

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. D. Prat

TROMBO-FLEBITIS INFECCIOSA AGUDA DEL SENOS  
CAVERNOSO CONSECUTIVA A UN ÁNTRAX  
DEL ALA DE LA NARIZ

Por el Dr. A. M. Loubejac

Las complicaciones venosas y septicémicas de los forúnculos y ántrax de la “zona mariposa” de la cara (1) dan siempre una elevadísima mortalidad que alcanza, en ocasiones, al 100 % de los casos (2). Algunas publicaciones recientes relatan observaciones en las que se ha tenido éxito con el tratamiento quimioterápico sólo (3) o asociado a la heparina (4). En particular, la tromboflebitis infecciosa aguda del seno cavernoso tiene, pese a todo, un índice elevado de gravedad porque establece la etapa primera de la progresión de la infección a las meninges y a la sangre y constituye por sí sola el elemento diagnóstico que guiará la mano del cirujano para tentar el postrer recurso del drenaje mientras lucha por anular la infección que invade el torrente circulatorio. Es, pues, necesario ajustarse a las indicaciones de Eagleton (5) para que un exacto diagnóstico de trombo-flebitis pueda ser hecho y obrar en consecuencia:

- 1º Un lugar conocido de infección;
- 2º Una infección sanguínea;
- 3º Síntomas precoces de obstrucción venosa;
- 4º Disturbios de los nervios vecinos del seno;
- 5º Abscesos próximos de las partes blandas;
- 6º Síntomas de complicaciones.

---

En el año 1937 tuve ocasión de presentar a esta Sociedad un trabajo (2), relatado por el Profesor Prat, sobre 3 casos de

muerte por estafilococcias complicadas de la cara: 2 trombo-flebitis del seno cavernoso y una septicemia a estafilococo dorado, consecutivos respectivamente a ántrax del labio superior, a forúnculo del ala de la nariz y a forúnculo antracoide de la mejilla. Planteaba en ese entonces la urgencia de tratar energicamente, y de inmediato, con todos los recursos terapéuticos modernos, cualquier forúnculo o ántrax localizado en el area mariposa de la cara, para prevenir oportunamente la invasión de las venas facial y oftálmica, porque la experiencia de esos casos y la experiencia de todos los publicados en el mundo indicaba — e indica aún — que la trombo-flebitis del seno cavernoso y la septicemia matan siempre. Y es interesante plantear en estos términos el problema porque muy a menudo, entre los casos que se refieren como salvados por la quimioterapia, es dudosa la trombo-flebitis del seno cavernoso. Ya Lemierre (6) había destacado que desde 1932 a 1935 había observado siete casos de “estafilococcias malignas de la cara” en su Servicio del Hospital Claude Bernard, que fallecieron con los síntomas clásicos de la trombo-flebitis y, algunos de ellos, con líquido purulento en la punción lumbar. En la autopsia, efectuada a todos los casos, en UNO SOLO encontró el trombus obliterante del seno cavernoso y “piensa, por consiguiente, que la protusión del ojo puede ser producida por la infiltración edematosa del tejido celular retro-orbitario. Comprueba, además, lesiones constantes de la cortical pulmonar, bajo forma de núcleos supurados a estafilococos, verdaderos forúnculos del pulmón, testigos de la septicemia sobreaguda que complica rápidamente estos cuadros” (2).

He aquí la historia clínica:

A. B., 19 años, uruguayo, soltera, raza blanca.

Ingresa al Servicio de Puerta del Hospital Maciel el 20 de febrero de 1939, al 8º día de la evolución de un forúnculo asentado en el lado externo del ala izquierda de la nariz. Desde el comienzo sintió mucho dolor localizado. A los 2 días de iniciado tuvo fiebre y chuchos, un poco de edema del surco naso-geniano, y de los párpados. Al quinto día le traumatizaron intensamente el forúnculo con presiones laterales. Desde ese momento aumentó la fiebre, con *chuchos* frecuentes y *cefalalgia* intensa a predominio frontal. Al 8º día de enfermedad ingresa con el siguiente cuadro:

**Examen del ingreso:** Enferma profundamente obnubilada. Responde con dificultad a las preguntas; temperatura axilar  $39 \frac{1}{2}$ . Pulso 140.

Lengua seca. Sobre el ala izquierda de la nariz se comprueba un

ántrax con tres aberturas supuradas y costrosas asentando sobre una tumefacción que deforma el ala y redondea la punta de la nariz, con piel morada y reluciente. Edema discreto del surco naso-geniano, de la mejilla y de los párpados. Estos pueden entreabrirse dejando ver ambos globos oculares. No hay protusión ni quemosis conjuntival. Movilidad ocular y visión conservadas en ambos ojos. *Dolor a la presión en toda la altura del surco nasogeniano izquierdo.* Se extraen orinas por sondaje vesical, en pequeña canti-



**Trombo-flebitis** del seno cavernoso por forúnculo del ala de la nariz.  
**Septicemia** a estafilococos. Muerte.

dad, muy coloreadas. El examen, realizado enseguida, muestra ya una *nefritis aguda*: albúmina 0 gr.10; glucosa indicios. En el sedimento hay glóbulos rojos, cilindros hialinos y granulados.

**Resto del examen general** sin particularidades. No hay signo de Koernig ni rigidez de nuca. Ligera vivacidad de los reflejos tendinosos. No hay Babinsky.

El grave estado general de la enferma hace pensar de inmediato que el estafilococo ha franqueado las barreras locales y que está en camino del seno cavernoso y de la sangre. Lo indican la nefritis aguda, la obnubilación y la fiebre alta. Se extrae sangre para glicemia y para hemocultivo y se instituye el siguiente tratamiento: vacuna antiptiógena  $\frac{1}{2}$  c.c. subcutáneo; suero glucosado isotónico subc. 1 litro, seguido de XX uni-

dades de insulina. 1 c.c. de leche intra-muscular. Autohemoterapia 20 c.c. I.M. 2 ampollas I.V. cada 4 horas de Ambesido.

La administración bucal de sulfanilamida no es tolerada por la paciente, la cual desde el día siguiente cae en estado semi-comatoso. No puede lograrse el traslado de la enferma para hacer roentgenterapia profunda ni se consigue vacuna Propidón.

La evolución del caso fué la siguiente:

**Febrero 21:** Mismo estado general. Temperatura axilar 40. Vacuna antiptiógena  $\frac{3}{4}$  c.c. Prontosil I. V. 2 ampollas cada 4 horas.

**Febrero 22:** Estado general malo. Se acentúa el estado soporoso. Temperatura axilar 40 8/10. Nuevo examen de orinas: albúmina 0 gr. 15; glóbulos de pus y glóbulos rojos. Glicemia 1 gr. 40. La misma terapéutica. Ha aumentado el edema palpebral. Ligera protusión del globo ocular izquierdo. Un poco de estrabismo convergente. No hay quemosis. No hay rigidez de nuca. El ántrax permanece invariable, haciéndosele embrocaciones locales de tintura de benjuí.

**Febrero 23:** Temperatura axilar 40 6/10. Urea en suero 0 gr. 38.

**Protusión del globo ocular izquierdo y quemosis conjuntival.** — Se hacen 3 ampollas I. V. cada 4 horas de Prontosil.

**Febrero 24:** Viene el resultado del Hemocultivo: "Ha desarrollado estafilococo dorado". Temperatura axilar 41. Gran protusión y fijeza del globo ocular. Quemosis. Se aprecia bien el estrabismo convergente.

Enferma tranquila, en estado de coma. Diuresis muy escasa. No hay rigidez de nuca. Se le toma la fotografía 1. Falleció en la noche, a los 5 días del ingreso y a los 13 días de la aparición de su forúnculo. No se hizo necropsia.

*En resumen*, se trata de un ántrax del ala de la nariz, ingresado al 8º día de su comienzo, y que acusa síntomas de complicación venosa desde el día siguiente de ser apretado, es decir, desde el 6º día.

*La infección sanguínea* estaba establecida en el momento de su entrada al Hospital: estado general grave, chuchos frecuentes, cefalalgia intensa, pulso 140, temperatura axilar 39  $\frac{1}{2}$ , obnubilación, nefritis aguda, hemocultivo positivo.

*La tromboflebitis de la vena angular* izquierda también estaba presente al ingreso: dolor a la presión — y edema — en toda la altura del surco nasogeniano izquierdo.

*La tromboflebitis de la vena oftálmica y del seno cavernoso* se instalaron a continuación y bajo la vista del cirujano: aumento del edema palpebral, aparición de la protusión del ojo izquierdo y de la quemosis conjuntival, estrabismo convergente, fijeza del globo ocular.

*No hubo rigidez de nuca ni se hizo punción lumbar. No hubo necropsia que certificara la realidad del trombus cavernoso.*

### Consideraciones

A) *El diagnóstico de la tromboflebitis del seno cavernoso.*  
— Aunque Lemierre y otros no hayan encontrado el trombus cavernoso en las necropsias de muchos enfermos fallecidos con el cuadro de este tipo de complicación del ántrax de la cara, es evidente que los *cuadros clínicos* se calcan, exista o no el trombus. El estudio de los 4 casos de Rodríguez Vilelgas (7), de los 7 de Lemierre (6), de los míos anteriores (2), del que traigo ahora a esta Sociedad, de los de Schall (4) y de todos los publicados demuestra que hay una identidad clínica indudable. En un momento, determinado por la virulencia del proceso y la agresión manual o instrumental, la flebitis de las pequeñas venas que participan de la infección localizada invade la vena facial: hay edema y dolor en el surco naso-geniano. Luego progresa la infección por las venas oftálmicas (8) y se establece el edema y el flemón retro-orbitario: hay protusión y fijeza del globo ocular y quemosis conjuntival. La septicemia ya está en camino y la invasión del seno cavernoso y la meningitis son inevitables. Cuando la infección toma el carácter sobreagudo, la muerte por septicemia y meningitis puede sobrevenir antes del establecimiento del trombus infeccioso organizado. Es lo que ha sucedido, presumiblemente, en algunos de los casos de Lemierre y en la observación 3 de mi trabajo anterior sobre el tema.

B) *Fecha probable de comienzo de la infección venosa.* — El caso que motiva esta comunicación ingresó al 8º día del comienzo de su ántrax con el cuadro ya instalado de trombo-flebitis. En mi trabajo ya citado hacía notar que la lectura de las historias clínicas de los casos publicados y estudiados por mi llevaba a la conclusión de que la trombo-flebitis de las venas faciales y oftálmicas se establecía *alrededor del 7º día* del comienzo del ántrax o del forúnculo. Y que del establecimiento de ese plazo se podía sacar una importante conclusión terapéutica: *“Es necesario que el forúnculo o ántrax del área mariposa de la cara llegue a la supuración o aborte su evolución antes de alcanzar el 7º día de su co-*

mienzo". Las ondas cortas (9), (10), (11), (12), (13) y la roentgenterapia profunda (14), (15), (16), junto a la ligadura preventiva de la vena angular, pueden realizar esa aspiración cuando el paciente es visto en tiempo oportuno. Desgraciadamente, la mayor parte de los enfermos hospitalarios ingresan después del 7º día, con el cuadro de la tromboflebitis y de la septicemia declarados.

C) *El tratamiento de la estafilococia maligna de la cara, en su período de complicación*, ha sido hasta ahora, en nuestro ambiente, altamente desalentador. Conozco muy pocos casos de tromboflebitis del seno cavernoso seguidos de curación. Alguno ha sido referido en la discusión de mi trabajo anterior en esta Sociedad. Ultimamente el Dr. Rebagliatti (H.) ha publicado uno en "Anales de Otorinolaringología", que mantiene una diabetes insípida como secuela de su meningitis de la base del cerebro. Las observaciones extranjeras (2), (4), destacan la eficacia de la sulfanilamida y del sulfatiazol, a altas dosis, como terapéutica fundamental sólo o asociada a la heparina. Lo importante a retener, a mi juicio, en lo que respecta al tratamiento de esta grave estafilococia de la cara, es lo que resumo a continuación:

1º *Tratamiento del forúnculo o ántrax antes de hacerse la invasión de las venas profundas del macizo facial*, es decir, antes del 7º día:

- a) *Vacuna Propidon* a altas dosis por vía intramuscular. Es la más eficaz y trae una gran calma del dolor local;
- b) *Quimioterapia: Sulfatiazol* 8 a 10 gramos diarios, tratando de mantener una concentración sanguínea constante, que no baje de 6 miligramos %; *Sulfato de cobre amoniacal intravenoso*, que antes de la aparición de los sulfamidados pareció mostrarse como el único quimioterápico eficaz en la septicemia estafilocócica;
- c) *Roentgenterapia profunda y ondas cortas*. — En un trabajo anterior (11), en colaboración con los Dres. F. García Capurro y L. A. Vázquez Piera, relatamos el resultado de 39 observaciones de forúnculos y ántrax de la cara influenciados eficazmente con la Fisioterapia. Esta terapéutica es la única que ha logrado detener, acortar o

abortar la evolución de estas lesiones. La inflamación se limita rápidamente y la resolución o la supuración franca son la consecuencia inmediata de la fisioterapia, en la gran mayoría de los casos. En los forúnculos o ántrax de la cara este acortamiento de su evolución es de capital importancia, como hemos visto;

- d) *La ligadura y sección preventiva de la vena angular*, preconizada desde 1902 por Tixier (17) y recomendada por Hamilton Bailey (18) debe ser hecha oportunamente, cuando hay edema de los párpados y fiebre alta y antes de que la trombosis de la facial haya alcanzado los senos de la órbita. Realizada en el período de ingurgitación retro-orbitaria, no tiene objeto;
- e) *Estimulación general y cardíaca*, aligerando el metabolismo de los H. de C. con insulina y suero glucosado intravenoso;

2º) *Tratamiento del período de complicación: Tromboflebitis, meningitis, septicemia a estafilococos.* — A la terapéutica del período anterior puede agregarse:

- a) *Anticoagulantes.* — *Heparina y decumarina:* Desde hace muy poco tiempo se estudia el empleo asociado de los sulfamidados con la *Heparina*, principio anticoagulante del hígado y que parece ser un constituyente normal del suero sanguíneo. Fué descubierto y descrito por Howell e identificado como un ácido orgánico fuerte, probablemente un ácido inuco-itin-trisulfúrico. Impide la coagulación de la sangre y evita el agrupamiento de las plaquetas sanguíneas, previniendo la trombosis. Administrado en un gota a gota constante salino, intravenoso, a la dosis de 10 miligramos (1000 unidades) de Heparina por cada 100 c.c. de solución fisiológica, mantiene el tiempo de coagulación de la sangre en los alrededores de los 90 minutos. Ayudaría, así, a impedir la diseminación de las embolias sépticas y estabilizaría el coágulo de la tromboflebitis mientras las sulfanilamidas realizan su obra antimicrobiana. Es un medicamento de elevado costo, que exige grandes cantidades para mantener alargado el tiempo de coagulación durante toda la evolución

de la enfermedad. Su empleo no está exento de peligros: Ershler y Blaisdell relatan en el número de Setiembre de 1941 (3) del *J. A. M. A.*, un caso de muerte por hematuria masiva en el curso del tratamiento de una tromboflebitis del seno cavernoso efectuado con sulfatiazol y heparina. La *decumarina* es un principio anticoagulante encontrado en el trébol dulce fermentado. Su comercialización resulta muy barata y su poder anticoagulante parece ser igual al de la Heparina. No se expende todavía al Cuerpo Médico y no he encontrado referencias a su empleo en medicina humana.

- b) *Ligadura de la carótida primitiva o de la carótida interna* para poner en reposo el seno cavernoso. Fácil es suponer la terrible agitación del trombus cavernoso con una gruesa arteria latiendo en su interior.
- c) *Drenaje del seno cavernoso* por la órbita, cuando el ojo está perdido y se autoriza su enucleación, o por la resección temporaria de la pared externa de la órbita. Es una cirugía de alta gravedad que se realiza, en general, en pacientes moribundos. Mi experiencia en tromboflebitis del seno cavernoso consecutivas a ántrax o forúnculos de la cara me hace pensar que es una operación inútil. Todas nuestras esperanzas deben estar en la quimioterapia con los sulfamidados, el arma más formidable que la ciencia ha esgrimido jamás contra la infección.

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1) GRAHAM. — *Surgical Diagnosis*, 1930.
- 2) LOUBEJAC (A. M.). — Forúnculos de la cara y consideraciones sobre 3 casos de evolución fatal. *Boletines de la Soc. de Cirugía de Montevideo*, Junio de 1937.
- 3) ZARAZAGA (J.). — Tromboflebitis del seno cavernoso. — *Boletines y Trabajos de la Academia Argentina de Cirugía* (Relato del Dr. Felipe J. Manfredi). Tomo XXVI, N° 23, 1942, pp. 796-806.
- 4) SHALL-LE ROY, A. (Boston). — Tratamiento de la tromboflebitis séptica del seno cavernoso. *J.A.M.A.*, 1941, N° 8, pág. 581-584.
- 5) EAGLETON-WELLS (S.). — Tromboflebitis infecciosa de los senos cavernosos. — Masson y Cía., Editores, 1926.
- 6) LEMIÈRRE. — Enfermedades infecciosas. — Masson y Cía., París, 1935.
- 7) RODRÍGUEZ VILLEGAS (R.). — La cirugía en el diabético. — Rapport al V Congreso Argentino de Cirugía, 1933.



- 8) FESTAL. — Investigaciones anatómicas sobre las venas de la órbita... Tesis de París, 1887.
- 9) SAIDMAN (J.) y MEYER (J.). — Las ondas cortas en terapéutica. — G. Goin, París, 1936.
- 10) BUSSE GRAWITZ (P.). — Terapéutica por ondas cortas y ultra cortas. *El Ateneo*, 1935.
- 11) LOUBEJAC (A. M.), GARCÍA CAPURRO (F.) y VÁZQUEZ PIERA (L. A.). — La Fisioterapia en los forúnculos y ántrax de la cara. — *Boletines de la Sociedad de Cirugía del Uruguay*. Tomo XI, Nº 6, 1940, pág. 251.
- 12) GARCÍA CAPURRO (F.) y VÁZQUEZ PIERA (L. A.). — La onda corta en las inflamaciones agudas. — *Anales del Ateneo de Clínica Quirúrgica* Nº 12, Año III, Diciembre de 1937.
- 13) GARCÍA CAPURRO (F.), en colaboración con L. A. Vázquez Piera y V. Capurro. — La onda corta y sus posibilidades terapéuticas.
- 14) DANIEL (G.). — Indicaciones de la Fisioterapia en cirugía y en ginecología. *Maloine*, 1935.
- 15) BELOT (J.). — Tratado general de radiología. *Manuel Marin*. Barcelona, 1930.
- 16) ALBERTI (O.). — Roentgen y Curieterapia. — Perusia y Pugno Vannoni. *Frat. Treves*. Milan, 1935.
- 17) TIXIER. — Sociedad de Cirugía de Lyon, 1936.
- 18) HAMILTON BAILEY. — Emergency Surgery. — Londres, 1936.
- 19) FREDET (P.). — La cirugía en los diabéticos. — Rapport al XLV Congreso de la Asociación Francesa de Cirugía. París, 1936.

## DISCUSIÓN

**Dr. Prat.** — Se podría agregar a la interesante comunicación del doctor Loubejac que algunos clínicos y cirujanos han recomendado la inmovilización de estos enfermos que tienen trombo-flebitis del seno cavernoso. No he llegado a hacerla en la práctica, pero, como se ha comprobado que la inmovilización suele dar buen resultado, según algunos cirujanos, me parece que aquí convendría dada la gran gravedad de la lesión, aplicar esa inmovilización, de acuerdo con la importancia que le asignan los otorinolaringólogos a este método terapéutico de colaboración.

**Dr. Etchegorry.** — Accediendo al pedido del Dr. Prat, manifiesto que he ensayado la inmovilización siguiendo la escuela de los otorinolaringólogos en la trombosis de los senos. Esta conducta tiene éxito en la trombosis del seno lateral que es donde su aplicación es más indicada por los movimientos que la cabeza le da a la yugular. Los resultados fueron sorprendentes y en nuestro ambiente el Dr. Munyo tiene publicado unos trabajos con estadísticas que son realmente convincentes.

A raíz de un caso sumamente grave y que no puede constituir experiencia, pues llegó al Instituto de Enfermedades Infecciosas en estado

de coma, le hice una Minerva. Se trataba de una trombosis del seno cavernoso. El enfermo pareció mejorar, a pesar del pésimo estado en que se encontraba; falleció a las 40 horas, aunque es justo constar, que al ingreso, nadie le hubiera dado una hora más de vida.

Hasta ahora no he tenido ocasión de repetir el tratamiento.

**Dr. Andreón.** — Deseaba recordar que hace 2 años, presenté a esta Sociedad un enfermo que aparentemente había estado tan grave como los que motivan la presentación y que sin embargo se curó. A punto de partida de un forúnculo del labio superior, el enfermo presentó un cuadro local con todas las características de los descritos como resultado de la trombo-flebitis del sinus cavernoso y diagnosticado como tal por todos los que lo vieron, entre quienes se contaban distinguidos cirujanos y profesores.

El enfermo tuvo además un cuadro meníngeo, y estado general tan grave que estuvo inconsciente durante varios días. A pesar del pronóstico fatal formulado por todos los que lo vieron, curó, perdiendo, eso sí, el ojo derecho. Creo que este caso nos permite afirmar que: o bien el diagnóstico clínico de trombo-flebitis del sinus cavernoso es en extremo difícil, prácticamente imposible, o de lo contrario algunos enfermos afectados de esta terrible infección se curan.

---

También es difícil, a mi juicio, afirmar que la vena angular está tomada, lo cual dificulta la oportuna indicación de su ligadura; a este propósito me permito recordar otro caso internado en el Servicio del Profesor Nario, conjuntamente con el anterior. El cuadro que presentaba el enfermo, es el descripto como característico de la flebitis de la angular; sin embargo la retrocesión rápida y completa de los síntomas y signos locales, por el tratamiento quimioterápico, permite pensar que se trataba de una linfangitis.

Por último, otro hecho que conviene notar es el que, la faz septicémica se adelanta a veces al cuadro de trombo-flebitis. Recuerdo a este propósito el caso de un enfermo a quien vi por un forúnculo del labio superior acompañado de linfangitis moderada. Ese mismo día se iniciaba una artritis de una articulación interfalángica y el hemocultivo mostró la presencia de estafilococcus. Recién después se constituyó el cuadro de la trombo-flebitis.

No hay duda de que hechos como los que acabo de señalar, tienden a aumentar las dificultades de la indicación del tratamiento quirúrgico.

**Dr. Loubéjac.** — Tengo la impresión de que las complicaciones venosas intra-craneanas consecutivas a forúnculos y ántrax de la cara, dan origen a cuadros de tremenda gravedad y por eso me ha sorprendido la cantidad de casos curados con drenaje del seno cavernoso que cita Tagleton. Llama la atención, en primer lugar, que haya tenido tiempo de ir a drenar el seno cavernoso, por la gravedad rápidamente creciente de la afección, y en segundo lugar, por considerar que la mayor parte de las trombo-flebitis citadas por ese autor, como curadas, son de origen óptico.

En lo que respecta a la inmovilización enyesada que citan el Dr. Prat y el Dr. Etchegorry no la menciono porque no creo que desempeñe un papel efectivo en el tratamiento o que pueda mejorar en algo la evolución de estos enfermos de trombo-flebitis que se origina en los ántrax de la cara.

Es tan grave el cuadro clínico, que la impresión que tengo es que la inmovilización no hace nada. Distinto es cuando se trata de trombo-flebitis de origen ótico, donde la inmovilización de la cabeza se explica y se justifica más necesariamente por estar tomado el seno lateral.

En lo que se refiere a la aclaración del Dr. Andreón, yo menciono en mi trabajo, que cuando la discusión de mi comunicación anterior se trajo al comentario una observación curada con pérdida de un ojo, sin poder recordar quien lo había hecho.

Pero yo insisto también en el trabajo actual sobre el diagnóstico de la trombo-flebitis del seno cavernoso porque es distinto, que el enfermo haya tenido un flemón retro-ocular y que haya perdido el ojo, a que haya tenido una trombosis del seno cavernoso.

Creo que los casos que se salvan no están complicados de trombo-flebitis cavernosa y que los síntomas oculares traducen simplemente el edema e ingurgitación retro-orbitario.

Todos los casos que hemos visto de esta gravísima complicación dejan la impresión de que no hay un drenaje quirúrgico posible del seno cavernoso para salvar a estos enfermos y por eso insisto que únicamente podemos esperar algo de la quimioterapia hecha en forma muy intensa y llegar a la conclusión de que es necesario que los forúnculos sean tratados con las ondas cortas y con la roentgenterapia profunda antes de que lleguen al séptimo día, que es el momento en que se establece la complicación venosa. Aparecida ésta, creo muy difícil que se pueda hacer algo.