

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS INSUFICIENCIAS VENOSAS CRONICAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES

Dr. ALBERTO VALLS

INDICACIONES Y PRINCIPIOS DE TECNICA

El tratamiento quirúrgico de las insuficiencias venosas, tiene sus indicaciones clínicas basadas en el conocimiento de la patología, radiología y tensiometría.

Del punto de vista clínico, tienen indicación operatoria:

A) Las lesiones del sistema venoso superficial del tipo de las várices tronculares, cuando se acompañan de permeabilidad del sistema venoso profundo. Esta se traduce por venas que no se colapsan con la elevación del miembro, por intolerancia a veces, de la venda elástica, por presión venosa por encima de 35 cm. en decúbito [Bértola (4)]. Por encima de esa presión no se deben extirpar las várices, lo mismo la flebografía puede mostrar obstrucción. Estas lesiones son pasibles de operaciones de restablecimiento de la luz venosa por injertos o trasplantes venosos [Palma (19)].

B) Las pequeñas várices radicales y telangiectásicas, sin insuficiencias valvulares, son las únicas que pueden ser tratadas por inyecciones esclerosantes.

En la mayoría de las situaciones, la flebografía no es imprescindible. En los enfermos con trastornos tróficos, la flebografía es importante para poner en evidencia las lesiones del sistema venoso profundo, competencia valvular y lesiones parietales, y de las comunicantes. En estos casos es importante completar con arteriografía, para evidenciar el papel de las fístulas arteriovenosas [Malan (17), Piulachs (20), Praderi (22), Suiffet (28)] y la linfografía para evidenciar las lesiones linfáticas asociadas.

CONTRAINDICACIONES

Hay contraindicaciones permanentes y temporarias [Canton (5)]:

A) *Permanentes*: Deficiencia arterial, enfermedades constitucionales severas, várices en ancianos.

B) *Temporarias*: Tromboflebitis, embarazo, enfermedad aguda, celulitis estática aguda o subaguda de pierna, obesidad, terapéutica esclerosante reciente.

CONDICIONES QUE DEBE LLENAR EL TRATAMIENTO QUIRURGICO

Debe basarse, en lo posible, en la etiología; podemos seguir la clasificación de Cendán (6): por insuficiencia valvular, lesión parietal, obstáculos mecánicos, fistulas arteriovenosas.

En el conocimiento de las lesiones venosas se hizo luz, desde los trabajos de Verneuil (30), de la importancia de las lesiones venosas profundas, lo que llevó a la cirugía de interrupción de las venas profundas, poplítea [Bauer (3)], femoral superficial, por debajo de la femoral profunda [Linton (13)], ligaduras escalonadas [Piulachs (20)], en pierna (Degni). La tendencia actual está en extirpar la circulación venosa superficial e interrumpir las venas comunicantes, que son las principales responsables de los trastornos tróficos [Homans (10, 11), Dodd y Cocket (8), y Luke (16)].

Las condiciones que debe llenar el tratamiento quirúrgico de las várices, son:

- 1) Adecuada ligadura y resección alta de los cayados en la unión safenofemoral o safenopoplítea, con todas las colaterales a su nivel.
- 2) La remoción cuidadosa de todas las venas superficiales incompetentes, principio sostenido por Dodd y Cocket.
- 4) La resección y ligadura de todas las comunicantes y perforantes incompetentes en el muslo, pierna y pie, con las arterias perforantes.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

El tratamiento quirúrgico de las lesiones venosas está dirigido a corregir:

A) Las manifestaciones dolorosas y edematosas, para las que Gerald Pratt (23) hace simpatectomía lumbar con buenos

resultados, según él. Operación que debe preceder a la cirugía directa de las venas.

B) Tratar el linfoedema asociado, por resecciones de piel y tejido celular.

C) Tratamiento de las lesiones trofoculcerosas, que puede llegar a la extirpación, eliminando con ella zonas de comunicaciones arteriovenosas.

D) El tratamiento quirúrgico del sistema venoso, del que nos ocuparemos.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SISTEMA VENOSO

a) *Del sistema venoso superficial*

Puede hacerse con anestesia local o general, esta última en operaciones extensas o con fleboextracción, aunque se puede hacer con anestesia local, infiltrando el trayecto venoso y haciendo la anestesia del nervio safeno interno (Dodd y Cocket).

La extirpación del sistema superficial comprende 1) la cayadectomía de la safena interna; 2) menos frecuentemente, extirpación de safena externa con su cayado; 3) extirpación de los territorios venosos.

1) *La cayadectomía* la hacemos por incisión oblicua abajo y adentro, debajo del pliegue inguinal, 2,5 cm. por fuera y abajo de la espina del pubis. Debe disecarse la vena hasta ver su desembocadura en la vena femoral y las caras anterior e interna de ésta, por encima del ligamento falciforme de Allan Burns, totalmente libre de afluentes. Puede pasar desapercibida la vena subcutánea abdominal gruesa, descendente, colocada exactamente delante de la vena femoral. Debe ligarse y seccionarse las safenas posterior y anterior, con las que se puede hacer fleboextracción. El cayado está más adentro y arriba de lo que se piensa, y los ganglios linfáticos, a evitar, quedan por fuera.

2) *La extirpación de la safena externa* con su cayado. Se debe evitar incisiones longitudinales que crucen los pliegues. Hacemos incisión horizontal por encima del pliegue poplíteo. Se incide la aponeurosis y se diseca la vena hasta la poplíteo, ligando afluentes y comunicantes con safena interna. Se debe cuidar el nervio safeno externo. Se puede completar con fleboextracción por incisión retromaleolar.

3) *Extirpación de las venas superficiales.* Se puede hacer incisiones escalonadas, oblicuas, en tercio superior, medio e inferior de pierna, pudiendo en esas circunstancias llegar hasta

el plano aponeurótico y después disecarlas y ligarlas contra la cara profunda de la piel. Se puede agregar la rotura digital de comunicantes y después vendaje compresivo (operación de Klap-pel). Estas incisiones reemplazan la gran incisión de Alglave y Terrier. Actualmente usamos la fleboextracción, ya ideada por Mayo en 1904 (fleboextracción externa), por Babcock, Linton, Zollinger y Gilmore. Gerald Pratt usa un fleboextractor corto, lo que lo obliga a hacer una incisión en rodilla, lugar de salida de comunicantes y de confluencia de troncos superficiales y liga la vena a la entrada y la salida del fleboextractor con lo que saca la vena sin invertirla. Este método se usa actualmente en la Mayo Clinic [Myers (18)]. Se puede descubrir la vena safena interna debajo de la fascia superficialis, en el cuello del pie, en un triángulo entre el tendón del tibial anterior, borde anterior de tibia y una línea que pasa por el vértice del maléolo. Se pasa el fleboextractor hasta la incisión inguinal y se hace tracción desde la región inguinal. Si se detiene en algún lugar se incinde, se ligan afluentes, se recanaliza y se prosigue. A veces hay safenas dobles o afluentes gruesos a los que se puede hacer fleboextracción.

No hicimos nunca inyecciones esclerosantes por el cabo distal de la vena. Lofgred, Myers y Webb (15) exponen la experiencia de la Clínica Mayo, dicen que la cayadectomía con inyección esclerosante retrógrada fue seguida de un porcentaje desusual de recidivas.

Politowski, Szpak y Marszalek (21) hacen tratamiento por electrocoagulación, con electrodos largos introducidos en las venas, y comunican buenos resultados de cinco años.

Los resultados de la fleboextracción son excelentes, de acuerdo a nuestra experiencia. Las comunicantes, responsables de los trastornos tróficos, no son sacadas jamás por la fleboextracción.

b) *Tratamiento de las comunicantes incompetentes*

Las comunicantes incompetentes se ponen de manifiesto por tumefacciones venosas, la palpación de los orificios en la aponeurosis y la flebografía. Ya Homans habla de extirpar las comunicantes en 1916.

Sherman y R. Stanton (26, 27), dicen: "Como resultado de estos estudios, nos hemos convencido de que la eficacia de cualquier tratamiento de venas varicosas, se halla en relación directa con la posibilidad de que el operador extirpe las venas perforantes insuficientes, dondequiera que ellas se hallen".

Sherman, en 1944, estudió las comunicantes e ideó una técnica en que ligaba las comunicantes contra la vena femoral,

profunda, subaponeurótica a nivel del canal de Hunter; pero en 1949 reconoce la rareza de su incompetencia en el muslo y estudia las comunicantes de pierna. Distingue comunicantes internas, las más frecuentes, que abordan por incisiones separadas; ánteroexterna, delante del tendón del tibial posterior; posterior, que unen safena externa a través de los gemelos con los sistemas profundos; externa, por detrás del tabique intermuscular externo y el ánteroexterno.

Linton (12, 14) estudia las comunicantes y pone en evidencia venas venidas de las tibiales anteriores que van por la cara posterior de la tibia, pegadas al periostio transversalmente hacia adentro y atraviesan la aponeurosis para reunirse al sistema superficial. Para ligarlas es necesario disecarlas contra el periostio. Por ese motivo, a su operación de extracción de las safenas y ligadura con resección de la vena femoral superficial (1948), agrega su técnica de 1953, de incisión longitudinal, posterior al borde interno de la tibia y retrosubmaleolar, cóncava arriba y adelante con sección de aponeurosis. Se decola ésta del plano muscular. Por el colgajo anterior se interrumpen las comunicantes internas; después contra el periostio, las comunicantes de la tibial anterior. Se secciona la aponeurosis contra el borde interno de la tibia. Se descubre la vena safena interna, que se saca por fleboextracción hacia la ingle y borde interno del pie.

El Prof. Héctor Ardao (2) presentó 15 casos con sólo 2 recidivas de úlceras, y los restantes 13, de muy buen resultado. En su Clínica y en el C. A. S. M. U., realizamos 15 veces esta operación. Una vez sólo con ligadura de la femoral (que se practica si la presión no sube a más del doble). Uno sólo hizo una recidiva de úlcera a los dos meses. Un enfermo del C. A. S. M. U., hizo una infección en la parte distal de su incisión, que curó al cabo de dos meses. Uno vio atenuarse su pigmentación de pierna.

Estamos de acuerdo con Dodd y Cocket, Luke y G. Pratt, en que lo fundamental es la interrupción de las comunicantes. Dodd y Cocket hacen una incisión por detrás de la tibia, baja, subcutánea, en casos en que la piel no adhiere a la aponeurosis, extirpando las comunicantes en el tejido celular subcutáneo.

Felder (9) hace una variante de la técnica de Linton, con incisión en posterior de pierna, donde queda la costura de la media; decola la aponeurosis, y por vía subaponeurótica interrumpe igual las comunicantes. Cuando hay comunicantes del grupo ánteroexterno, secciona los tabiques externo y ánteroexterno, decola la aponeurosis hasta el borde anterior de la tibia, que por el otro colgajo fue decolado hasta el borde posterior. Esta ampliación no es frecuente.

Cigorraga, Iparraguirre, Braga y Apaza Murguía (7), hacen sección transversal de la piel y aponeurosis, desde el borde pos-

terior de la tibia hacia atrás, algo por debajo del pliegue poplíteo y pasan un escoplo hacia abajo, destruyendo todas las comunicantes.

Albanese (1), por pequeñas incisiones por vía supraaponeurótica, pasa escoplos rectos y curvos de 23 cm. de largo, destruyendo las comunicantes rasando el periostio.

Esta cirugía se hace para tratar venosos con trastornos tróficos, cuyo máximo es la úlcera. En nuestro Servicio se hace el tratamiento previo de ella, ya sea médico con reposo, aplicación de antisépticos [hexaclorofeno, como vimos hacer a Gerald Pratt (23)] y antibióticos, y cuando no presenta tendencia a curar o cuando la arteriografía muestra comunicaciones arteriovenosas, quirúrgico, reseca en forma amplia el territorio cutáneo alterado, junto con las venas superficiales y comunicantes subyacentes. La pérdida de sustancia se cubre con un injerto de piel libre.

c) *Tratamiento de la circulación profunda venosa*

Consiste, cuando se demuestra incompetencia de ésta, en destrucciones valvulares, venas dilatadas e irregulares, en interrumpir la vena por ligadura y resección, ya sea la poplítea [Bauer (3)], femoral superficial [Linton (13)], ligaduras escalonadas de femoral, poplíteo e ilíaca [Piulachs (20)], o venas de la pierna (Degni).

La tendencia actual en EE. UU. y Canadá, es a no interrumpir la circulación profunda. Dodd y Cocket dicen que sólo se debe hacer cuando después de la operación de comunicantes persiste dolor a nivel de los gemelos.

Se puede realizar la liberación de la vena ilíaca de la ganga fibrosa y de la arteria ilíaca interna en los sufrimientos postflebíticos [Wanke (31)], tema que nosotros tratamos (29) realizando una intervención de ese tipo sin éxito. Servelle (24, 25), en síndromes de Klippel-Trenaunay donde comprobó compresiones venosas en región poplíteo y muslo, realizó la liberación de las venas correspondientes, seccionando bridas fibrosas, vasculares o nerviosas con mejoría.

Se ha reseca la vena ocluida con el sentido de una arteriectomía. Se ha buscado restablecer la luz por injertos. Kunlin ideó, para evitar el colapso de la sutura, apoyarla en un anillo de vitalio. Warren (32), en 1954, hizo anastomosis de safena interna del mismo lado a la poplíteo. En nuestro medio, el profesor Palma se ocupó, en un conjunto de trabajos, de este problema, usando la vena safena del otro lado y después injertos de vena para restablecer la luz. Luke, en Canadá, me habló de 3 enfermos a los que realizó un "by pass" venoso cavoiliaco en obstrucciones de la ilíaca, con buen resultado de tres años.

d) Interrupción de las comunicaciones arteriovenosas

Se puede hacer en las fistulas congénitas, la extirpación de los tejidos asiento de las fistulas [Serville (25)] y la sección de las ramas de las arterias que las nutren. En el tratamiento de las comunicantes, en los varicosos, al interrumpir aquéllas, se seccionan las arterias perforantes, que son las que establecen las comunicaciones arteriovenosas superficiales en esos casos, responsables de los trastornos tróficos. Cuando se extirpa la piel en zonas tróficas, se extirpan fistulas arteriovenosas [Gerald Pratt (23)].

BIBLIOGRAFIA

1. ALBANESE. "Angiology", 13: 268; 1962.
2. ARDA●, H.—"Bol. Soc. Cir. del Uruguay", 30: 265-274; 1959.
3. BAUER, G.—"Angiology", 6: 169-189; 1955.
4. BERTOLA y ESTIVILL. "P. M. A.", XLIII: 2155; 1956.
5. CANTON.—"P. M. A.", XLV: 1721; 1958.
6. CENDAN ALFONZO, E.—"Clasificación clinicopatológica". (Colaboración al primer tema oficial del 1er. Congr. Urug. de Cir, pág 91. 1950.) CIGORRAGA; IPARRAGUIRRE; BRAGA y APAZA MURGUIA.—"Bol. Soc. Arg. Cir.", 7: VIII; 58.
8. DODD, H. and COCKET, F. B. "The Pathology and Surgery of the veins of the Lower Limbs". Edimburgh and London, 1956.
9. FELDER, D. A.; Murphy, Th. and Ring, D. M.—"Surg. Gyn. and ●bst.", 100: 730; 1955.
10. IFOMANS.—"Surg. Gyn. and ●bst.", 22: 143; 1916.
11. -----.—"Surg. Gyn. and ●bst.", 24: 300; 1917.
12. LINTON, R.—"Ann. Surg.", 107: 582; 1938.
13. "Surgery", 24: 452; 1948.
14. "Anales de Cirugía", 12: 1597; 1953.
15. LOGFRED; MYERS and WEBB.—"Surg. Gyn. and ●bst.", 102: 729; 1956.
16. LUKE, J.—"Canad. M. A. J.", 61: 270; 1949.
17. MALAN, E.—"Lyon Chir.", 50: 641; 1955.
18. MYERS.—"Surg. Clin. N. America", 35: 1147; 1955.
19. PALMA, E. and ESPERON, R. "Angiology", 11: 87; 1959.
20. PIULACHS.—"Angiology", 4: 59; 1953.
21. POLITOWSKI, M.; SZPAK, E.; MARZALEK, Poland.—"Surgery", 56: 355; 1964.
22. PRADERI, R.—Estudios de los cortocircuitos arteriovenosos en la patología venosa de los miembros inferiores. "Bol. Soc. Cir. del Uruguay". N° 3; 1964.
23. PRATT, G.—"Surg. Gyn. and ●bst.", 118: 284; 1964.

24. SERVELLE, M.—“Pathologie Vasculaire”. Masson et Cie. Paris, p. 235; 1952.
25. -----—“O'Edèmes Chroniques des Membres Chez l'enfant et l'adulte”. Masson et Cie, 1962.
26. SHERMAN and STANTON, R.—“Ann. Surg.”, 120: 772; 1944.
27. -----—“Ann. Surg.”, 130: 218; 1949.
28. SUIFFET, W.—“Bol. Soc. Cir del Uruguay”, XXX: 302; 1959.
29. VALLS, A.—“Cirugía de la vena ilíaca y de la vena axilar”. XXI curso de graduados, Prof. del Campo, pág. 42; 1957.
30. VERNEUIL.—“Gaz. Méd. Paris”, 10: 524; 1855.
31. WANKE.—“Chirurgie der grossen Koerpervenien”. Stuttgart, 1956.
32. WARREN, R. and THAYER, Th.—“Surgery”, 35: 867; 1954.