La evolución de esta otra paciente ha sido mala; a menos que no se beneficie de una segunda intervención sobre la poplítea, será catalogada como fracaso total. El resto de los pacientes, se han beneficiado en mayor o menor medida con la intervención. Ilustrativo es el caso de esta señora que después de una fractura del tobillo derecho, reposo prolongado en cama con yeso, ha hecho una flebotrombosis indudable de lo más silencioso que se puede dar, seis meses después, ligero edema frío que no progresó sino lentamente y que ha hecho várices secundarias que llegan hasta el abdomen para compensar una obstrucción profunda que corroboró la intervención. En esta señora la conducta a seguir no es la ligadura y esclerosis de sus várices como primera medida, sino la intervención sobre la profunda vena alterada y estudiar después la posibilidad de destruir tales várices, cuando comprobemos que su sistema colateral profundo es capaz de derivar bien su sangre, lo cual requiere tiempo de observación, pues como ya expresamos, hay período de incubación de la adaptación de este sistema profundo después de la intervención.

Como contraste, estos otros pacientes han sido tratados como varicosos primarios puros, diagnóstico hecho por exclusión, y

han evolucionado bien. Estos otros tres no han sido intervenidos porque las pruebas son contrarias.

Conclusiones.—Se estudian 24 pacientes de «Insuficiencia crónica venosa de los miembros inferiores» en diversas etapas de evolución; las lesiones existentes varían desde la epidermodermatitis microbiana simple, dermatoesclerosis, angiodermatitis, epidermoficias, edemas, várices primarias y secundarias, hasta la úlcera, sin omitir otros cuadros que se condicionan por tales lesiones.

Varios casos curan totalmente con tratamiento de ligadura y resección de las safenas afectas por el método de Pratt (Ligadura alta con resección de colaterales y ligadura de los puntos débiles identificados por el «sistema de las dos vendas»). Dichos casos son varicosos primarios puros.

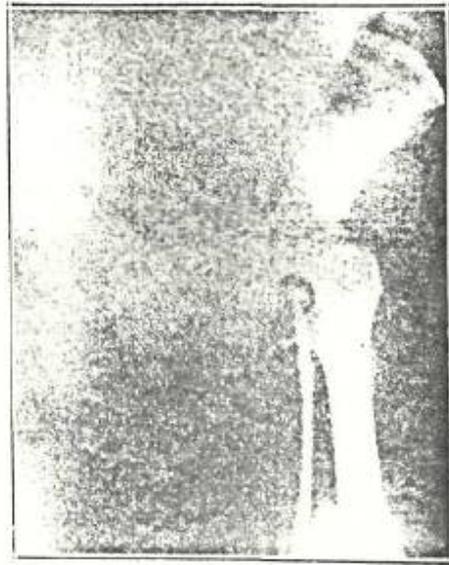


Fig. N.º 6.
Eliabematia de un paciente con tromboflebitis post
primaria y tema de varicosos. Haber dolor claro e
La foto. Nótese para bien en de la femoral y el lien
de las colaterales.

Se encuentra, de acuerdo con autores nacionales y extranjeros, que muchos de estos casos, aparentemente varicosos primarios, corresponden al «síndrome post-trombótico de los miembros inferiores».

Se adoptan medios diagnósticos especiales tomados de diferentes autores, y se hace una marcha propia de acuerdo con Westermeyer y Prats, de Chile.

Se intervienen por ligadura de la femoral superficial en el triángulo de Scarpa o la poplítea, según el caso, siguiendo las orientaciones de los autores que se ocupan del problema, cuyas estadísticas no son hasta la fecha, suficientes para hacer conclusiones definitivas. La primera presentación nuestra cuenta con control?;

post operatorios no mayores de tres meses y abarca pacientes cuya época de iniciación de las **lesiones** varían desde 1915 hasta 1949.

Damos resumidos los resultados de unos pocos autores que **han** trabajado en el problema, para que se observe que el método tiene fallas pero que son de una proporción tal, que no obliga a descartarlo. Las causas de los fracasos han sido enumeradas más arriba, según nuestra opinión.

Homans: 51 ligaduras de femoral superficial, con medidas complementarias como injertos, anestesia del simpático (40), ligaduras de safena interna (12 veces). Sólo puede controlar 40 y encuentra dos recidivas de úlceras.

Buxton: Ligadura de la femoral superficial y safena interna en operación previa, cuando comprueba varis secundarias extirpables. De 21 operados 16 mejoran definitivamente. De los *IA* casos con-úlceras, sanan 8.

Linton y Hardy; ligadura de la vena femoral superficial y resección de safena simultánea. Opera 54 casos. De 21 úlceras curan todas, menos 2. De 24 formas edematosas, mejoran 14 y no mejoran 10. .:

Bauer: Ligadura de la vena poplítea. Hace 54 operaciones por úlceras de las piernas, Buenos resultados inmediatos en todos. Pero logra controlar 34 pacientes a los 3 a 14 meses y encuentra: el edema persiste en 4 la dermatoesclerosis en 10. Úlceras recidivaron 2.

Nuestra estadística.—24 pacientes estudiados. Operación sobre femoral superficial y safenas a la vez 6. Sobre femoral superficial sola 6. Sobre poplíteas 2. Sobre safenas solamente 5. Contra-indicación para intervención 3. Anestesia simpática lumbar sola en 2. Todos los casos tuvieron medidas complementarias tales como anestesia simpático, injertos, en un caso simpatectomía lumbar que nos hicieron en el hospital El Salvador. De los tratados por síndrome post-trombótico se controlan 12, Persistencia de úlceras en 1. Edema inmodificado, 1. Buen estado 10,

Los casos que los autores extranjeros han tratado, pertenecen a clínicas dermatológicas que se han avocado al estudio del problema con los cirujanos, dando muestra de los resultados halagadores que se producen del estudio combinado de los problemas. Quirúrgicamente nos ha asesorado el Prof. Westermeyer. Todo el estudio clínico lo hemos hecho personalmente. La indicación operatoria o contraindicación, ha resultado del criterio de las dos partes, en la cual, el Prof. Prats ha puesto su acesoría que agradecemos.

Podemos decir que la ligadura de la femoral superficial o poplítea en el tratamiento del «SÍNDROME VASCULAR PERIFÉRICO» de miembros inferiores se conoce desde hace 5 años y constituye una gran esperanza para los enfermos en los cuales la medicina no tenía nada alentador que ofrecer.

El fracaso sobre una de las venas autoriza para intervenir en la otra de las mencionadas, siempre que el sistema colateral pro-

fundo continúe siendo suficiente (nuevo estudio de pruebas funcionales).

Cuando la fisiopatología y la clínica encuentren métodos que permitan un estudio tal. que únicamente vayan a la intervención los pacientes que se beneficiarán de ella, el método tendrá todo el valor a que está llamado a tener entre las terapéuticas usuales de la dermatología.

No queremos concluir sin agregar que hemos presentado únicamente los pacientes que tienen algún tiempo de tratados y que por tanto puedan exhibir algunos días de control en plena deambulación, pero que hay a la fecha muchos más tratados (sea inter-

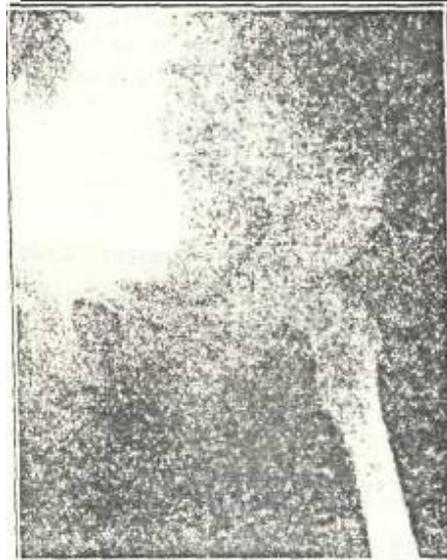


Fig. N°
Oír **flebogafria** de un paciente con **historia clara de** trombosis femoral. No se observa la ilíaca, continuando a la **femoral**, y **sí, colaterales que suben** por el abdomen. **El paciente había desarrollado** **ulcera** post-trombótica.

venidos quirúrgicamente, terapéutica simpaticolítica, etc.), que no figuran en nuestro cuadro y que están destinados a ulterior presentación a esta sociedad.

Tampoco queremos omitir que hemos comenzado a actuar más frecuentemente sobre la vena poplítea atendiendo a nuestras propias orientaciones en cada paciente y que varios son los enfermos que con un resultado mediocre por intervención sobre la femoral, han presentado mejoría inmediata con la intervención sobre la poplítea. Apuntaremos también que los pacientes que han sido intervenidos sobre la poplítea, lo han sido porque el cuadro clínico y las pruebas complementarias nos han orientado hacia ella, conforme a interpretaciones que empezamos hacer respecto a este punto de la decisión del lugar de ataque de la vena y en cuya inter-

prefación el criterio sagaz y la observación del Prof. Prats nos han sido de muchísimo provecho. Motivo de ulterior estudio y comentario será este nuevo aspecto de relacionar el tipo de lesión cutánea y su localización con el sitio del árbol venoso que sea más probablemente el afectado en el miembro. Este aspecto está casi totalmente sin tocar por los autores.

Para concluir quiero decir que, aunque no sea éste el método definitivo para el tratamiento de las insuficiencias venosas de los miembros inferiores y todo el síndrome post-trombótico, es indudablemente el camino a seguir y el que más éxitos ha proporcionado hasta la fecha. Las nuevas experiencias habrán de precisarlo más y es probable que, como dice un distinguido expositor de esta materia, el año próximo haya de cambiar los elementos secundarios de este tratamiento, mas no el método en sí, que es el que parece lógico de todos los sugeridos en la literatura y que ha de cambiar muchos aspectos de la dermatología de los miembros inferiores, tal como las dermorreacciones alérgicas a las bacterias y a los hongos cambió muchos conceptos de la dermatosis de los miembros inferiores.

Muchas gracias.

Santiago de Chile, 13 de Octubre de 1950.

HERNÁN CORRALES PADILLA.

Honduras.