

UN APORTE AL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS AFECCIONES VENOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES*

Dr. LUCAS A. MOLINA V. **

Dr. GUILLERMO PEREZ C. ***

1.— CONSIDERACIONES GENERALES

En el tratamiento quirúrgico de las afecciones venosas de los miembros inferiores, los cirujanos especialistas conocen perfectamente que dos son las condiciones que empañan ligeramente las técnicas operatorias y la evolución subsiguiente del caso. Estas dos situaciones se aceptan como parte inevitable del procedimiento quirúrgico, sea cual fuere el método empleado; ellas son La Hemorragia y El Hematoma Tegumentario.

Consecutivamente a la avulsión venosa, se produce normalmente una pérdida sanguínea a través de la incisión inferior, en cantidades que fluctúan entre los 20 y 50 cc. en cada uno de los miembros operados. Esta contingencia está contemplada previamente por el cirujano y la compresión bimanual es precisamente una maniobra dedicada a disminuir en lo posible la hemorragia. Pese a ello, la cantidad de sangre perdida es considerable.

En el post-operatorio, a pesar del vendaje elástico compresivo, en la casi totalidad de los casos, se encuentra a las 48 horas una equimosis tegumentaria más o menos extensa, infiltrante que demora cuatro semanas en reabsorberse. Estas dos condicioness que se consideran como "normales" en el curso de esta cirugía, ha sido motivo de estudio y preocupación del Departamento Médico de la Southern Perú Copper Corporation, y en el presente trabajo aportamos una variante de método, que nos ha deparado la satisfacción de reducir notablemente estas dos contingencias.

Presentamos, pues, una serie de 24 casos, equivalentes a 29 miembros inferiores afectados, tratados quirúrgicamente por el Servicio de Cirugía General del Hospital de Toquepala con el método de la "FLEVOEXTRACCION CON LIGADURA SIMULTANEA DE COLATERALES", técnica que sometemos a vuestra consideración.

* El Comité de Redacción ha considerado la publicación de este trabajo, porque la mujer paga un enorme tributo a las várices de los miembros inferiores debido al Embarazo y al Parto. La divulgación de la técnica quirúrgica aportada será particularmente útil a los especialistas de Provincias.

** Jefe del Dpto. Quirúrgico del Hospital de Toquepala.

*** Primer Asistente del Departamento Quirúrgico de Toquepala.

2.— CLASIFICACION

La clasificación presentada por J. D. Baistrochi (2), se adapta perfectamente a los conceptos actuales, por su simplicidad y base anátomo-patológica.

Congénitas

Insuficiencias valvulares de la safena interna, safena externa, femorales, comunicantes. Dilataciones saculares localizadas, comunicaciones arteriovenosas. Anomalías con las más raras localizaciones.

Adquiridas

Traumáticas: aneurismas arteriovenosos, trombosis, sección y atrisión desde afuera (contusiones) y desde adentro (fracturas).

Yatrogénicas: quirúrgicas.

Infecciosas: agudas (flevotrombosis post-partum, fiebre tifoidea, etc.) y crónicas (brucellosis, chagas-maza, parasitosis intestinales, focos sépticos variados, tuberculosis).

Alérgicas, hormonales y cancerosas: generalmente del resorte médico.

3.— TRATAMIENTO QUIRURGICO

El tratamiento quirúrgico comprende:

Extirpación del cayado de la safena interno y colaterales (Robinson) y del cayado de la safena externa.

Extirpación de los paquetes venosos localizados.

Extirpación del cayado, ligaduras escalonadas, inyecciones retrógradas con líquidos esclerosantes.

Extirpación de todo el sistema de la safena interna (Terrier, Alglave; Mayo, Babcock).

Sección de las comunicantes por espatulado subcutáneo o subaponeurótico, completando la flexoextracción (Cigorruga, Albanese, Baistrochi).

Ligadura y sección del sistema venoso profundo, femoral superficial (9) y todas sus modificaciones. Poplítea (Bauer), tibial posterior (M. Negri).

Resección de todo el sistema superficial, con ligadura y sección de comunicantes subaponeuróticas, con grandes incisiones en la pierna (9); interna y externa (Felder), posterior.

Ligaduras percutáneas complementarias. (12)

Cuando se revisan las infinitas variedades técnicas propuestas (3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14), impresiona el largo período necesario para llegar a la actual

conclusión, según la cual el mejor tratamiento de las venas varicosas es la ligadura con avulsión (14). Hay referencias a esta modalidad terapéutica, con frecuencia creciente, en los últimos 50 años (3, 5, 12). Los resultados y los estudios cuidadosamente presentados durante los últimos 10 años (4, 10, 13), llevan a la inevitable conclusión de que las venas varicosas que necesitan tratamiento quirúrgico, deben tratarse de preferencia por este método perfectamente aceptada (14). Lo importante es que en la práctica se deberá operar uno o ambos miembros, flevoextracción de los sistemas clásicos superficiales y todo paquete protruido, ligaduras, inyecciones esclerosantes complementarias, etc., efectuando las operaciones lo más completas posible a fin de evitar y prevenir las reintervenciones (2).

4.— METODO

FLEVOEXTRACCION CON LIGADURA SIMULTANEA DE COLATERALES

Técnica

Anestesia de preferencia raquídea.

Incisión clásica paralela a la arcada crural, con prolongaciones hacia arriba cuando el caso lo requiera, para llegar al cayado o desembocadura de la safena interna en la vena femoral. Sección del cayado a un centímetro y ligadura del cabo proximal con seda o catgut Nº 2 crómico, transfixiante para evitar deslizamiento. Preparación del cabo distal para la introducción del flevoextractor. Dicha introducción debe ser rápida y efectuada con maniobras y movimientos que faciliten su avance lo más distalmente posible; en la mayoría de los casos hasta el maleolo interno. Con esto se evita la vasoconstricción, que en muchos casos hace difícil, cuando no imposible, el paso del instrumento (2).

Para la explicación de la técnica materia del presente estudio en el paso siguiente, consideraremos un caso ideal, en el cual el flevoextractor ha sido introducido desde la sección en el cayado hasta el maleolo interno. Las variantes del instrumento, sea la campana cortante utilizada por algunas escuelas o los diferentes extractores de disco, son independientes para la aplicación de este método, aunque un flevoextractor muy afilado podría dificultar el procedimiento. Base fundamental es el conocimiento de que las colaterales son, en la mayoría de los casos, venas delgadas, que tienden a hacerse tanto más superficiales, cuanto más distal es el segmento del miembro inferior (14). Asimismo, recordaremos que dichas colaterales están involucradas en el tejido conectivo del celular subcutáneo (12) y por ende su tracción se traducirá por "una deformación muy especial de los planos superficiales" (Figs. 1, 2, 3, 4).

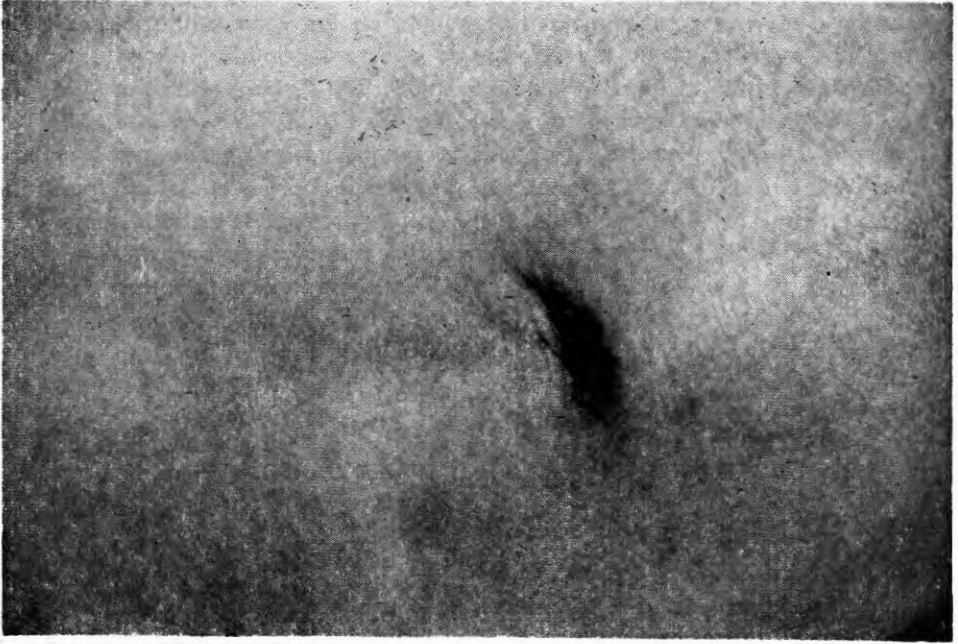


FIGURA N° 1



FIGURA N° 2



FIGURA N° 3



FIGURA N° 4

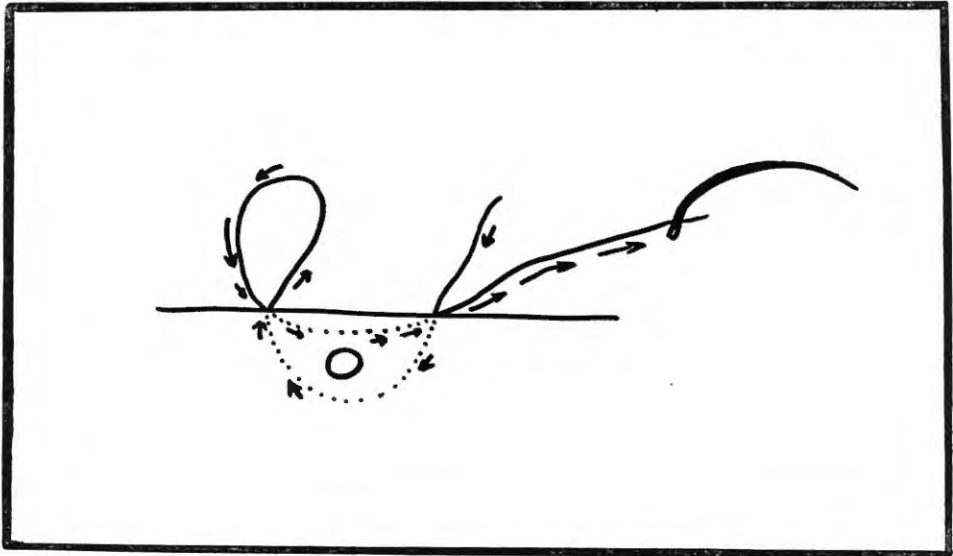


DIAGRAMA A

Uno de los cirujanos iniciará muy cuidadosamente la tracción del flevoextractor, mientras que el otro observará la deformación esperada de la piel. Producida ésta, procederá a la sutura percutánea de esa colateral, utilizando para este fin una aguja semicortante curva, con catgut simple N° 0. El punto se ilustra en las figuras 5, 6, 7 y es el punto de Mayo de periné (Diag. A). Esto permite que al continuar la tracción del extractor, la colateral se rompa, pero no habrá sangramiento puesto que está ligada previamente. Al romperse la colateral, la deformación de la piel desaparecerá y sólo quedará visible los dos arifícios dejados por la aguja en el punto de ligadura (Fig. N° 8). Al llegar al segmento poplíteo, deberá procederse aún más cuidadosamente, ya que a ese nivel encontraremos casi siempre las anastomosis de los sistemas interno, externo y poplíteo. Localizados las colaterales, deberá practicarse la ligadura percutánea de dichos vasos, buscando siempre la deformación tegumentaria descrita. Sabemos que los hematomas o equimosis post-operatorios radican en el 90% de los casos a ese nivel, por tal motivo, cuanto más exhaustiva y cuidadosas sean las ligaduras en esta zona, tanto mejor éxito obtendremos. Se continuará la flevoextracción procediendo de la misma manera cada vez que observemos la aparición de una colateral. Es innecesario decir que muchísimas veces la determinación de las colaterales se hace a simple vista; este método hace evidente aquellos vasos que, por su ubicación anatómica o constitución delgada, son difíciles de ser detectados.

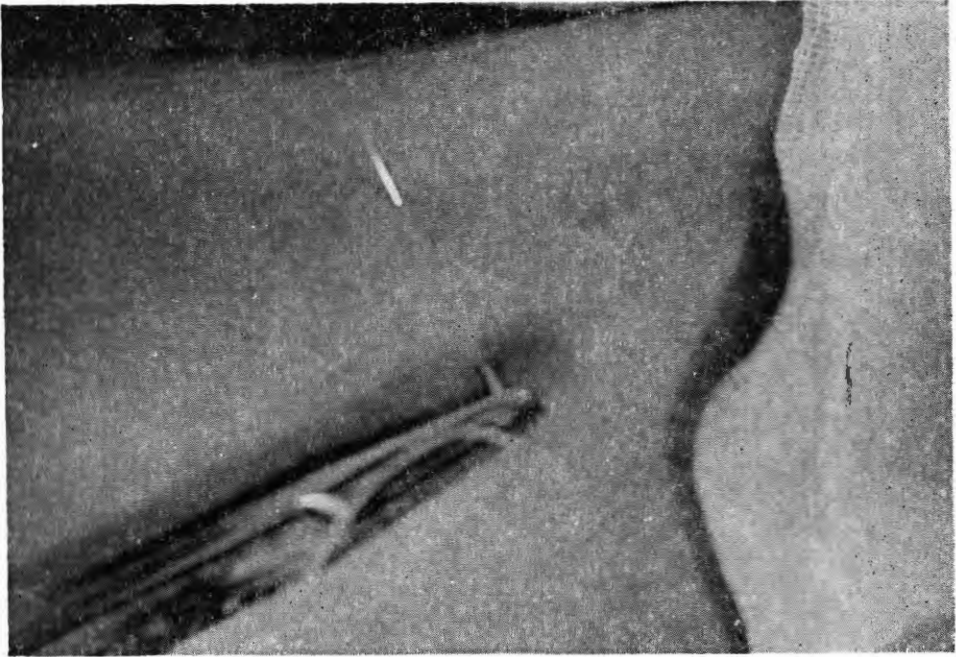


FIGURA Nº 5

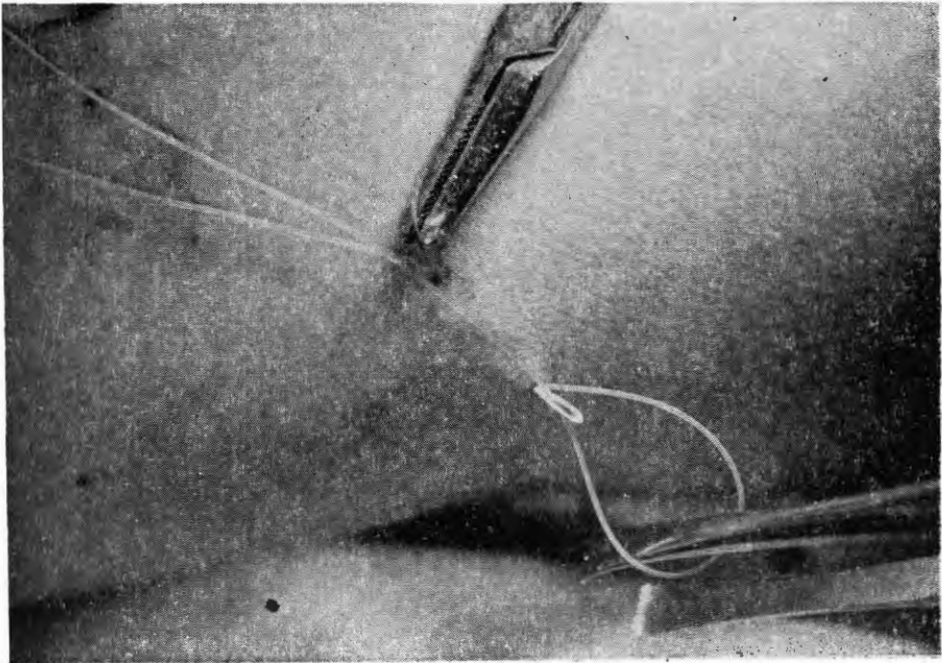


FIGURA Nº 6

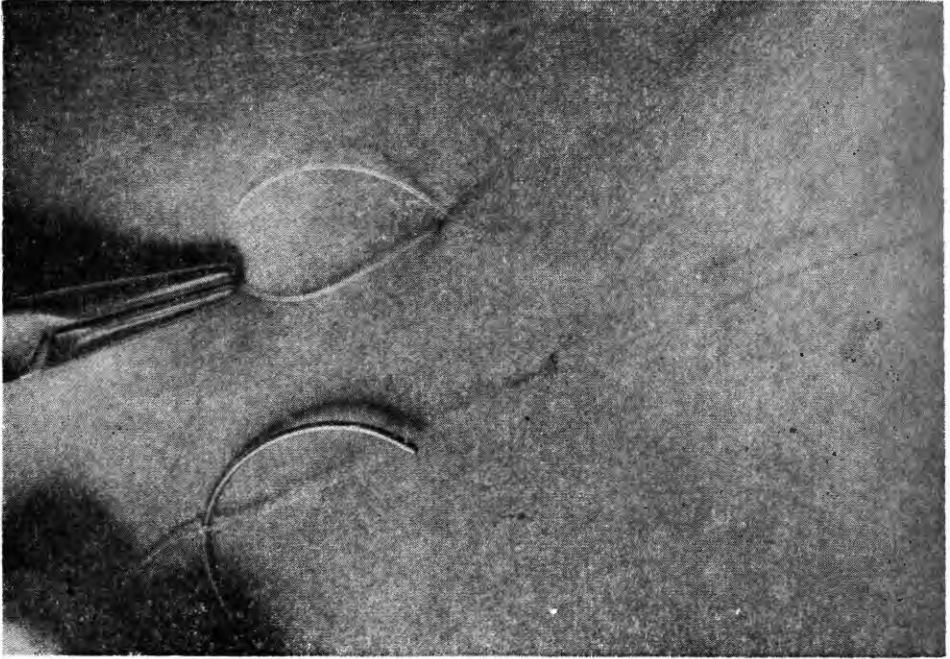


FIGURA N° 7



FIGURA N° 8

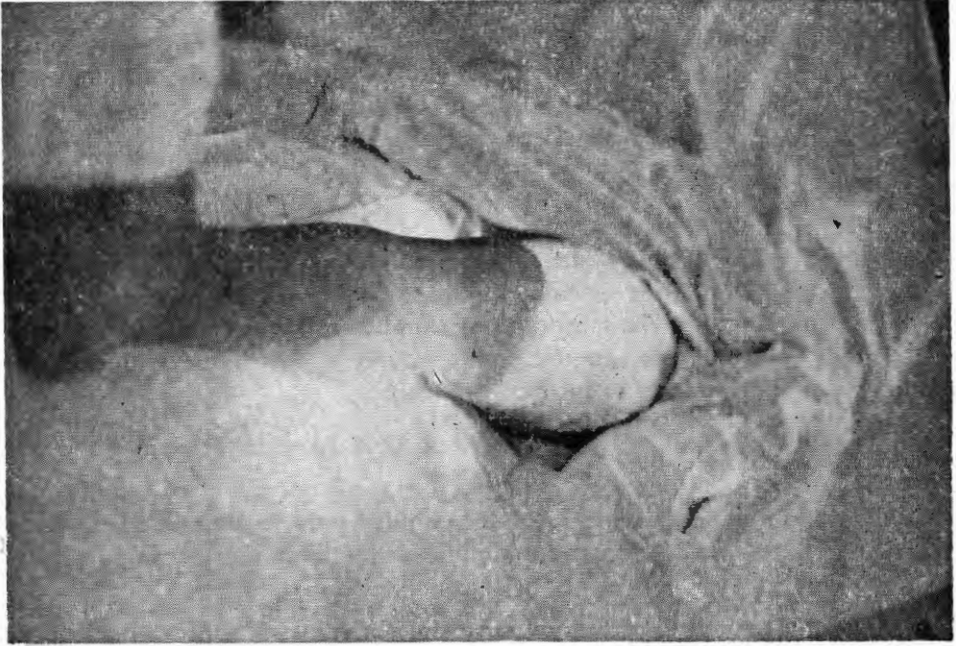


FIGURA N° 9

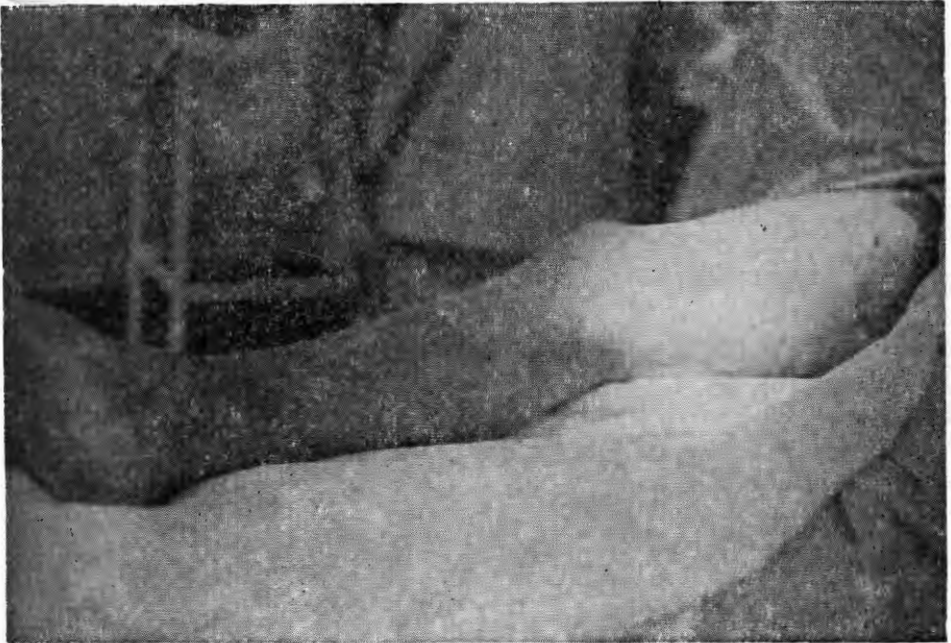


FIGURA N° 10

Extraída totalmente la vena ya no será necesario la compresión manual, ya que ligadas las colaterales no habrá motivo de sangramiento y si lo hay será muy insignificamente (Cuadra N° 1). Cierre de las incisiones de manera rutinaria, sin drenaje. Vendaje desde el pie hasta la región crural.

5.— MATERIAL

Presentamos una serie de 24 historias clínicas, equivalentes a 29 miembros inferiores afectados de várices operables, de pacientes residentes en Toquepala, departamento de Tacna, diagnosticadas y tratadas quirúrgicamente en el Hospital General de Toquepala. La técnica operatoria a describirse está documentada con material fotográfico en blanca y negra.

6.— POST-OPERATORIO

Ambulación precoz, generalmente al día siguiente de la intervención. Tratamiento antálgico, ocasionalmente antibióticos, controles diarios, aplicación de

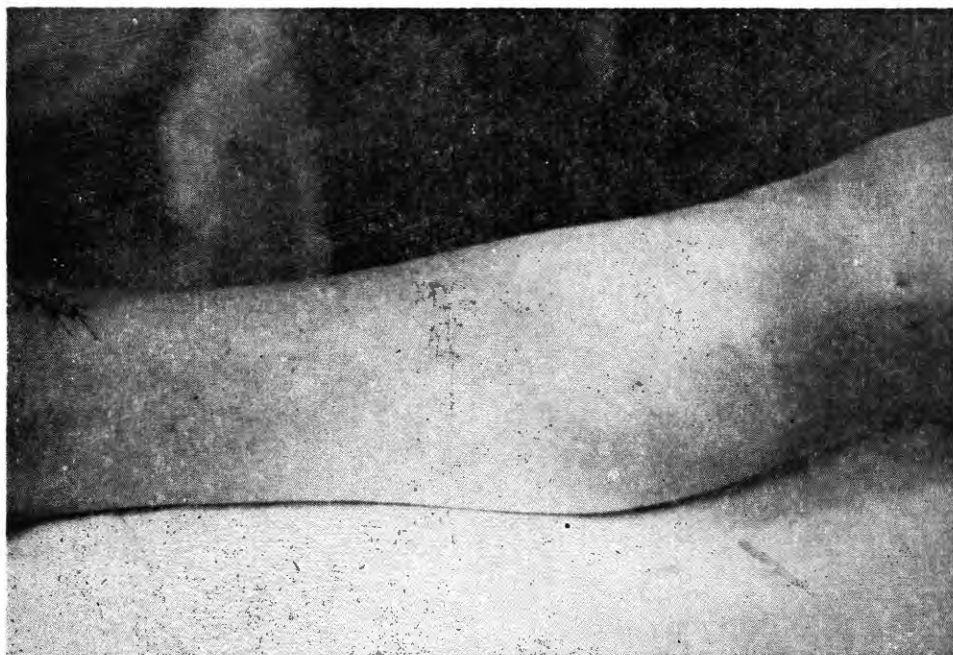


FIGURA N° 11

CUADRO N° 1

N°	Registro	Siglas	Edad	Sexo	Miembro		Tiempo de evolución	Grado	Fecha de operación	Sangrado		Hematoma tegument.	Dolor post-op.	Alta hospital	Observaciones
					D.	I.				D.	I.				
1	5026	MMC	32	M		o	3 años	II	7.11.67		3 cc.	O	+	4 días	
2	802	HTG	29	M	o	a	6 meses	II	4.12.67	2	2	++	+++	7 días	R. Psico-Neu.
3	8370	AES	25	M	o		6 meses	I	5.12.67	5		+	+	6 días	
4	2841	ALM	31	M	o	o	2 años	II	8.12.67		7	+	+	6 días	
5	1715	IQA	33	M	o		3 años	I	13.12.67	3		O	+++	7 días	
6	8199	MSC	24	M		o	1 año	II	18.12.67		2	O	O	5 días	
7	3424	MAA	15	F		o	1 año	II	10. 1.68		4	O	+	5 días	
8	3852	PVT	39	M	o	o	5 meses	II	11. 1.68	3	1	O	+	8 días	
9	5367	AFA	32	M	o		1 año	II	15. 1.68	4		+	++	5 días	
10	5077	NTA	33	M	o		1 mes	III	15. 1.68	5		0	+	3 días	
11	227	RPZ	46	M	o		6 años	II	22. 1.68	3		O	+	4 días	
12	7544	CHS	29	M	o		3 años	I	24. 1.68	30		+	+	5 días	
13	3406	AJV	29	F	o		3 meses	II	29. 1.68	4		++	+	3 días	
14	2765	FRL	39	M	o		2 años	II	29. 1.68	6		+	+	10 días	Op. Lipoma al 6° día.
15	908	GRG	30	M		o	1 año	II	3. 2.68		5	+	+	6 días	
16	738	FDA	65	M	o	o	15 años	III	6. 2.68	3	5	+	++	7 días	
17	680	ECF	36	M	o		10 años	II	16. 2.68	3		O	+	7 días	
18	1453	PCD	26	M	o		2 años	II	22. 2.68	4		+	+	5 días	
19	6244	MTV	28	M	o		2 años	II	26. 2.68	4		+	+	5 días	
20	798	BCH	32	M	o	o	2 años	II	22. 3.68	2		+	+	7 días	
21	1195	FMG	43	M	o	o	2 años	II	29. 3.68	2	2	O	+	5 días	
22	7322	DMS	29	M	o		5 años	II	30. 3.68	5		O	O	6 días	
23	1923	AVM	47	M	o	o	3 años	II	4. 4.68	0.5	2	O	+	13 días	Reac. Catgut.
24	5391	TGF	20	F	o		2 años	II	9. 5.68	5		O	+	5 días	

medias elásticas al tercer día, alta hospitalario al cuarto o quinto día, transferidos al consultorio externo para sus controles posteriores y extracción de puntos. (Los puntos de Mayo no necesitan ser extraídos por ser material absorbible). Cuatro días más de descanso ambulatorio, al final de los cuales son dados de alta definitiva para reincorporarse a sus labores habituales. Controles mensuales de rutina por seis meses.

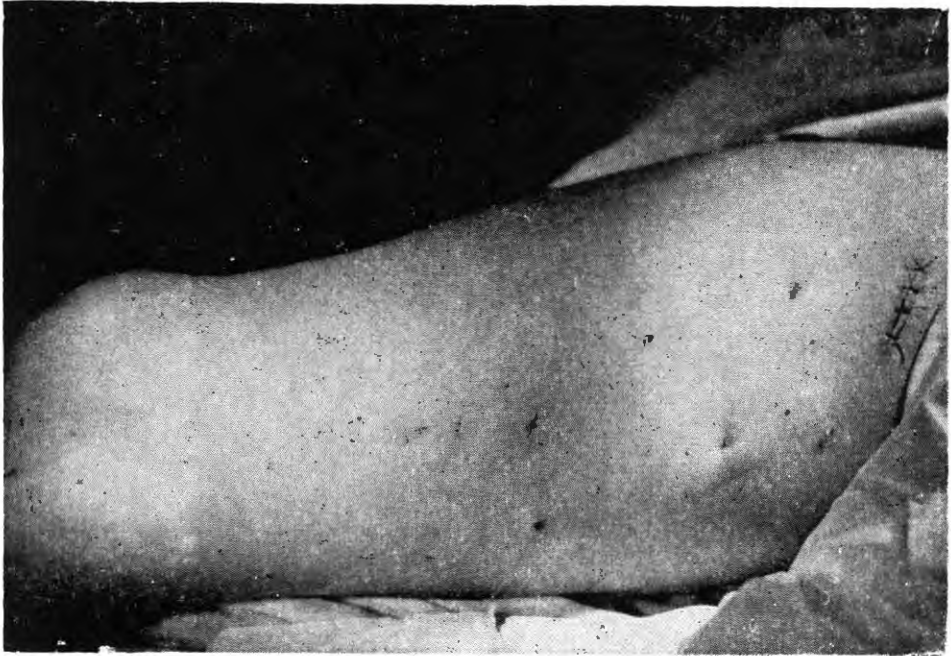


FIGURA Nº 12

7.— RESULTADOS

A)	Bilaterales	7 pacientes	=	29.16%
	Unilaterales	17 pacientes	=	70.84%
B)	Clasificación			
	Grado 1	2 miembros	=	6.8 %
	Grado 2	24 miembros	=	82.7 %
	Grado 3	3 miembros	=	10.5 %



FIGURA N° 13

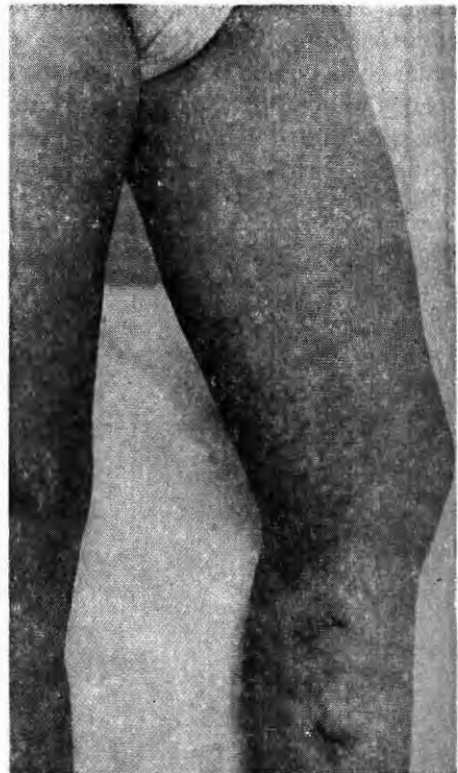


FIGURA N° 14

C) Edad

Edad promedio en hombres: 34.6 años

Edad promedio en mujeres: 21.3 años

Edades límites: 15 a 65 años

D) Sexo

Masculino: 21 pacientes = 87.5 %

Femenino: 3 pacientes = 12.5 %

E) Hemorragia operatoria

Promedio: 4.3 cc.

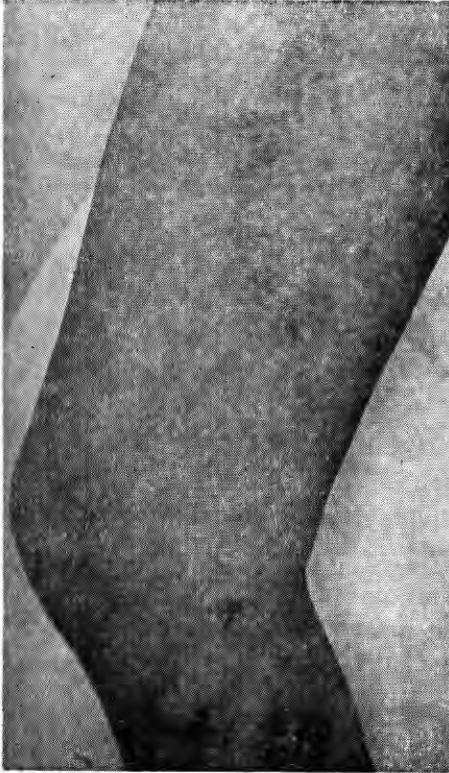


FIGURA Nº 15



FIGURA Nº 16

F) Hematoma tegumentario

Nulo	en 15 miembros	=	57.7 %
Escaso	en 11 miembros	=	39.7 %
Moderado	en 3 miembros	=	10.4 %
Intenso	en 0 miembros	=	00.0 %

G) Dolor post-operatorio

Nulo	en 2 pacientes	=	8.3 %
Moderado	en 18 pacientes	=	71.5 %
Intenso	en 4 pacientes	=	16.6 %

H) Complicaciones

Reacción al catgut	1 paciente	=	3.44 %
Depresión psiconeurótica	1 paciente	=	3.44 %
Sin complicaciones	22 pacientes	=	93.12 %

I) Promedio de estadía hospitalaria

6 días

8.— RESUMEN

- 1.— Se aporta en el presente trabajo una variante de técnica que complementa los métodos rutinarios de safenectomías clásicas en las várices dependientes de los territorios superficiales. Denominamos a esta modificación "FLEVOEXTRACCION CON LIGADURA SIMULTANEA DE COLATERALES".
- 2.— El abjetivo conseguido por esta técnica ha sido la reducción de la hemorragia inmediata a la avulsión venosa, del hematoma y de la equimosis tegumentaria posterior a la intervención.
- 3.— Consideramos que las ligaduras previas previenen las posibles complicaciones de los procedimientos clásicos: organización de los hematomas, trombosis venosa, embolias e infección.
- 4.— Este procedimiento permite la conservación de la estética de los miembros tratados al reducir el número de incisiones quirúrgicas.
- 5.— Presentamos a consideración una serie de 24 historias clínicas, equivalentes a 29 miembros inferiores de pacientes portadores de várices, operados por el Departamento Quirúrgico del Hospital General de Toquepala, dependencia de la Southern Perú Copper Corporation.

SUMMARY

- 1.— The authors present a complementary procedure for the surgical treatment of Varicouses Veins.
- 2.— The name of this method is: "Saphenectomy with Simultaneous Ligature of collateral veins".
- 3.— A reduction of operative bleeding (4.3 cc. average) and post operative hematama are obtained with this method. The estetic result is also improved.

REFERENCIAS

- 1.—BABCOCK W. New operation for extirpation of varicose veins of leg. N. Y. M. J. 86: 153-156, 1907.
- 2.—BAISTROCHI J. D. Tratamiento quirúrgico de las afecciones venosas de los miembros inferiores. Gaceta Sanit. N° 2. Marzo-Abril 1966. Pág. 9.
- 3.—FENNEY P. W. Surgical treatment of varicose veins: survey of methods of treatment with description of intraluminary stripping and its results. Ann. Surg. 133: 386-393, 1951.
- 4.—HARRIDGE W. H. Treatment of primary varicose veins. J. A. M. A. Clin. North Am. 40: 181-202, 1960.
- 5.—HOMANS J. Operative treatment of varicose veins, varicose ulcers and phlebitis. New England. J. M. 200: 965-971, 1929.
- 6.—KEELEY J. SCHAIRER A. IRVING P. Técnica de ligadura y avulsión para el tratamiento de venas varicosas. Clin. Quir. de Norte Am. Febrero, 1961. Pág. 235.
- 7.—KELLER W. L. New method of extirpating internal saphenous and similar veins in varicose conditions: a preliminary report. N. Y. M. J. 82: 385, 1905.
- 8.—KOSINSKI C. Citado por Dodd. H. y Cockett F. B.: pathology and surgery of veins of lower limb. Edinburgh & London, E. & S. Livinstone. Ltd. 1956. p. 37.
- 9.—LINTON R. R. Surgery of veins of the lower extremity. Minn. Med. 32: 38-46. 1949.
- 10.—LOFGREN, K.A. RIBISI A. P. & MAYERS T. T.: Evaluation of stripping versus ligation for varicose veins. A. M. A. Arch. Surg. 76: 310-316, 1958.
- 11.—MAHORNER H. R. OSCHNER, A.: mothern treatment of varicose veins as indicated by comparative tourniquet test, Ann. Surg. 107: 927-951. 1938.
- 12.—RUIZ G. ROQUE. Técnica personal inédita.
- 13.—SARJAT T. R. Anatomía quirúrgica en el tratamiento de la estasis venosa. Clin. Quirg. de N. A. Oct. 1964. 1393-1401.
- 14.—SCHWEGMAN. C. W. & PESKIN, G. W. Surgical managment of varicose veins S. Clin North Am. 37: 1699-1709. 1957.
- 15.—SHERMAN, S. Nueva valoración de las pruebas de trendenburg y un procedimiento operatorio. Clin. Quirg. de N. A. Oct. 1964. 1369-1380.
- 16.—TAKATZ G. de. Ambulatory ligation of saphenous vein. J. A. M. A. 94: 1194-1197. 1930.