

V A R I C E S

Experiencia sobre 281 observaciones

Dres. Musso, Peyrallo, Ruy López y Pte. Poch

Dada la exigüidad del tiempo y la extensión del tema, limitaremos nuestra exposición a cuatro puntos de suma importancia para la recuperación funcional del varicoso:

- 1) Diagnóstico de ubicación de las comunicantes insuficientes;
- 2º) Momento oportuno para la intervención;
Movilización post-operatoria;
Esclerosis retrógrada.

Los esquemas y gráficos pueden dar una idea sintética y precisa de la parte del tema que no relatamos.

En la enorme mayoría de nuestros casos están tomados una o las dos safenas internas.

Es bajo el número de trastornos de la safena externa o el de las tributarias extrapélvicas de la íliaca interna, glútea, isquiática, etc.

El reflujo se localiza siempre a nivel de los cayados, pero en un 33 % de las afecciones del sistema safeno interno existen comunicantes insuficientes cuyo desconocimiento lleva a una operación incompleta con persistencia de:

Las várices

Los trastornos, y

las secuelas tróficas.

El porcentaje de comunicantes, es alto.

Si la insuficiencia de examen impide tratarlas aparecen después pseudo-recidivas.

Hay autores que aconsejan la flebografía sistemática.

Estamos convencidos de que la clínica es suficiente para el diagnóstico de las comunicantes insuficientes.

El diagnóstico puede hacerse con un estudio metódico y paciente de las diferentes pruebas clínicas aconsejadas para clasificar el territorio varicoso superficial y localizar los refugios correctamente.

Si a pesar de ello quedara alguna comunicante sin tratar nos parece preferible seguir al varicoso con exámenes periódicos (como aconsejamos siempre) y completar con un pequeño acto quirúrgico ulterior, la eliminación del territorio varicoso.

Momento oportuno

Los resultados alejados de cien intervenciones en un total de 281 observaciones, muestran indudablemente, que el varicoso debe ser operado antes que su proceso sea complicado, puesto que ya hay lesiones de carácter irreversible, que mantienen cierto grado de déficit funcional.

Los gráficos de los síntomas de complicación del varicoso en las distintas décadas de la vida, muestran una relación directa evidente entre la edad del varicoso y el tiempo de evolución de la fleboectasia, lo que confirma que el portador de várices debe ser tratado tempranamente.

Movilización

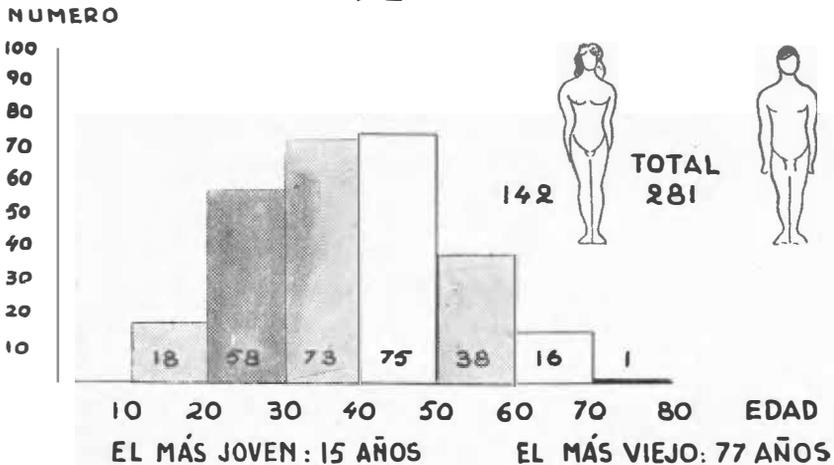
Otro punto de suma importancia, que debe ser repetido hasta el cansancio, es que, la cirugía de las venas de los miem-

bros inferiores es igual a movilización inmediata; es decir, un verdadero axioma

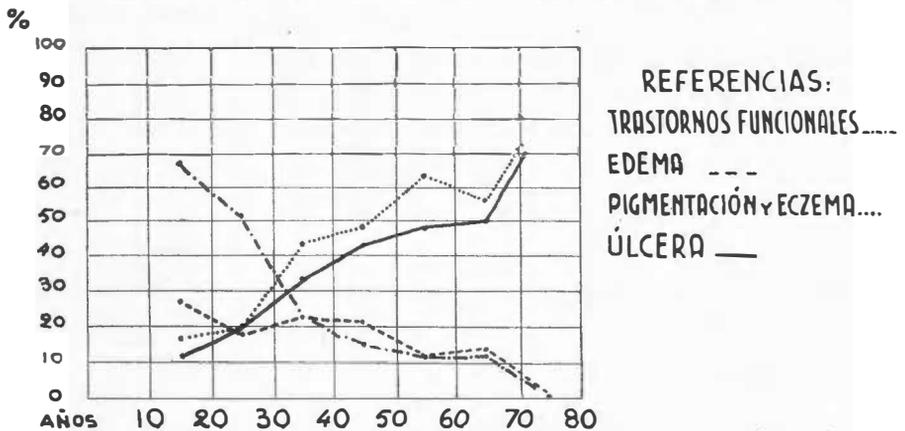
operación sobre vena = caminar

En nuestras 281 observaciones, donde una gran cantidad

FECHA DE CONSULTA DE LOS ENFERMOS SEGÚN DÉCADAS.



SÍNTOMA DOMINANTE POR DÉCADAS.



OPERAR EN LA PRE-COMPLICACIÓN.

fueron tratados en ambos miembros en la misma sección operatoria, no tenemos ningún caso de complicación de importancia (como factor de mortalidad) es decir, trombosis venosas profundas, embolias pulmonares.

Para lograrla (movilización) en todas ellas evitamos la medicación sedante pre-operatoria, anestesia local, una técnica bien reglada y sencilla y obligamos a los pacientes a caminar inmediatamente después de operados.

Hemos obtenido esto, haciendo la operación de várices ambu-

RESULTADOS ALEJADOS.

94 CASOS PLAZO DE 2 MESES A 4 AÑOS.

RESULTADOS SATISFATORIOS: 80.5%



latoria cien por ciento sin ingreso previo ni permanencia en el hospital post-operatoria).

Las estadísticas sobre embolias pulmonares mortales o no, en las Varicectomías, hacen resaltar que la casi totalidad fueron enfermos que por diversas causas quedaron en reposo en cama.

Esclerosis retrógrada

Otro punto debatido en nuestro medio pero prácticamente establecido como necesario en el extranjero para que los resultados sean mejores, es la inyección retrógrada de sustancias esclerosantes con la resección parcial de sectores venosos.

Dos de nosotros (M. y P.) practicamos casi sistemáticamente la inyección retrógrada de oleato de etaolamina (nombre comercial neo-variesclerin), previa ligadura y resección de los secto-

res venosos con reflujos clínicamente reconocidos. El resultado alejado ha sido más eficaz que con la cirugía sola y no tenemos que lamentarnos por complicación de entidad imputada a los agentes esclerosantes.

Hemos practicado un total de 200 inyecciones retrógradas, con diversos agentes esclerosantes, de los cuales, 165 con oleato de etanolamina, el que preferimos:

- a) por conocer su composición exacta;
- b) por no tener ningún accidente alérgico o de otra índole (tampoco conocemos referencias);
- c) es eficaz como agente trombosante y de acción regular;
- d) la flebitis química que provoca es de suma tolerancia.

Factor social

Las várices y sus complicaciones son desheredadas de la clínica.

La úlcera se coloca en un rincón de la sala y soporta su etiqueta y su invalidez.

La curación, sea cual sea el método, puede devolver a la actividad productiva a una persona que por los demás conceptos suele ser en general sana o capaz.

Desde este punto de vista las complicaciones de las várices son muy importantes de tratar.

Afecciones más graves clínica y quirúrgicamente y que merecen una gran sanción terapéutica no devuelven como éstas un individuo útil una vez que se le haya quitado su invalidez.

Resultados: Sobre los intervenidos fueron vueltos a ver 94 enfermos, a plazos que varían de 2 meses a 4 años.

Cuarados	43
Mejorados	33
Quedan várices	15
Quedan úlceras	3

94

se continúa tratándolos.

SEÑOR PRESIDENTE. — Ha terminado la consideración del temario. Corresponde ahora entrar a la discusión.

El congresal que desee hacer uso de la palabra, dispondrá de cinco minutos.

DOCTOR CHIFFLET. — Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE. — Tiene la palabra el doctor Chifflet.

DOCTOR CHIFFLET. — Haré uso de la palabra, señor Presidente, únicamente para traducir mi estado espiritual de amplia satisfacción, al tener la impresión de que los trabajos leídos hoy dan un enfoque completo del problema de las várices, que es por cierto bien complejo.

Creo que debemos, en primer término, felicitar al doctor Bortagaray por su completo relato respecto de este tema. El relato del doctor Bortagaray tiene la característica de decir las verdades que son verdades y de exponer las dudas sobre problemas que levantan dudas en esta difícil cuestión de las várices.

De lo que ha dicho el doctor Bortagaray, hay un hecho sobre el que debe insistirse, y es este: que no todas las várices son iguales, y que es necesario estudiar detenidamente cada varicoso para llegar en definitiva a la aplicación del tratamiento respectivo.

Ha dicho otra cosa en la que lo acompaño completamente, y es que la acción del cirujano no debe ser la de pretender curar al varicoso en un solo acto operatorio; que es preferible la intervención quirúrgica fundamental y luego dar tiempo al estudio ulterior, para, en pequeñas intervenciones complementarias, poder hacer la cura definitiva.

En ese sentido también acompaño las expresiones del doctor Cendán de que los varicosos aun no curados, a los pocos días del primer acto operatorio, pueden verse curados ulteriormente, y que es preferible dejar al varicoso con una pequeña aparente persistencia de una várice en la pierna después de la intervención, y no pretender curarlo definitivamente en esa operación primera y dejar serias complicaciones.

Soy contrario de la inyección retrógrada esclerosante. Creo que un varicoso bien estudiado puede ser sometido a una intervención quirúrgica a campo abierto, y hacer la resección de todos los lugares donde hay que hacer una resección por insuficiencia valvular. Creo que la inyección retrógrada es una inyección hecha a ciegas, que no solamente oblitera lo que tiene que obliterar, sino que va más allá. En abono de esta opinión tengo el recuerdo de enfermos a los cuales se les hizo la inyección en 1936, después de haberla visto realizar en Boston, habiendo quedado dos con serios problemas de sus miembros inferiores debido a que se les había esclerosado venas comunicantes que no debían de haberse esclerosado.

De manera que, me parece, en el momento actual y en la etapa a que hemos llegado del tratamiento quirúrgico, debemos ir a cielo abierto, llegar a lo que hay que llegar, y no hacer una inyección que puede tener efectos nocivos, justo allí donde no queremos llegar.

La importancia del tema ha sido resaltada por todos los comunicantes. Ha sido también interesante la exposición del doctor Cerruti, a

mi modo de ver, al ubicar el problema desde el punto de vista social, sobre el que también han sido precisos otros comunicantes.

Además, como decía el doctor Musso, el ulceroso de várices era un desheredado de la sala de cirugía, y han de figurar en muchos servicios enfermos que ingresaron con úlceras, que salieron al mucho tiempo curados aparentemente con el reposo, y que después debieron ingresar nuevamente.

Otro aspecto al cual quería referirme, es a una manifestación un poco categórica del doctor Suiffet; no sé si habrá sido ese su ánimo, pero dijo que todas las várico-flebitis deben ser operadas. Creo que dentro del capítulo de las várico-flebitis existen indicaciones netas y concluyentes, como las de los casos por él observados, cuando el proceso várico-flebítico ha pasado de la rodilla para arriba y hay que temer, lógicamente, una posible trombosis y embolia consecutiva del territorio de la femoral; pero creo que la práctica sistemática de la intervención quirúrgica en las várico-flebitis que están en la pierna, por debajo de la rodilla, que rodean a veces algunas pequeñas lesiones ulcerosas, puede ser exagerada. Creo asimismo que a esos enfermos con la inmovilización correspondiente, con los antibióticos, se les puede hacer ulteriormente el tratamiento racional y definitivo de las várices.

Nada más, señor Presidente.

SEÑOR PRESIDENTE. — La Mesa ofrece la palabra a los señores congresales.

Si no se hace uso de la palabra, quien ocupa la Presidencia desea hacer unas consideraciones sobre un material que se ha permitido traer. Como la Mesa ha sido severa con los congresales en lo que se refiere al tiempo, tendremos que cumplir, desde luego, como todos. De manera que sólo podremos mostrar unas placas, a lo sumo.

Estamos completamente de acuerdo con el comunicante cuando critica las inyecciones esclerosantes, y les mostraré este documento que lo comprueba. Esta flebografía pone de manifiesto en el muslo, una hermosa comunicante. Suponiendo que haya sido reseca la safena hasta este punto, al hacer la inyección por el cabo proximal esa inyección puede pasar por esa comunicante e ir a esclerosar el vaso principal. Por esa razón nosotros no la hacemos nunca, somos contrarios a esa inyección, y creemos que aunque en un primer momento no se vieran trastornos, éstos pueden aparecer ulteriormente.

Veamos otro caso. Corresponde también a una safena que tiene alteraciones de estrechamiento de su calibre, tanto arriba como abajo, que puede ser debido al espasmo o que puede ser debido a lesiones de tipo escleroso. Además, se pueden ver esas várices bien desarrolladas, con dilataciones bien grandes, y que requieren un tratamiento quirúrgico.

No podríamos tratar una serie de casos ahora, pero sí demostrar que somos partidarios, muy partidarios, del empleo de la flebografía. En este otro caso, por ejemplo, se pone bien de manifiesto las enormes várices que tiene esa pierna, y sobre todo las comunicantes que existen. Es cierto

que la clínica puede poner de manifiesto el sitio preciso de estas comunicantes. Pero la flebografía nos pone de manifiesto el carácter, la morfología de esas várices y sobre todo de esas comunicantes, pudiendo hacer la extirpación perfecta.

Somos grandes partidarios de la flebografía, porque no hemos visto ningún accidente con ella; incidentes, muy pocos. Usamos el noxilán.

Veamos un caso de trombo flebitis. Flebografía. Safena externa por compresión, se visualiza el trombo, falta el relleno de la femoral, trombosis, operación, extracción y extirpación del trombo, ligadura. Se ven las venas superficiales. En la parte superior vemos que los vasos profundos se pronuncian, pero con una falta de relleno. Diríamos que es una vena que ha sido tomada por la polilla, y precisamente eso nos permite diagnosticar la trombosis que tenía. Se hizo la operación, el vaciamiento, la resección, y este enfermo curó perfectamente.

Un último caso que vamos a mostrar, corresponde a un enfermo de 45 años, tejedor. Hace 8 años, tromboflebitis post apendicectomía. La primera flebografía es esta. Se comprueba la trombosis que tiene este enfermo, y estos vasos profundos bastante mal inyectados. Entonces, haciendo el procedimiento que indica el doctor Ferreira de Buenos Aires, y que ha hecho aquí, se realiza, con el enfermo de pie, una incisión a nivel del cayado de la safena externa, se introduce el catéter, se hace la inyección de la sustancia, y se ve un obstáculo, la vena ocluida completamente. Se hace la inyección del miembro y podemos observar el reflujo que se produce y se manifiesta el relleno de la parte superficial, y sobre todo se pone bien de manifiesto las comunicantes, pero con alteración y falta de relleno de los vasos profundos. Entonces, en el acto operatorio, para tratarle esas várices, se hace la inyección por el cabo proximal de la safena. Se ve el relleno de los vasos profundos que llega hasta la poplítea y ahí está ocluida. Se encuentran todas esas várices que persisten, precisamente por ese reflujo. En ese momento nuestro asistente, el doctor García Guelfi, le hace la extirpación de la vena poplítea, que está con un coágulo, con una trombosis coagulada; se destapa y este enfermo hace ya dos años que trabaja perfectamente y no tiene ningún trastorno.

Estos son los comentarios que se pueden hacer al tema, dada la limitación del tiempo, lamentando que no se puedan considerar otros casos donde la persistencia de una colateral ha permitido que se haya producido una recidiva de várices, y nos ha llevado a la conclusión de que la parte clínica debe ser complementada por la flebografía, que es un elemento de primer orden.

(Aplausos)

—Tiene la palabra el señor Relator, Dr. Bortagaray.

DOCTOR BORTAGARAY. — Debo, primeramente, agradecer a los doctores Suiffet, Cendán, Musso y Prat, que con sus contribuciones hayan completado mi trabajo, que en algunos aspectos es insuficiente, por motivos ajenos a mi voluntad.

Al Profesor Chifflet debo agradecer sus conceptos sobre mi relato; y a los señores congresales la tolerancia y la paciencia con que me han escuchado.

Por último, quiero hacer votos porque este Congreso, que se ha iniciado en forma tan auspiciosa, pueda reunirse todos los años.

SEÑOR PRESIDENTE. — La primera sesión del Primer Congreso Nacional de Cirugía ha terminado con un éxito y una brillantez como ustedes han podido comprobar.

La Mesa cree de su deber felicitar al miembro relator y a todos los que han colaborado en esta primera sesión. Ha sido brillante el relato y muy buenas las comunicaciones — descartando la última, desde luego —, y es de esperar que este resultado se vaya superando en las próximas sesiones.

Yo me permitiría hacer una pequeña crítica, y es esta: que hubiera deseado que las ponencias de nuestros colegas de campaña, hubieran superado a las de los de Montevideo. Sin embargo, se ha producido la inversa. Quizá en los días siguientes sea al revés, que haya más ponentes de campaña que de Montevideo. Hay interés, estoy seguro, en oír la palabra de todos nuestros colegas de la campaña.

Me dice el señor Secretario que hay una invitación para un cocktail. Pero antes de dar la sesión por terminada, me permito dirigir la palabra muy particularmente al doctor Ardao. La actitud generosa y elegante del doctor Ardao, me ha obligado a actuar como Presidente ad-hoc, cosa que he hecho con mucho gusto, con toda satisfacción, y no tengo palabras para agradecerlo a la Asamblea. Ese gesto lo tomo como venido no para mí, sino dirigido al profesorado titular de la Facultad de Medicina. Posiblemente, como se cumple el 75º aniversario de la Facultad, quizá la Asamblea ha querido rendir un homenaje de esa naturaleza; lo acepto.

Pero creo que el doctor Ardao, que ha sido elegido por aclamación, mañana debe venir a ocupar este puesto que le corresponde, y ahí no cabe poder escaparse a otra función. Quiero, por último, expresar que si mañana no vengo por aquí no lo tome la Asamblea como un desaire, sino que será por imposibilidad absoluta; pero esté segura la Asamblea que mañana el doctor Ardao estará en su puesto.

(Aplausos)

DOCTOR ARDAO. — Permítame, doctor Prat!

SEÑOR PRESIDENTE. — El doctor Ardao no tiene nada que agregar. Queda terminado el acto.