

21º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

MESA REDONDA
Tromboembolismo venoso*

COORDINADOR:
Dr. RAUL PRADERI

Introducción.

Dr. Raúl Praderi.

Hipertrombicidad.

Dr. Omar Castro Bianchino.

Foco embolígeno.

Dr. Milton E. Mazza Bruno.

Fisiopatología de la embolia pulmonar.

Dr. Gilberto Pratt.

Estudio clínico.

Dr. Gilberto Pratt.

Centellografía pulmonar.

Dr. Antonio Páez.

Tratamiento médico.

Dr. Omar Castro Bianchino.

Trombectomía femoroilíaca.

Dr. Milton E. Mazza Bruno.

Ligaduras venosas.

Dr. Raúl Ugarte Artola.

Plicaturas y filtros de la vena cava.

Dr. Raúl Praderi.

Embolectomía pulmonar. Reanimación preoperatoria.

Dr. Raúl Ugarte Artola.

Embolectomía pulmonar. Técnica y resultados.

Dr. Raúl Praderi.

Discusión.

* Realizada el 11 de diciembre de 1970 en el Salón de Actos del Hospital de Clínicas, Montevideo.

Introducción

Dr. RAUL PRADERI *

En primer lugar, debemos agradecer a las autoridades del 20º Congreso Uruguayo de Cirugía, el habernos concedido el honor de coordinar una Mesa Redonda sobre este tema. Trataremos de cumplir con nuestra mejor voluntad aunque se trata de un problema difícil, viejo en algunos aspectos y nuevo en otros, en el cual consideramos que es fundamental la coordinación entre la actividad del internista y la del cirujano.

Existía hasta ahora un divorcio muy importante entre el diagnóstico clínico de embolia pulmonar, de cor pulmonar, o de formas agudas o crónicas de infarto de pulmón, hecho por el internista, y la intervención del cirujano. Esto sucedía aunque los proveedores de patología pulmonar del tipo infarto de pulmón son a menudo, los enfermos quirúrgicos.

Cuando decimos el cirujano, nos referimos también al especialista quirúrgico: urólogo, ginecólogo, cancerólogo, etc., cuyos enfermos como consecuencia de la cirugía hacen un tromboembolismo venoso. Estas complicaciones postoperatorias, en general son mal diagnosticadas o confundidas por el cirujano.

Pero si el postoperatorio se sigue correctamente, debe intervenir el internista para instituir un tratamiento y concretar el diagnóstico. Como dicen bien Baillet y Cachera (1), la embolia pulmonar es una "enfermedad complicación" para el cirujano, al que viene a enredarle los postoperatorios y es una "enfermedad explicación" para el internista que no podía aclarar un cuadro clínico poco definido.

Muchos cirujanos ignoran los detalles de la medicación a utilizar en el tromboem-

bolismo venoso. Los internistas, a su vez, no saben precisamente que la colaboración del cirujano en el tratamiento del tromboembolismo puede ser útil en sus tres etapas: a) mediante la eliminación del foco embolígeno, suprimiéndolo o haciéndolo inoperante; b) realizando operaciones profilácticas para evitar la repetición del embolismo; y c) utilizando los procedimientos terapéuticos de la embolia ya constituida.

El embolismo pulmonar en el postoperatorio se presenta para el cirujano como un incidente imprevisto y antipático en un enfermo que "no tenía que hacerlo". Para colmo las decisiones quirúrgicas de su tratamiento se plantean, como muy bien señalan Bergan y De Boer (2), con el momento en que el cirujano se disponía a iniciar una compleja coordinación operatoria o un tranquilo fin de semana.

El diagnóstico en vida de esta afección no se hace muchas veces, aunque su frecuencia parece aumentar con la mayor longevidad y el mayor número de operaciones en pacientes complejos y neoplásicos. Los estudios de necropsias indiscriminadas así lo indican [Siano (10)].

Smith, Dexter y Dammin (11) llegaron en 1965 a la conclusión de que se diagnostica el tromboembolismo en vida, sólo en algo más del 50 % de los casos.

Tessa Morell y Dunnill (12) encontraron 51,7 % de embolias en 263 pulmones derechos examinados en autopsias indiscriminadas.

En cifras globales, según Vernant (14), el embolismo pulmonar es responsable del 25 % de la mortalidad postoperatoria y del 30 % de la mortalidad de los cardíacos.

Entre las limitaciones de nuestra Mesa, debemos señalar que nos referiremos a las formas comunes de tromboembolismo con prescindencia de las embolias tumorales,

* Docente Adscripto de Cirugía; Cirujano Asistente del Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas (Facultad de Medicina de Montevideo).

gaseosas, grasosas, hidáticas (9), de parénquima hepático necrosado (4), de líquido amniótico, cuerpos extraños, etc., sobre todo en lo referente a foco embolígeno y fisiopatología. Como a su vez nos interesan solamente las embolias provenientes de venas y no de cavidades cardíacas, hemos dado a esta Mesa el título de "tromboembolismo venoso", es decir, de origen venoso.

Nos ocuparemos primero de los nuevos métodos diagnósticos, que permiten actuar con seguridad, detectando focos embolígenos y certificando la embolia constituida. En nuestro país hay experiencia en gammagrafía pulmonar, pero muy poca de angiografía pulmonar en el tromboembolismo. Esta es la causa del atraso en que estamos en el tratamiento de esta enfermedad. El cateterismo de las cavidades derechas si bien puede provocar algunos inconvenientes como la movilización de embolias, perforación de las cavas, o taquicardia ventricular (13), permite el control de las presiones y el estudio radiológico directo que se ha hecho casi imprescindible para diagnosticar las obstrucciones graves de la arteria pulmonar que requieren tratamiento inmediato (6). El "scanning" como ustedes verán, sigue siendo un procedimiento sencillo para topografiar las formas menos trágicas de embolia pulmonar (7, 13).

Luego se señalarán los métodos terapéuticos médicos, sobre todo el manejo correcto de los anticoagulantes.

El lugar de la cirugía en estas afecciones ha sido determinado de una manera muy clara por Browse y Solan³. Esos autores observaron que el 40% de una serie de 50 pacientes que habían sobrevivido a embolias pulmonares, hicieron una nueva embolia en la semana siguiente al episodio. La tercera parte de estos enfermos murieron aunque habían sido tratados con anticoagulantes.

En una serie equivalente de 50 pacientes que habían hecho embolias, estudiaron radiográficamente los miembros inferiores, detectando trombos móviles en el 38% de ellos. Estos 19 pacientes fueron operados con diversas técnicas de ligaduras y compartimentación. Ninguno de ellos hizo recurrencias fatales aunque 6 hicieron embolias (12%).

Como se ve, la cirugía redujo la cifra de recidiva embólica de 40% a 12% y la mortalidad a 0.

Hemos integrado este grupo de trabajo con igual número de internistas y cirujanos. Para ello invitamos a las Clínicas Semiológica del Prof. Purriel y Clínica del Prof. Ferrari, a enviar ponentes. Los trabajos (8) sobre tromboembolismo de Purriel y sus colaboradores, son de todos conocidos, igual que las investigaciones (5) del Laboratorio de Medicina Nuclear del Hospital Maciel sobre "scanning pulmonar".

La Mesa estará formada por el Dr. Omar Castro, Asistente de la Clínica Médica del Prof. Purriel, que trabaja en hipercoagulabilidad y tromboflebitis, hace mucho tiempo; por el Dr. Gilberto Pratt, Adjunto de la misma Clínica Médica, que se va a ocupar del diagnóstico y fisiopatología; por el Dr. Antonio Páez, del Centro de Medicina Nuclear de la Clínica del profesor Ferrari, que va a encarar los aspectos referentes al "scanning" y la radiología simple como métodos de diagnóstico; por el Dr. Milton Mazza, ex-Adjunto de la Clínica del Prof. Chifflet y Adjunto de la Clínica del Dr. Cendán, que se va a referir a las características del foco embolígeno y el tratamiento del mismo; y por último, por el Dr. Raúl Ugarte conocido cirujano vascular, que hablará de las ligaduras venosas y se va a referir también a la embolectomía pulmonar.

BIBLIOGRAFIA

1. BAILLET, J. et CACHERA, J. Les embolies pulmonaires. *Presse Med.*, 77: 1165, 1969.
2. BERGAN, J. and DE BOER, A. Venous thrombosis and pulmonary embolism: total care. *Surg. Clin. North Am.*, 50: 173, 1970.
3. BROWSE, N. and SOLAN, M. The prevention of recurrent pulmonary embolism. *Brit. J. Surg.*, 56: 753, 1969.
4. DUNNILL, M. The pathology of pulmonary embolism. *Brit. J. Surg.*, 55: 790, 1968.
5. FERRARI, M., PAEZ, A., LOPEZ SOTO, C., TOUYA, E., BURGOS, R. and col. Basic physiopathological patterns, of perfusion and inhalation pulmonary scintigraphy. *Thorax*, 24: 695, 1969.
6. FIGLEY, M., GERDES, A. y RIKKETS, H. Aspectos radiográficos de la embolia pulmonar. *Seminario Roentgen.*, 2: 406, 1967.

7. POULOSE, K., REBA, R., GILDAY, D., DELAND, P. and WAGNER, H. Diagnosis of pulmonary embolism. A correlative study of the clinical scanning and angiographic findings. *Br. Med. Jour.*, 3: 67, 1970.
8. PURRIEL, P., MURAS, O., CANOSO, J., CASTRO, C. y col. Tromboembolismo pulmonar. *El Tórax*, 16: 3, 1967.
9. PURRIEL, P., TOMALINO, D., MURAS, O. y ACOSI, FERREIRA, W. Embolismo pulmonar hidático. *El Tórax*, 19: 164, 1970.
10. SIANO QUIROS, R., MOSTO, A. y BRONFEN, S. Valoración de la embolia pulmonar en 3.754 autopsias. *Eol. y Trab. Acad. Arg. Cir.*, 54: 177, 1970.
11. SMITH, G., DEXTER, L. and DAMMIN, G. In *Pulmonary embolic disease*. Sasahara, A. and Sein, M. New York, 1955. Grune and Stratton.
12. TESSA MORELL, M. and DUNNILL, M. The post-mortem incidence of pulmonary embolism in a hospital population. *Brit. J. Surg.*, 55: 347, 1968.
13. VARPELA, E., RAUNIO, V. and HUDVINEN, J. Experience with the use of lung perfusion scanning and pulmonary angiography in thromboembolism diagnosis. *Ann. Chir. Gyn. Fennia.*, 58: 164, 1969.
14. VERNANT, P. L'embolie pulmonaire massive, urgence médicale ou urgence chirurgicale. *Presse Med.*, 78: 453, 1970.