

RESULTADOS
DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO
DE LA INSUFICIENCIA VENOSA PROFUNDA
CRONICA DE LOS MIEMBROS INFERIORES

Dr. RUBEN SIANO QUIROS

Tema singularmente difícil y extenso para ser considerado "in toto", se da en los síndromes de insuficiencia venosa crónica (I.V.P.C.) un conjunto de factores que gravan negativamente su mejor conocimiento: exceso de métodos de estudio, profusión de procedimientos terapéuticos, resultados no siempre satisfactorios con la totalidad de las técnicas propuestas, escepticismo de médicos, renuencia de los pacientes al necesario cambio de hábito de vida, etc. Desde hace años los resultados permanecen invariables, lo que unido al progresivo engrose de la legión de pacientes confiere a esta patología características de problema social. El haber elegido tal tema para ser considerado en este XV Congreso Uruguayo, expone claramente la preocupación de sus organizadores por propender al esclarecimiento de algunos —ya que es imposible en el momento actual de la flebología establecer conclusiones definitivas— de los múltiples problemas que le son inherentes. En el Río de la Plata el estudio de las afecciones venosas ha sido encarado con responsabilidad y criterio; discutir aquí sobre lo que se ha llegado a conocer, lo que permanece oscuro y lo que puede ofrecer el futuro, ha de resultar de sumo provecho, con lo que la finalidad perseguida se logrará plenamente y ratificará la necesidad de tratar el problema con mayor asiduidad.

En mi país, numerosos grupos especializados trabajan intensamente y son notorios los aportes de los cirujanos argentinos a la moderna flebología; por ello me resulta sumamente grato, a la vez que honroso, representarlos para intercambiar opiniones con las descollantes figuras uruguayas que han sido designadas. Por esta doble razón, deseo dejar debidamente expresado mi agradecimiento a la invitación que se me formulara.

Pertenezco a la escuela del inolvidable Julio Díez; en su Servicio, bajo su dirección, trabajando y aprendiendo con G. F.

Cottini, E. D. Díez y H. A. Ferrando —recientemente desaparecido en la mejor edad— nos formamos los más jóvenes. A sus enseñanzas y a la labor experimental y clínica que luego desarrolláramos, siguió el ajuste de nuestro criterio, con las imprescindibles modificaciones que imprime la evolución. Por ello, al referirme al subtema que me corresponde desarrollar, lo haré en primera persona del plural, pues si bien algunas impresiones son personales, ellas están cimentadas en una tarea conjunta realizada durante más de una década.

Por razones obvias no recurriremos a la bibliografía sino en contadas ocasiones, ya que deseamos exponer claramente cuál es nuestra posición y cuál ha sido la experiencia que a ella nos ha guiado.

No puede decirse que exista un tratamiento quirúrgico de la I.V.P.C.; las flebopatías valvulares y la cirugía venosa derivativa, que podrían ser consideradas técnicas fundamentalmente fisiopatológicas de acción directa sobre la afección, aún se hallan en el comienzo de su desarrollo. Puede, en cambio, afirmarse que el tratamiento quirúrgico en la actualidad está dirigido a las secuelas del proceso en sí; más aún, circunscribiendo el tema con mayor exactitud, a las secuelas derivadas de la insuficiencia venosa a nivel superficial; expresión que encuentra apoyo en la carencia de tratamiento adecuado de las manifestaciones óseas, musculares y tendinosas, las que, como es conocido, trasuntan directamente la insuficiencia profunda.

Resulta así que al referirnos al tratamiento quirúrgico de la I.V.P.C. debemos entender que nos referimos al tratamiento de la red venosa superficial dilatada, del edema, de los trastornos tróficos, ulceraciones, celulitis indurativa y pigmentaria, alteraciones hemodinámicas, etc. Desde este punto de vista, que quizás tenga el vicio de ser excesivamente práctico y esquemático, desarrollaremos nuestro trabajo.

TRATAMIENTO DEL SISTEMA VENOSO SUPERFICIAL INSUFICIENTE, SECUNDARIO A I.V.P.C.

En nuestra experiencia ha sido y es estrictamente quirúrgico. La remoción total de los sistemas safenos, y de las vârices no sistemáticas, constituye una indicación formal en la totalidad de los casos debidamente diagnosticados. En un porcentaje que estimamos en el 50% es el único paso del tratamiento quirúrgico; en otro 50% constituye un paso previo o concomitante a las resecciones del S.C., procedimientos plásticos u operaciones sobre el sistema profundo. Son bien conocidas las tácticas y téc-

nicas operatorias en uso, por lo que no abundaremos en estos aspectos; solamente deseamos establecer que la indicamos cuando:

- existe insuficiencia superficial;
- se comprueba flebomanométricamente por pruebas con lazos que mejora la descarga y se alarga el tiempo de recuperación;
- independientemente —siempre que se cumplan las demás premisas— de la existencia de edema, pigmentación, celulitis, trastornos tróficos, etc.;
- no existan procesos inflamatorios en actividad.

TRATAMIENTO DEL SISTEMA COMUNICANTE INSUFICIENTE SECUNDARIO A I.V.P.C.

Lo realizamos “a posteriori” o contemporáneo al tratamiento del S.V.S. y “a priori” o contemporáneamente a procedimientos plásticos, cuando:

- esté correctamente comprobada la insuficiencia comunicante, requisito que cumplimos con pruebas clínicas, radiológicas y flebomanométricas;
- en los primeros años de nuestra experiencia la indicábamos “a posteriori” de la ligadura y resección de la vena poplítea; actualmente no subordinamos la indicación;
- no se trata de una forma clínica puramente edematosa o varicosa;
- no exista mejoría con la supresión del S.V.S. y tratamiento médico de sostén.

Hemos utilizado tres técnicas principales:

- Linton interna cuando el proceso indica la predominancia de comunicantes del grupo ánterointerno;
- Felder cuando el proceso indica la predominancia del grupo ánteroexterno;
- Cigorruga cuando existe predominancia del grupo ánterointerno y no existen trastornos tróficos.

Creemos que no existen mayores diferencias entre éstas y otras técnicas en difusión; sus principios son similares y sus complicaciones comunes.

No tenemos experiencia con la técnica de Mungioli-Degni.

Tanto con la técnica de Linton como con la de Felder, asociamos la exéresis de una amplia lonja aponeurótica, exista o no compromiso linfático manifiesto.

PROCEDIMIENTOS PLASTICOS

Al comienzo de nuestra experiencia fuimos parcos en la indicación de injertos, a la vez que los que practicábamos eran de extensión reducida. En la actualidad compartimos los conceptos de O'Connor de practicar resecciones muy amplias, incluida la aponeurosis, con injerto inmediato sobre plano musculotendinoperióstico. Resulta difícil precisar sus indicaciones, pero creemos que nuestro pensamiento quedará claro si anotamos que:

- no creemos deba injertarse una úlcera; creemos que debe resecarse ampliamente e injertarse el lecho cruento;
- no debe injertarse sin cirugía previa o contemporánea del S.V.S. y C.;
- aunque no exista úlcera, la celulitis indurativa recidivante y el eczema crónico recurrente sobre una placa de dermatitis ocre, constituyen indicación de resección e injerto.

LIGADURA Y RESECCION DE LA VENA POPLITEA

Nuestra experiencia con esta operación reconoce dos épocas; en la primera se indicó de acuerdo a las siguientes premisas:

- posterior a la resección del sistema venoso superficial y comunicante;
- siempre que existiese evidencia flebográfica de reflujo;
- la proscribíamos en las formas puramente edematosas o varicosas;
- precozmente, cuando se han normalizado las manifestaciones de trombosis agudas, en profilaxis de recanalización.

En una segunda etapa, luego de la incorporación de la flebomanometría y luego de analizar los resultados hasta entonces obtenidos (1958), se modificó el criterio y desde entonces se indicó:

- posteriormente de la realización de cirugía sobre el S.V.S. y C.;
- cuando existía insuficiencia de evacuación flebomanométrica, con valores de descenso superior al 25%;

- en presencia de gran reflujo en golpe de ariete con tiempo de recuperación flebomanométrico inferior a 25 segundos;
- se contraindicó en los pacientes con porcentaje de descenso inferior al 25% y con tiempo de recuperación superior a 30 segundos;
- se contraindicó en las formas clínicas puramente edematosa y varicosa;
- precozmente cuando se han normalizado las manifestaciones de trombosis agudas, en profilaxis de recanalización, siempre que el estudio flebográfico indique la obstrucción de la vía principal de evacuación.

La operación fue realizada por nosotros de dos maneras: la primera por vía posterior con incisión transversal en el pliegue de la corva; la posibilidad de persistencia de reflejo a través de la vía de Norman o de persistencia de vena femoropoplítea, nos hizo modificar la vía de abordaje para prevenir estas situaciones; actualmente abordamos la poplítea por la vía que describiéramos en 1960, por incisión en la cara ánterointerna del tercio inferior del muslo, previo estudio radiológico, no para fundamentar la indicación, sino para determinar la existencia, tan frecuente, de anomalías del retorno venoso profundo.

VALVULOPLASTIA VENOSA EXTRALUMINAL

En 1960 desarrollamos una técnica para lograr formaciones valvulares venosas sin abrir el lumen vascular. Los resultados experimentales en el perro fueron muy satisfactorios. Luego del debido contralor de la experiencia, iniciamos su aplicación en el humano. El primer paciente operado lo fue en setiembre de 1961. De ahí en adelante se indicó de acuerdo al siguiente esquema:

- formas varicosas y edematosas, puras o asociadas, previa o contemporánea a la remoción del sistema superficial y comunicante;
- formas pigmentarias sin úlcera, previa o concomitante a la resección del sistema superficial y comunicante;
- no se la indicó en formas ulcerosas.

La técnica es la que previamente hemos publicado; la vía de abordaje la misma que empleamos para la ligadura y resección.

cion de la vena poplítea. La apreciación de los resultados se hace por flebomanometría pre y postoperatoria inmediata y observación de la evolución alejada.

DERIVACIONES VENOSAS

No hemos tenido oportunidad de practicar la anastomosis cruzada safenoilíaca propuesta por el Prof. Palma; en cambio, en una ocasión hemos confeccionado una anastomosis safenopoplítea con técnica personal y en otra una transposición de vena safena interna al plano profundo.

RESULTADOS

Sobre un total de 1.078 miembros con I.V.P.C. asistidos desde 1952 a 1964, se realizaron los siguientes tratamientos quirúrgicos:

Resección del sistema venoso superficial.— 672 operaciones. Fallecieron dos pacientes por causas concurrentes, no imputables al acto operatorio en sí.

No poseemos debidamente consignadas las complicaciones mayores en la serie completa; en la estrictamente personal, que reúne 296 resecciones superficiales en postrombóticos, hubo 2% de hematomas, 3% de linforragias por la herida superior, 4% de infección de heridas y 2% de apertura de úlceras por el paso del fleboextractor.

Por razones fáciles de comprender, nos es absolutamente imposible ofrecer un "follow up" riguroso. Solamente podemos referir impresiones estimativas sobre la evolución ulterior; para ello es necesario referir que tenemos mayor conocimiento de los pacientes que no obtuvieron beneficio que de aquellos en que la evolución fue favorable.

De los resultados inmediatos, en cambio, se obtienen referencias precisas: es favorable (cuidamos muy especialmente emplear la palabra curación en este síndrome) en la casi totalidad de los pacientes; apreciaciones flebomanométricas indican la mejoría de la descarga y la prolongación del tiempo de recuperación; la valoración subjetiva demuestra un buen porcentaje de casos el cierre de una úlcera, la desaparición de la rubicundez y eritrocianosis local, etc. De acuerdo a las pocas complicaciones observadas adoptamos dos pequeños detalles técnicos que nos han sido de utilidad:

- tratamos de realizar la fleboextracción lo más abajo posible del maléolo, generalmente en la cara ántero-interna del antepié; evitamos de tal modo una incisión en la zona ideal para la instalación del trastorno trófico;
- realizamos la fleboextracción desde la porción distal hacia la raíz del miembro con objeto que el paquete constituido por la vena enrollada sobre el vástago del aparato tenga fácil salida; pensamos que alguna úlcera postoperatoria inmediata, inexistente o cerrada al tiempo quirúrgico, pudo deberse a una extracción inversa con disección forzada de la región supramaleolar;
- asociamos la fleboextracción de la safena externa y de la anterior, toda vez que sea factible, aun cuando hasta ese momento no se hayan producido manifestaciones clínicas propias de insuficiencia.

De los resultados alejados, por lo expuesto anteriormente, no podemos extraer conclusiones; no resultaría serio que consideráramos curados a los pacientes que no han requerido asistencia posterior; por el contrario, estimamos que un buen número no han tenido solución del problema y, como es habitual, hayan recurrido a otros cirujanos en búsqueda de una curación que en la primera intervención no lograron. Conocemos pacientes con evolución favorable de hasta doce años con la sola supresión del sistema superficial, pero ello no autoriza a sentar definitivamente las bondades de la conducta seguida. Por otra parte, también hemos observado lo opuesto: la reaparición de los trastornos a los pocos meses y la reagravación progresiva de los síntomas.

Queda en nuestro ánimo la impresión que un 40% de los pacientes que ajustan su vida a normas adecuadas pueden evolucionar por años con buenos resultados funcionales; insistimos, de ninguna manera consideramos que se hallen curados. El 60% restante, seguramente ha de requerir en el futuro nuevos tratamientos.

Sistema venoso comunicante.—Las cifras que consignamos corresponden a la experiencia conjunta del Dr. G. F. Cottini y el autor.

Linton interna: 31 miembros operados; *Felder:* 36 miembros; *Cigorraga:* 29 miembros. En total 96 miembros intervenidos. Por ser personal esta casuística, así como menos numerosa, nos es posible mantenerla consignada con mayor estrictez.

Las complicaciones inmediatas han sido dominadas por la pérdida de piel (necrosis postoperatoria inmediata); de mayor o menor extensión la hemos observado en 14 operaciones de

Linton (48%), 17 de Felder (46%) y 3 en procedimientos de Cigorraga (10%). En un comienzo nos preocupó seriamente la extensión y elevada incidencia de la complicación; más adelante, cuando comenzamos a utilizar más los procedimientos plásticos, le atribuimos menor importancia. Tomamos la precaución de informar debidamente al paciente sobre la posibilidad, así como la necesidad de recurrir a injertos de piel si aconteciera; asimismo no ofrecemos sino la posibilidad de una pierna no ulcerada, apta para la actividad, sin otorgar atención mayor a los aspectos estéticos del problema.

Con el procedimiento de Cigorraga las complicaciones son menores, pero existen en proporción que consideramos no despreciable.

En la evolución alejada conocemos la suerte de 71 miembros:

- en 49 (con lapsos entre 1 y 10 años) los miembros se mantienen en buenas condiciones; úlceras cerradas, miembros indolores, nulo o discreto edema corregible por medios comunes;
- en 22 (entre 1 y 4 años) hubo recidiva de la úlcera y fue necesario recurrir a otros procedimientos (5 por operación de Linton, 6 de Felder y 11 de Cigorraga). Como se aprecia, con esta última técnica, no se logran resultados alejados tan satisfactorios como con los otros procedimientos consignados.

Procedimientos plásticos.—Fueron practicados por cirujanos del Servicio o por cirujanos plásticos que colaboran con el equipo. Se realizaron 66 injertos de piel sobre úlceras preparadas, 14 veces en estampilla. En años más recientes se practicaron 23 resecciones de la zona ulcerada o pigmentaria hasta aponeurosis inclusive e injerto de $\frac{3}{4}$ de piel sobre aponeurosis, músculo y periostio. En los últimos cinco años no se realizaron más injertos en estampilla, a los que consideramos una problemática, sí que mala, solución.

En 21 pacientes injertados sobre úlcera se perdió más del 50% del injerto; en los últimos 14 por resección e injertación bajo la aponeurosis se perdió en 3, menos del 30% de la superficie injertada. Estas cifras hablan bien a las claras a favor del buen éxito inmediato de esta técnica.

En forma alejada hemos obtenido datos de 16 pacientes (entre 3 y 9 años) con injerto sobre úlcera; en 7 se perdió el injerto y hubo necesidad de recurrir a una nueva operación; sobre 13 que controlamos con injerto luego de resección hemos podido comprobar la pérdida de la totalidad en un solo injerto; se produjo a los tres años de colocado.

Válvuloplastia venosa extraluminal.— La hemos utilizado en 7 pacientes con óptimo resultado hemodinámico inmediato. En todos los casos se acrecentó entre el 10 y 32% el porcentaje de descenso y en 6 se prolongó el tiempo de recuperación entre 23 y 50 segundos. La evolución se mantiene favorable en los 7 casos, pero no olvidamos que el lapso es muy breve (entre 6 meses y 3 años) para abrir juicio definitivo. Consideramos que es un procedimiento inocuo, en fase de desarrollo, y que solamente pasada una década podrá vislumbrarse con certeza cuál es su utilidad real.

Derivaciones venosas.— En un caso de anastomosis safenopoplítea realizada en un joven de 14 años con úlcera tórpida por I.V.C.P. de origen congénito, con indemnidad del S.V.S. obtuvimos un extraordinario resultado con curación sostenida durante seis años.

Con la trasposición de la vena poplítea al compartimiento profundo del muslo, en un caso similar al anterior, obtuvimos fracaso absoluto.

Ligadura y resección de la vena poplítea.— Se realizó en 115 miembros; 39 veces por vía posterior y 76 por vía ántero-interna. En 78 casos se practicó flebomanometría preoperatoria; en 54 F.M. postoperatoria y en 36 F.M. postoperatoria alejada entre 18 meses y 9 años).

Resultados hemodinámicos inmediatos: Porcentaje de descenso: En 31 miembros en que en el preoperatorio fue inferior al 25% de la cifra inicial, se halló en el postoperatorio inmediato:

- en 17: valores similares pre y postoperatorios;
- en 9: incremento del descenso entre el 15 y 50%;
- en 5: disminución del descenso entre el 15 y 50%.

En 23 miembros en que en el preoperatorio fue mayor del 25% de la cifra inicial:

- en 10, valores similares pre y postoperatorios;
- en 9, incremento del descenso entre el 15 y 30%;
- en 4, disminución del descenso entre 5 y 25%.

Modificaciones del tiempo de recuperación:

- en 41 casos se prolongó entre 11 y 90 segundos;
- en 8, no se modificó;
- en 5, se acortó entre 7 y 11 segundos.

Resultados hemodinámicos alejados: 36 casos controlados. El porcentaje de descenso: en 17 se incrementó entre 15 y 40%;

en 12 permaneció invariable y en 4 disminuyó levemente (se ignoran las cifras previas de 3 pacientes).

El tiempo de recuperación se prolongó entre 12 y 105 segundos en todos los casos, excepto dos que permanecieron invariables.

De este análisis se desprende que en algo menos de la mitad de los pacientes el porcentaje de evacuación con aumento del descenso flebomanométrico significa mejoría hemodinámica. Esta situación encuentra explicación en que al ser suprimida la vía principal de evacuación la sangre expulsada del miembro por el sístole estriado se ve compelida a transcurrir por venas intramusculares; por otra parte, en los cuatro quintos de los miembros estudiados el tiempo de recuperación se prolonga considerablemente, hecho imputable a la supresión del reflujo súbito al ser obstruída la vía principal.

En la evolución alejada conocemos los datos clínicos de 96 pacientes. En 30 (31%) el resultado fue excelente; en 18 (19%) bueno; en 27 (28%) regular y en 21 (22%) malo.

Interesa consignar que los mejores resultados fueron obtenidos en aquellos pacientes en que el porcentaje de evacuación fue superior a 20% y el tiempo de recuperación inferior a 30 segundos. Es por esta razón que hemos restringido la indicación a aquellos miembros que reúnen tales características flebomanométricas.