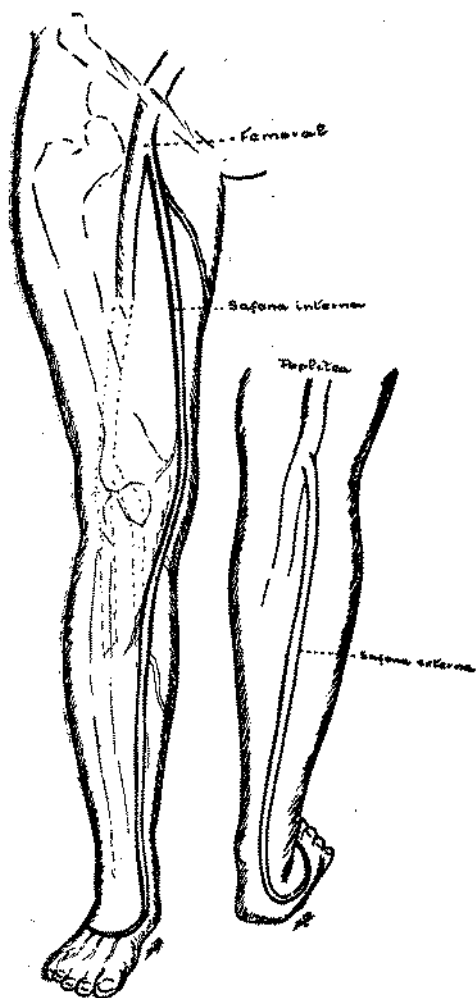


“CONTRIBUCION AL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD VARICOSA DE LOS MIEMBROS INFERIORES.”
RESUMEN DE UN TRABAJO CLINICO Y EXPERIMENTAL

Por el Profesor: SANTIAGO TRIANA CORTES
y el Dr. ARECIO PEÑALOZA R.



Larga es la historia de los diversos tratamientos usados para tratar várices de los miembros inferiores, ya médicos, quirúrgicos o combinados hasta llegar al tratamiento motivo de este trabajo.

De la anatomía del sistema venoso tan profundo como superficial de los miembros inferiores, ampliamente conocido por todos, anotamos únicamente las siguientes anomalías que encontramos en nuestras disecciones, observadas en los cadáveres que hemos diseccionado: canal anastomótico que sale de la safena externa en el momento de perforar la aponeurosis y va a la safena interna a diferente altura; dos safenas internas que desembocan por un mismo cayado o por dos cayados diferentes; sa-

Figura 1.—Esquemas de la circulación sanguínea de las venas safena interna y safena externa en los casos normales.

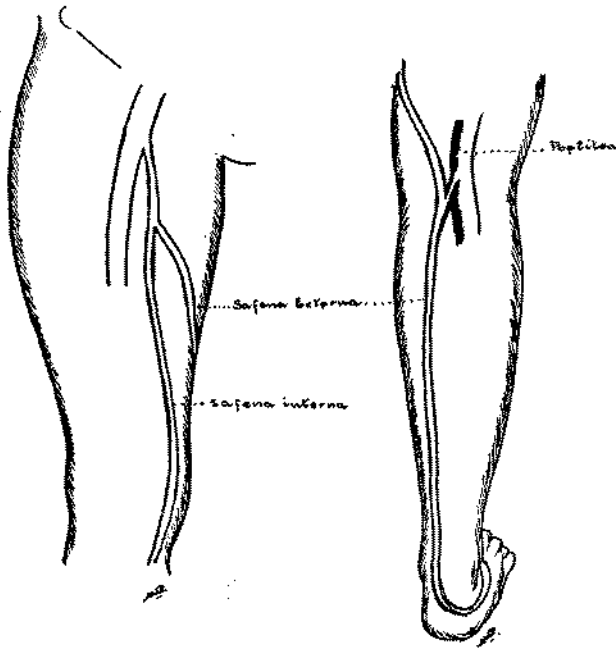


Figura 2.—Esquema de la misma circulación en algunos casos anormales.

vena externa que emite una comunicante para la poplítea y va a desembocar en la vena femoral en cayado común con la safena interna; femoral anterior del muslo que nace en la parte interna y superior de la rodilla y desemboca directamente en la femoral. Estas anomalías deben tenerse en cuenta por todo cirujano pues de ahí depende el éxito de la intervención.

Las venas poseen una inervación simpática; se han descrito diferentes plejos, aceptados por unos autores y combatidos y negados por otros. Se consideran: generalmente: Plejo externo de la adventicia, Plejo profundo entre la adventicia y la media o marginal, Plejo situado en la media o muscular y aun describen fibras nerviosas terminales en la íntima. Ultimamente se ha observado una gran relación entre el mal varicoso y sistema neuro-vegetativo y a su desequilibrio, se atribuyen especialmente las recidivas de los pacientes tratados, en que también se nota una repercusión sobre el sistema arterial y en donde intervienen: el factor venoso, arterial y nervioso.

PATOLOGÍA.—Llámase várices la dilatación permanente y patológica de las venas. Al fallar el sistema valvular de la safena interna se produce una éxtasis venosa con aumento de presión sobre la pared venosa, el sistema neuro-vegetativo mantiene el tonus de la media



Figura 3.—Territorio de la safena interna en su sitio. (Preparación anatómica.)



Figura 4.—Territorio de la safena interna, en donde se encuentran separados los vasos para mostrar las diferentes venas comunicantes. Estas venas fueron inyectadas con una solución de azul de metileno en formol.

que responde hipertrofiándose; por fin viene una disergia neuro-vegetativa con dilatación venosa y el desarrollo de las anastomosis venosas diversa, formándose las várices y lagos varicosos. En su etiología han sido invocados, el reflujo profundo a favor de las anastomosis valvulares profundas, origen toxi-infeccioso, factor herencial, disergia en-

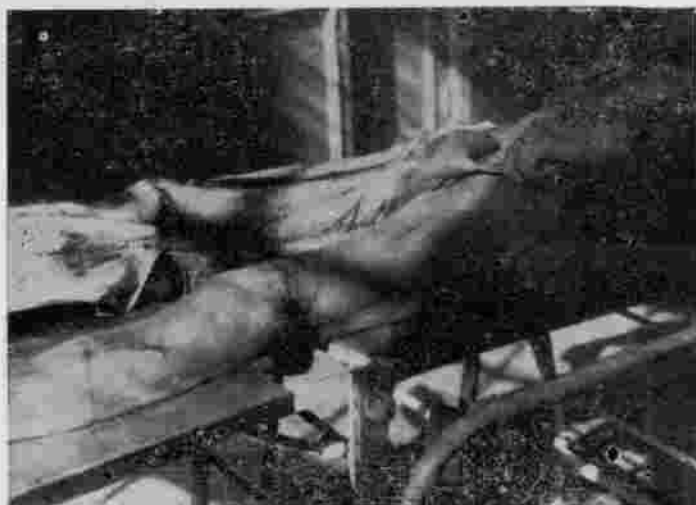


Figura 5.—Safena interna. Región del muslo y de la parte superior de la pierna. Obsérvese en el cayado las venas que allí desembocan.



Figura 6.—Safena interna. Región de la pierna. (Se puede observar en esta preparación anatómica las venas comunicantes y la división de la safena a la altura de la rodilla.)

doctrina, causa mecánica y profesional. En todo caso parece, que todas estas causas con las cuales se ha querido explicar la aparición de las várices se pueden considerar como secundarias, pues se ha visto que es necesario un terreno predispuerto de debilidad general de los tejidos

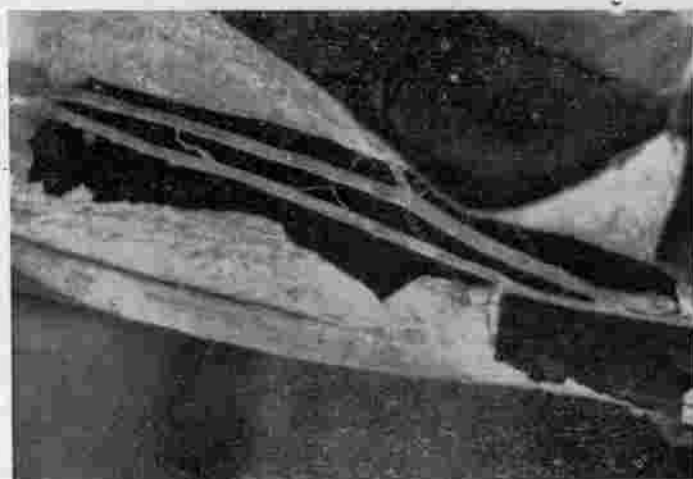


Figura 7.—Safena interna. Región del muslo. Obsérvese la división venosa a la altura de la rodilla y su nueva unión con el cayado. El efecto fotográfico se consiguió colocando un papel negro debajo de los vasos disecados.



Figura 8.—Cayado de la safena interna.

para que actúen ellas, siendo frecuente observar la coexistencia de várices con prolapsos genitales, rectales, hernias diversas, etc. . . Comienza por hacerse notoria la circulación venosa superficial de mediano calibre, "variedad azul o cianosis varicosa" de Remy, luego se vuelven turgentes, aparecen varicosidades, edema, esclerosis de la piel, úlcera varicosa, etc.

Respecto a la clasificación damos las siguientes por no prejuzgar sobre su etiología.

Según los diversos tipos clínicos que corresponden más o menos a los grados anatomopatológicos de Briquet, tenemos:

- 1.—Várices cilindroideas: dilatación simple de la vena.
- 2.—Várices serpentina: venas alargadas y engrosadas uniformemente.
- 3.—Abultamientos varicosos: dilatación desigual de las venas en ampollas o en paquetes, y
- 4.—Venosidades: desarrollo de las venas pequeñas.

Desde el punto sintomatológico, Clivio Nario las ha clasificado así:

Grupo I: Aquellos pacientes con molestias subjetivas escasas o nulas, sin lesiones tróficas de los miembros y curva oscilométrica con todas las características de una curva normal. Constituyen este grupo los llamados varicosos compensados donde la terapéutica es simple y da excelentes resultados; desgraciadamente rara vez llegan al cirujano en estas condiciones.

Grupo II: Pacientes con antecedentes de largos padecimientos varicosos, que han seguido los más diversos tratamientos, que presentan lesiones tróficas, eczemas, etc., con períodos de retroceso y aun de aparente curación, pero que últimamente han notado hormigueamiento, adormecimiento, enfriamiento y calambres del miembro inferior que por sus características son parecidos a los producidos por la trombo-angeítis. Se observan curvas oscilométricas amplias con enorme tensión diferencial, amplias oscilaciones y discreta meseta (gran curva levógira) que se modifica con el reposo.

Grupo III: Varicosos con largos antecedentes patológicos, trastornos tróficos graves que a veces responden al reposo prolongado pero que en los primeros días de nueva marcha recidivan rápidamente con dolores que no calman con la medicación acostumbrada ni con la elevación permanente del miembro. Las pruebas de funcionamiento venoso denotan insuficiencia del sistema venoso superficial y del profundo. Se observa en la curva oscilométrica aumento de la tensión máxima y mínima, disminución de la tensión media, difícil de apreciar pues el vértice de la curva ha sido sustituido por una serie de oscilaciones aparentemente iguales, pequeñas, que le dan a la gráfica

la forma de un aplastamiento vertical con una gran meseta horizontal (pequeña curva levógira).

COMPLICACIONES DE LAS VÁRICES.—Rotura, flebitis, alteraciones del sistema arterial, especialmente de las arteriolas por reflujo venoso y por alteraciones concomitantes del simpático; trastornos tróficos, deformación elefantiásica por edema crónico.

EXAMEN DEL PACIENTE.—Todo varicoso debe ser sometido a un estricto examen general. Respecto al examen del sistema venoso tenemos las diferentes pruebas funcionales siguientes:

Prueba de Trendelenburg: colocando un torniquete en la raíz del miembro a examinar, teniendo éste levantado, luego se hace levantar al paciente y según se llene la safena interna más o menos rápido da la insuficiencia valvular de la safena interna.

Signo de Schwortz o Signo de la oleada: en que un dedo percute la columna sanguínea de la safena interna en su cayado y otros dos receptores reciben la vibración de esas ondas; da la insuficiencia valvular de la safena interna.

Prueba de Delbet: estando el paciente en decúbito dorsal, se aplica una banda compresiva sobre el cayado de la safena interna y se hace levantar luego al paciente y se lo pone a caminar; si las venas superficiales se vacían, indica que la circulación venosa profunda está en buen estado.

Luego se debe examinar el sistema arterial, tomando la curva oscilométrica y estudiando en cada curva la máxima, mediana dinámica, mínima, índice oscilométrico, tensión diferencial y curva de desarrollo. Es necesario tomarla en el brazo derecho y en los miembros inferiores varicosos para tener punto de comparación. En un individuo normal en decúbito dorsal, la máxima del miembro inferior sobrepasa en 20 ó 30 mm. de mercurio a la del brazo, la mínima es más o menos igual.

Para trazar la curva de desarrollo, en la línea de las abscisas se marcan los valores tensionales empezando con la máxima y tomando los valores por decompresión, en la línea de las coordenadas se anotarán los índices oscilométricos para cada valor tensional. Uniendo por una raya continua todos estos puntos tendremos la curva que traducirá la participación del sistema arterial en cada síndrome varicoso, catalogando la gravedad del mal varicoso, su repercusión arterial, y un pronóstico más o menos acertado.

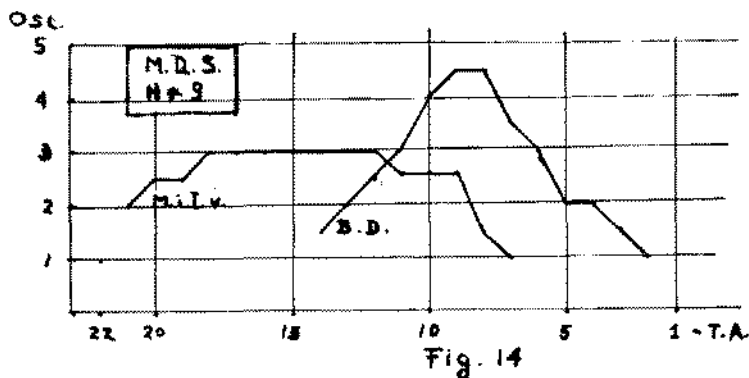
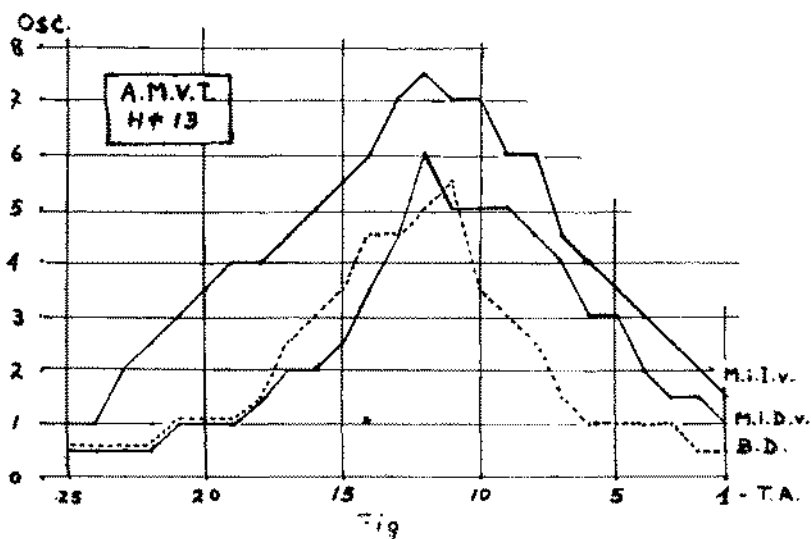


Figura 14.—Gráfica de una prueba de circulación profunda dudosa.

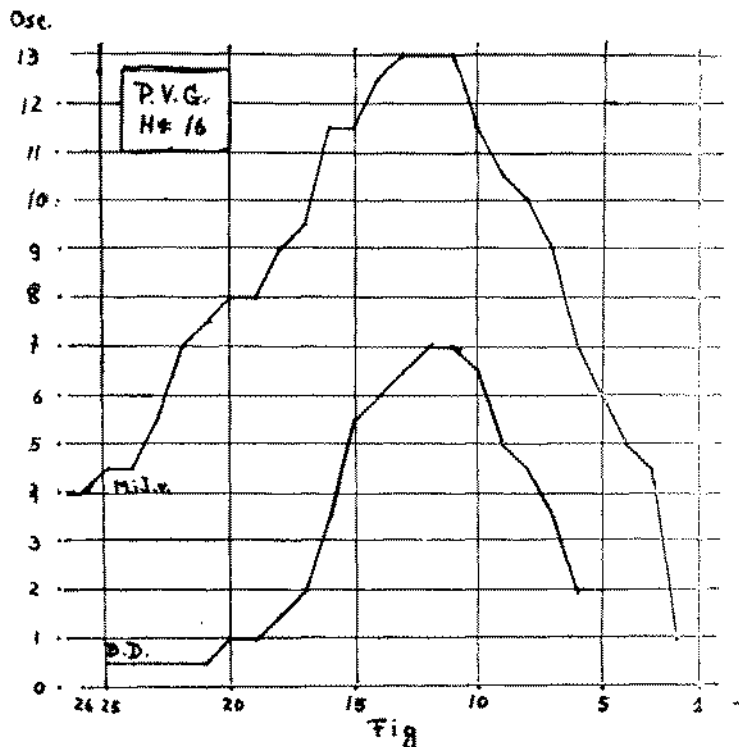


Figuras 15 y 16.—Gráficas de pruebas de circulación venosa profunda normal o positiva.

De acuerdo con estos datos obtenidos por la oscilometría hizo Clivio Nario su clasificación antes citada.

Clivio Nario y luego Baistrocchi recurren además para investigar el estado arterial de los miembros varicosos a lo que el primero ha llamado "prueba de la biopsia muscular o microangeosis varicosa" que se hace sancando una biopsia de la masa muscular de la pantorrilla, cosa que nosotros no hicimos.

Finalmente en casos con pruebas funcionales no bien claras o



para mayor comprobación de várices superficiales o para diferenciarlas de las várices de la safena externa, pusimos en práctica las flebografías, previa azohemia que se tomaron de la siguiente manera: inyección en el nacimiento de la safena interna de una sustancia opaca, previa colocación de una banda elástica a la altura del cayado de la safena interna, así:

Distancia: 46 pulgadas.

Miliamperaje: 30 miliamperios.

Kilovoltaje: 50 kilovatios.

Tiempo de exposición: medio segundo.

Cuando no era fácil localizar el nacimiento de la safena interna se hacía la inyección en un lago varicoso.

En ciertos casos nos indicó la flebografía post-operatoria la conducta a seguir en ciertos paquetes varicosos que molestaban al paciente.

Debemos tener en cuenta las contraindicaciones de la intervención quirúrgica que son las siguientes: enfermedad de Buerger, flebi-

tis anteriores, embarazo, várices por otros tumores pélvicos y pacientes que hayan sido tratados ampliamente en ocasiones anteriores con esclerosantes.

PREOPERATORIO.—Exámenes de laboratorio rutinarios y demás cuidados higiénicos. Momentos antes de operar, es conveniente marcar con tinta o nitrato de plata el sitio del cayado de la safena interna, su nacimiento y los paquetes varicosos más notorios.

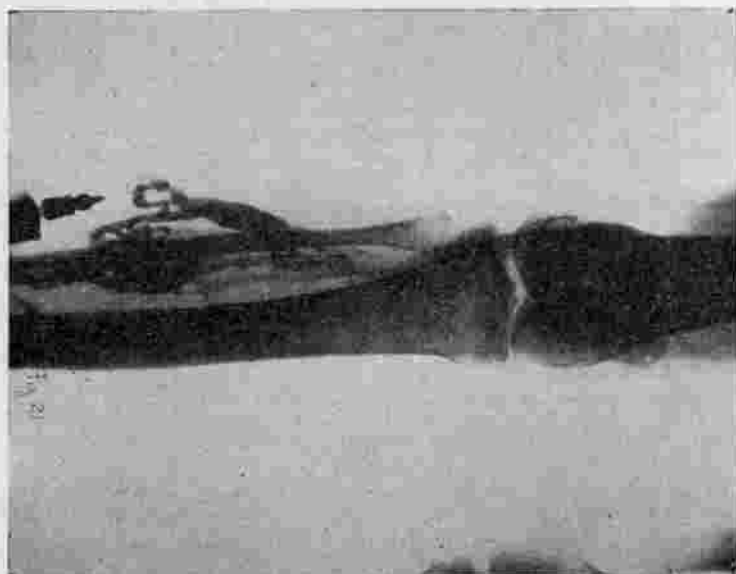


Figura 17.—Flebografía de la safena interna.

ANESTESIA.—La local ha de ser la de rutina pues la introducción del tallo metálico no duele por ser la endovena indolora. Aplicando un punto sobre el cayado y otro sobre el maléolo interno es decir en su nacimiento o donde se detenga el conductor. En pacientes nerviosos se debe usar la raquídea y también en casos en que se quiera trabajar cómodamente. En pacientes pusilánimes y como último recurso, se dará anestesia general.

INTERVENCIÓN.—Las intervenciones quirúrgicas sobre várices persiguen tres fines:

- 1.—Unas tienen por objeto obliterar las venas.
- 2.—Otras ligan las venas enfermas o las extirpan parcial o totalmente.

3.—Otras tratan de modificar las condiciones fisiopatológicas creadas por la insuficiencia valvular.

La técnica original, del Prof. Triana Cortés, motivo de este trabajo llena a cabalidad todos los fines pues oblitera la vena, liga la vena enferma y modifica las condiciones fisiopatológicas de la insuficiencia valvular.

Primer tiempo: Incisión transversal de la piel sobre el cayado de la safena interna 2 dedos por debajo del arco crural y 2 por fuera de la espina del pubis, o en el sitio previamente marcado. Búsqueda, aislamiento y exteriorización de la safena interna, seccionarla entre dos pinzas hemostáticas: disección completa del cayado y ligadura de él así como de todas las colaterales.

Segundo tiempo: Reparación de los bordes de sección de la safena interna e introducción de un tallo metálico que ha de servir de conductor al cuerpo extraño (seda nylon, sutura zytro) controlado y dirigido en su recorrido por los dedos de la mano izquierda si es el miembro derecho el operado o viceversa, evitando las colaterales; al llegar al maléolo tibial se hace la contraincisión. Se repara la vena entre dos pinzas y se secciona. El cabo distal se liga y se abandona. Se exterioriza la oliva del tallo metálico y a él se anuda el hilo y luego se retira suavemente por la incisión superior hasta exteriorizar el hilo arriba. Ligadura de los dos cabos venosos, cogiendo el cuerpo extraño entre ligaduras.

Cuando después de tres o cuatro intentos no descienda el tallo metálico se debe introducir en el sentido de la corriente sanguínea, es decir del maléolo hacia el cayado (vía retrógrada).

Tercer tiempo: Cierre de las heridas cutáneas con seda o agrafes. Cuando el paciente tiene úlcera varicosa y se ha utilizado anestesia raquídea, se hace un baño de la ulceración con jabón y cepillo de cerdas y luego se cubre con aceite de bacalao estéril.

POST-OPERATORIO.—4 grs. de sulfatiazol durante los 4 primeros días como preventivo de infecciones. Mantener los miembros inferiores extendidos. Al quinto día se levanta al paciente y se le ordena caminar. Al séptimo día se quitan puntos y puede salir el operado. Todos los pacientes acusaron sensación de tensión y dolor a la altura de la rodilla y precisamente de ese sitio extragimos las biopsias, observando que con esto calmaba el dolor y la tensión. Por tanto aconsejamos en el mismo momento de la intervención hacer una pequeña incisión a

la altura de la rodilla y seccionar la safena interna entre dos ligaduras para evitar o acortar al mínimo el dolor del post-operatorio.

Los paquetes varicosos con el tiempo se transforman en cordones duros pero si el paciente se siente incómodo, se pueden ligar en el momento de la operación.

TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS.—Como antes lo hemos dicho el varicoso tiene un terreno constitucional especial en donde se observa una tendencia marcada a las várices, por tanto la intervención quirúrgica únicamente por sí no viene a traer la curación radical del mal varicoso.

Todo varicoso que ha sido sometido a una intervención quirúrgica, aunque haya curado de sus lesiones, debe someterse a una serie de precauciones higiénico-dietéticas para prevenir alguna probabilidad de recidiva y sobre todo para evitar la aparición de nuevos procesos varicosos en un terreno predispuesto.

La alimentación debe ser completa, evitar las comidas exageradas y condimentadas, el alcohol, el tabaco, combatir la constipación crónica y la obesidad. Prescribir una medicación tónica de la pared venosa como el complejo vitamínico B y la vitamina C. Higiene cuidadosa de los miembros, masajes suaves sobre las zonas cicatrizadas. Desinfección inmediata de cualquier erosión o hematoma del tercio inferior de las piernas. Marcha lenta, y prohibir la estación de pie prolongada y quieta. En los casos de franca insuficiencia glandular la opoterapia bien manejada da buenos resultados; algunos aconsejan en varicosos rebeldes la acetil-colina intramuscular.

Finalmente nos queda el bloque parcial del simpático por la inyección intrarterial de novocaína. Como lo dijimos los vasos poseen una inervación simpática extensa y el simpático es ante todo un nervio vaso-constrictor y como tal reacciona ante toda excitación. En los varicosos hay una éstasis venosa exagerada que excita a la inervación simpática venosa; hay vasoconstricción arterial con todos sus trastornos tróficos consiguientes. Para romper esa sinergia se usa el bloque parcial.

Leriche su iniciador y Baistrocchi la usan.

Nosotros la usamos en unos casos como pre-operatorio para cerrar la ulceración antes de operar y en otros como post-operatorio para aligerar la curación total del paciente y mejorar la nutrición de esos tejidos afectados.

Su técnica es la siguiente: Novocaína al 1% sin adrenalina se

inyecta en la arteria femoral, localizándola con un dedo por debajo del arco crural; al penetrar la aguja en la luz arterial, aparece en la jeringa un chorro de sangre roja, isócrona con los latidos cardíacos. Se comienza con 2 c.c. aumentando cada tercer día de 1 ó 2 c.c.

La inyección debe hacerse lentamente, venciendo cierta resistencia por la presión arterial y observando al paciente por si presentara algún signo de intolerancia.

OBSERVACIONES EXPERIMENTALES.—Hechas en la vena yugular externa del perro, dejando los diferentes cuerpos extraños, seda nylon, catgut cromado N^o 3, sutura zytor, diferente tiempo.

OBSERVACIÓN N^o 1.—Cuerpo extraño: seda nylon. Corte anatomopatológico de 3 días N^o 803.

Resultado: En la luz hay un coágulo sanguíneo sin infiltración celular de organización. La pared de la vena está intensamente infiltrada por células inflamatorias, especialmente neutrófilos que se reparten difusamente. Hay igualmente numerosos capilares y vasos pequeños dilatados. La pared está en varios sitios disociada por hemorragia. El revestimiento endotelial falta en parte.

Conclusión: Vena con un coágulo en su luz. Estado inflamatorio agudo en su pared y alteraciones posiblemente de origen traumático.

OBSERVACIÓN N^o 2.—Cuerpo extraño: catgut cromado N^o 3. Corte anatomopatológico de 3 días, N^o 807.

Resultado: Esta vena presenta su pared menos infiltrada por elementos inflamatorios que la anterior, solamente en uno de los cortes en que aparece más gruesa, hay por debajo de la zona correspondiente a la íntima, una aérea ancha de aspecto necrótico con bastantes neutrófilos que invaden las tunicas externas. La luz presenta un coágulo adherente con abundante fibrina y neutrófilos.

Conclusión: Se trata de una tromboflebitis.

OBSERVACIÓN N^o 3.—Cuerpo extraño: seda nylon. Corte anatomopatológico de 11 días, N^o 813.

Resultado: En la parte central se encuentra el corte del cuerpo extraño rodeado e infiltrado por láminas conjuntivas delgadas, con células alargadas escasas. Al lado hay igualmente infiltrado constituido casi exclusivamente por fibrina entre cuyas mallas hay escasos hematíes. En la pared hay infiltración con predominio de neutrófilos.

Conclusión: Vena obturada por un cuerpo extraño adherido a la

pared y por un coágulo bastante organizado. Estado inflamatorio en la pared.

OBSERVACIONES NOS. 4 y 5.—Cuerpo extraño: catgut cromado N^o 3. Cortes anatomopatológicos de 7 días. Nos. 811 y 812.

Resultado: En los cortes de estas dos venas se encuentra la pared infiltrada de manera difusa por células inflamatorias con predominio de neutrófilos. Hay numerosos vasos pequeños y hemorragia. En la parte central se encuentra un coágulo con abundantes láminas de fibrina y algunas células alargadas en la periferia.

Conclusión: Inflamación aguda de las paredes y un coágulo en estado incipiente de organización.

OBSERVACIÓN N^o 6.—Cuerpo extraño: seda nylon. Corte anatomopatológico de 12 días. N^o 814.

Resultado: Estos cortes son en parte semejantes a los anteriores, sin embargo hay más infiltración inflamatoria, especialmente alrededor y entre las fibras del cuerpo extraño con presencia de numerosos macrófagos. Todos estos elementos llenan más o menos la luz del vaso y se continúan en varios sitios con la pared, en la cual se encuentran diseminadas numerosas células leucocitarias y frecuentes vasos pequeños.

Conclusión: Vena obturada por un cuerpo extraño bien adherido y con elementos inflamativos en su contorno y en la pared vascular.

OBSERVACIÓN N^o 7.—Cuerpo extraño: seda nylon. Corte anatomopatológico de 12 días, N^o 81.

Resultado: En el interior de la vena se observan pequeños cortes del cuerpo extraño aislado. (Posiblemente haya salido tejido por presión al tomar el fragmento.) La pared presenta escasa infiltración especialmente por células redondas; hacia la superficie predominan los neutrófilos. A un lado en la luz hay pequeñas masas de fibrina.

Conclusión: Vena ligeramente inflamada con un cuerpo extraño y pequeñas masas de fibrina en su luz.

OBSERVACIÓN N^o 8.—Cuerpo extraño: catgut cromado N^o 3. Corte anatomopatológico de 7 días, N^o 816.

Resultado: En unos cortes la luz venosa presenta una masa de hematíes sin organización. A otras alturas hay proliferación de células alargadas y de aspecto endoteliforme que circunscriben el coágulo. Hay numerosos pequeños canales sanguíneos e infiltración por células inflamatorias con predominio de neutrófilos.

Conclusión: Vena en algunos sitios incompletamente obturada por un coágulo bastante organizado.

OBSERVACIONES NOS. 9 Y 10.—Cuerpo extraño: sutura zytor N^o 1. Corte anatomopatológico de 6 días, Nos. 46-1422.

Resultado: En la capa adventicia hay ligera infiltración linfocitaria, la luz del vaso aparece ocupada por un trombus parcialmente organizado. No se encuentra cuerpo extraño.

Conclusión: Trombus organizado. (Moderada reacción inflamatoria en la adventicia.)

OBSERVACIÓN N^o 11.—Cuerpo extraño: sutura zytor N^o 2. Corte anatomopatológico de 7 días, N^o 46-949.

Resultado: Los cortes muestran vena en cuya luz hay un trombus en el que se ven pequeñas zonas de organización. El revestimiento endotelial ha desaparecido en parte. En las tunicas adventicia y media hay áreas de hemorragia intersticial. No se encontró cuerpo extraño en la luz del vaso.

Conclusión: Trombus comenzando a organizarse.

OBSERVACIÓN N^o 12.—Cuerpo extraño: sutura zytor N^o 2. Corte anatomopatológico de 4 días, N^o 46-950.

Resultado: La luz del vaso está ocupada en su totalidad por un trombus cuya organización es casi completa. No se encuentra cuerpo extraño. La adventicia presenta zonas de hemorragia. En la túnica media no hay cambios histológicos de importancia.

Conclusión: Trombus organizado.

OBSERVACIÓN N^o 13.—Cuerpo extraño: sutura zytor N^o 2. Corte anatomopatológico de 39 días, N^o 46-1344.

Resultado: Al microscopio se encuentran fragmentos de un vaso sanguíneo. Es posible distinguir las tunicas del vaso y un trombus adherido a la íntima. No se ve cuerpo extraño. El trombus está organizado.

Conclusión: Trombus organizado.

OBSERVACIÓN N^o 14.—Cuerpo extraño: seda nylon. Corte anatomopatológico de 42 días, N^o 41-1343.

Resultado: A más de la presencia de un trombus formado y organizado alrededor de un cuerpo extraño, llama la atención el que hay proliferación en el tejido conjuntivo de todas las tunicas y densa infiltración por leucocitos polinucleares. Esta infiltración se ve en todas las capas y es especialmente marcado en el trombus.

Conclusión: Trombus organizado alrededor de un cuerpo extraño. (Proliferación del tejido conjuntivo y marcada reacción inflamatoria en todas las tunicas.)

OBSERVACIÓN N^o 15.—Cuerpo extraño: catgut cromado N^o 3. Corte anatomopatológico de 41 días, N^o 46-1360.

Resultado: En los cortes hechos sobre la vena se puede apreciar que la luz de ésta está obliterada por un trombus organizado. También se puede ver que tanto el trombus como las tunicas del vaso, están abundantemente infiltradas por leucocitos polinucleares. El tejido conjuntivo subendotelial está marcadamente proliferado. No se encuentra cuerpo extraño en la luz del vaso.

Conclusión: Trombus organizado. (Marcada reacción inflamatoria y proliferación del tejido conjuntivo subendotelial.)

En todos los cortes debemos anotar una marcada inflamación seguramente como reacción al cuerpo extraño. Con la seda nylon hay proliferación del tejido conjuntivo en todas las capas del vaso. Con el catgut cromado N^o 3 la infiltración leucocitaria es mayor, su reacción inflamatoria es más grande en relación a los otros dos cuerpos. Con todos el trombus se organiza en debida forma y sólo es cuestión de tiempo esta organización.

OBSERVACIONES CLINICAS

HISTORIA N^o 1.—L. S. 37 años. Chancro en 1925. Coxalgia derecha. Herniorrafia bilateral hace dos años. Desde 1927 sufre de sus varices con ulceraciones. Hernia inguinal derecha reproducida hace año y medio. Pruebas funcionales positivas. Se operó con seda nylon; hematoma supurado de la herida superior. La sonda descendió hasta los maléolos tibiales. Salió por curación.

Tres meses después regresó al servicio por varicosidades del arco dorsal del pie derecho y colaterales de las pantorrillas; eczema anular del tercio inferior de las piernas. Se le hizo un W y K: positivos totales. Con anestesia local se ligaron los paquetes varicosos, se le tomó una biopsia de la vena obliterada y se le aplicaron 4 inyecciones de marfaside para aligerar la cicatrización. El eczema desapareció por completo. Salió nuevamente por curación, a continuar su tratamiento específico por fuera.

Examen anatomopatológico N^o 831.—Hacia un lado de la parte central aparece el corte extraño rodeado inmediatamente por tejido

denso con abundantes células alargadas; hacia la parte periférica de él se encuentran cortes transversales de fibras individualizadas colocadas en especies de cavidades formada por dicho tejido que ha disociado la fibra introducida. Se encuentran aquí células redondas y abundantes vasos pequeños. El resto de la parte central presenta tejido conjuntivo colágeno con láminas que tratan de rodear canales vasculares, uno o dos de ellos de luz bastante amplia con su revestimiento endotelial completo. Por fuera de la parte central se encuentran las tunicas externas propia de la vena.

Conclusión: Vena con un cuerpo extraño bien adherido y con canales vasculares en el tejido escleroso que obtura la luz primitiva. (Corte de 4 meses, 25 días.)



Figura 9.—Microfotografía. Corte Histológico N° 1.360 por 200. Trombus perfectamente organizado. Infiltración de Leucocitos Polinucleares en (1) Trombus organizado. En (2) Lugar que debía ocupar el cuerpo extraño (en este caso cat-gut).

HISTORIA N° 2.—A. T. U. 28 años. Hace 11 meses sufre de sus várices, en el miembro inferior derecho. Pruebas funcionales positivas. Operado con catgua cromado N° 3 y anestesia raquídea. Intenso dolor y linfangitis pos-operatoria que calmó con la biopsia.

Examen anatomopatológico de 5 días, N° 794.—En la luz del vaso aparecen fragmentos de un cuerpo extraño. No se observa for-

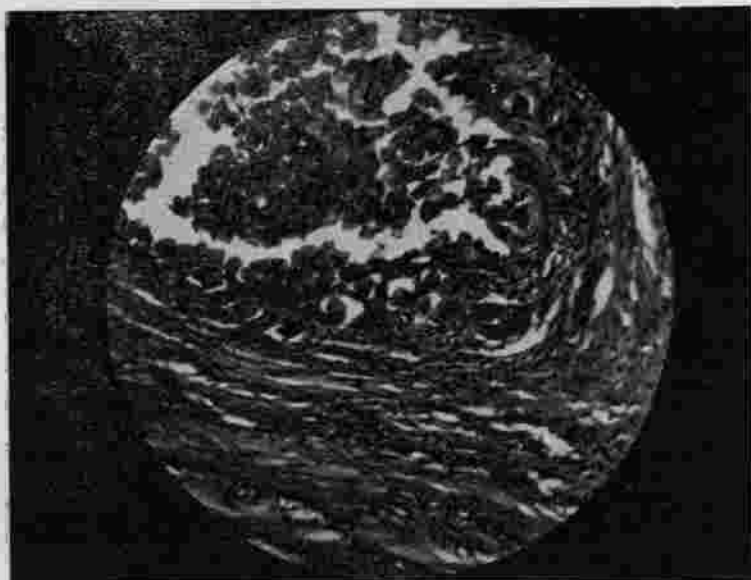


Figura 10.—Microfotografía. Corte Histológico N° 831 por 200. Trombus totalmente organizado alrededor de un cuerpo extraño (seda Nylon). En (1) Cuerpo extraño. En (2) Trombus. En (3) Pared venosa.

mación del trombus. Apenas hay diseminados algunos hematíes. El revestimiento endotelial falta en muchas zonas y en ellas la superficie corresponde a áreas hialinizadas. Hay infiltración de la pared por algunos linfocitos.

Conclusión: Venas con alteraciones degenerativas en su pared.

HISTORIA N° 3.—A. M. R. 31 años. Hace año y medio estuvo en tratamiento antisifilítico. Hace tres meses el W y K de control dio negativo. Hace 3 años sufre de várices bilaterales; le efectuaron una resección y ligadura del cayado; desaparecieron por un tiempo para reaparecer luego. Pruebas funcionales positivas. Nuevo W y K negativos. Se buscó el cabo ligado de la safena interna y se seccionó una gran colateral que la unía a la femoral; se introdujo seda nylon. Anestesia local. Oscilometría: Gran curva levógiara.

Examen anatomopatológico de 5 días, N° 975.—No se observa cuerpo extraño. Toda la parte central de la vena, por dentro de las tunicas externas que están muy adelgazadas, muestra una masa que no está separada de ellas por revestimiento endotelial, constituida por tejido hialino que superficialmente presenta bandas colágenas circulares. Dicha masa está rodeada hacia la parte interna por un tabique fibroso con células alargadas más bien escasas. A un lado de

ella y completando la oclusión del vaso se encuentra tejido más o menos de la misma constitución del primeramente descrito en medio del cual hay células de aspecto endoteliforme, con células fibroblásticas escasas y cavidades vasculares con su revestimiento endotelial. Hay células leucocitarias en regular cantidad.

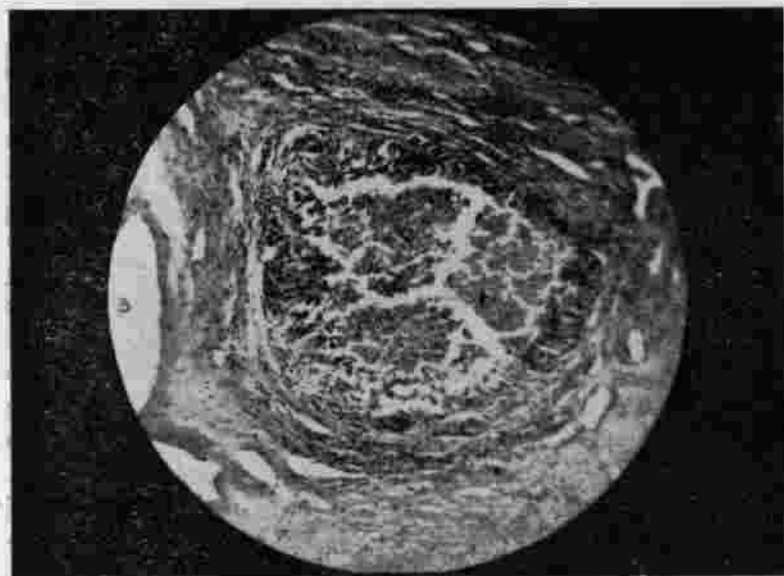


Figura 11.—Microfotografía. Corte Histológico N° 831 por 100. Trombus totalmente organizado alrededor de un cuerpo extraño. (Seda Nilon). Paredes vasculares esclerosadas. En el tejido escleroso que obtura la luz primitiva, se ven canales vasculares con su revestimiento endotelial completo. (1) Cuerpo extraño y trombus organizado. (2) Paredes venosas esclerosadas. (3) Canales vasculares.

Conclusión: Vena obturada con pequeños canales vasculares en la zona central.

Salió por curación el 24 de mayo. Regresa el 23 de julio por unos pequeños paquetes varicosos de la pierna izquierda. Con anestesia local se ligaron y se extrajo nueva biopsia. Salió por curación.

Examen anatomopatológico de 3 meses y 16 días, N° 46-1293.— Llama la atención el que la luz del vaso está totalmente ocupada por un trombus organizado. Este trombus está rodeando a un cuerpo extraño. El trombus no está adherido en su totalidad a la íntima, entre éste y la íntima hay pequeños canales en los que hay glóbulos rojos. Tanto el trombus como la íntima presentan focos aislados de infiltración linfocitaria.

Conclusión: Trombus organizado alrededor de un cuerpo extraño. (Reacción inflamatoria crónica.)

HISTORIA N^o 4.—D. D. P. 31 años. Hace 5 años sufre de várices bilaterales con ulceraciones. Pruebas funcionales positivas. W y K negativos. Oscilometría: gran curva levógira. Operando con seda nylon y anestesia general. Dolor y atirantamiento que calmó con la biopsia. Salió por curación.

Examen anatomopatológico de 19 días, N^o 46-1420.—Alrededor de un cuerpo extraño que se encuentra en la luz del vaso se ha formado un trombus. Este trombus ocupa la totalidad de la luz y está organizado. Tanto el trombus como las capas íntima y media están densamente infiltradas por leucocitos polinucleares.

Conclusión: Trombus organizado alrededor de un cuerpo extraño. (Reacción inflamatoria acentuada.)

HISTORIA N^o 5.—R. G. B. 40 años. Abuelo, madre y dos hermanos sufren de várices. Hace más de diez años sufre de várices del miembro inferior derecho. Pruebas funcionales positivas. Oscilometría: gran curva levógira. W y K negativos. Operado con seda nylon y anestesia raquídea. Dolor y tensión a la altura de la rodilla que desaparecieron al extraer la biopsia. Salió por curación.

Examen anatomopatológico de 14 días, N^o 46-1421.—El tejido conjuntivo subendotelial aparece marcadamente proliferado. En la túnica media hay moderada infiltración linfocitaria y ligera proliferación del tejido conjuntivo. La luz de la vena está ocupada por un trombus parcialmente organizado. No se encuentra cuerpo extraño.

Conclusión: Trombus organizado parcialmente. (Proliferación del tejido conjuntivo subendotelial.)

HISTORIA N^o 6.—A. P. P. 65 años. Hace 15 años sufre de várices bilaterales; edema vespertino. Dermatitis purpúrea del tercio inferior de la pierna izquierda. Pruebas funcionales positivas. Oscilometría: gran curva levógira. W y K negativos. Operado con seda nylon y anestesia raquídea. Dolor y tensión que desaparecieron con la biopsia.

Examen anatomopatológico de 13 días, N^o 46-1419.—A más de la presencia de un trombus organizado que ocupa la luz del vaso, hay proliferación del tejido conjuntivo en la capas íntima y media. El trombus se ha formado alrededor de un cuerpo extraño.

Conclusión: Trombus organizado alrededor de un cuerpo extraño. (Proliferación del tejido conjuntivo en las tunicas íntima y media.)

HISTORIA N^o 7.—P. I. F. 21 años. Un hermano tiene várices. Hace año y medio sufre de várices bilaterales. Pruebas de circulación profunda positivas. Oscilometría: curva semejante a la normal, vari-

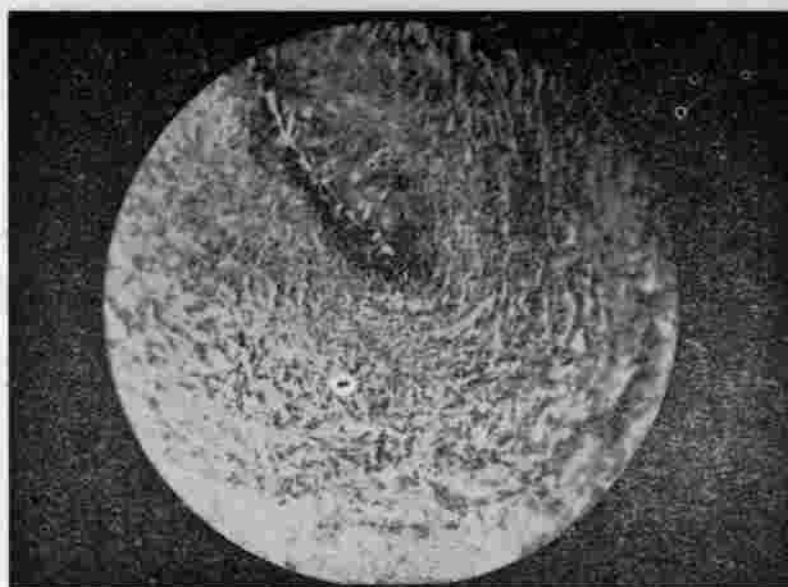


Figura 12.—Microfotografía. Corte histológico N° 907 por 200. Hipertrofia de la capa muscular venosa. Canales vasculares dentro del tejido esclerosado.
(1) Capa muscular hipertrofiada. (2) Canal vascular.

coso compensado. W y K negativos. Operado con sutura zytor N° 1 y anestesia raquídea. Dolor muy disminuído; tensión idéntica a los anteriores. Con la biopsia quedó en perfecto estado.

Examen anatomopatológico de 3 días, N° 46-1423.—En los cortes hechos sobre el material enviado se encuentra vena. La luz del vaso aparece ocupada por un trombus en el que hay comienzos de organización. En las tunicas íntima, media y adventicia hay moderada esclerosis. No se encuentra cuerpo extraño en la luz del vaso.

Conclusión: Trombus parcialmente organizado. (Esclerosis ligera en todas las capas del vaso.)

Este paciente regresó dos meses después a observación. El día anterior sintió prurito a la altura de la rodilla y encontró una extremidad de la sutura zytor sobresaliendo, extrajo cerca de 10 cms. y cortó, operación que efectuó sin sentir el mínimo dolor. Sus paquetes varicosos, aparecían endurecidos.

HISTORIA N° 8.—L. E. R. A. 22 años. La madre padece de asma, reumatismo y várices. Una tía padece de várices. Hace 6 años con motivo del servicio militar obligatorio, fue rechazado por várices. Hace dos años siente diversos trastornos circulatorios varicosos del miembro inferior izquierdo. Pruebas funcionales positivas. Oscilometría, vari-

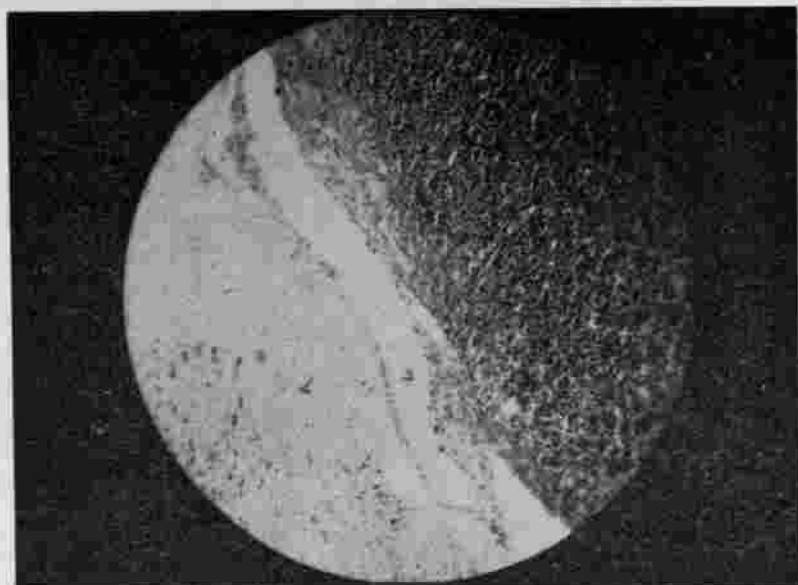


Figura 13.—Microfotografía. Corte histológico N° 1295 por 200. Trombus parcialmente organizado. Íntima con proliferación moderada del tejido conjuntivo. (1) Trombus. (2) Íntima. (3) Separación debida al corte de la cuchilla.

coso compensado. W y K negativos. Operado con seda nylon y anestesia general. Paciente pusilánime en extremo. Acusó gran dolor y hubo necesidad de obligarlo a caminar. Con la biopsia desapareció totalmente su sintomatología.

Examen anatomopatológico de 42 días, N° 46-1292.—Al microscopio se encuentra el corte transversal de una vena cuya luz está totalmente ocupada por un trombus completamente organizado. En el centro del trombus hay un cuerpo extraño. Fuera de lo anterior llama la atención el que hay proliferación del tejido conjuntivo de la adventicia y zonas de hemorragia intersticial.

Conclusión: Trombus organizado alrededor de un cuerpo extraño.

Este paciente se vio por última vez, cuatro meses más tarde y su estado era satisfactorio.

El número de enfermos operados por este sistema pasa de doscientos, y sus historias clínicas reposan en los archivos del Hospital de San José.

El control no se ha podido establecer en todos los casos; pero de los enfermos que hasta el presente se han sometido a él, solamente dos han presentado úlceras reproducidas, aun cuando por sus antecedentes (sífilis, úlcera tropical), no podría asegurarse que el fracaso se deba al método empleado.