

REVISION DE TEMAS

Tratamiento Quirúrgico de la Enfermedad Varicosa con Total o Parcial Preservación de la Vena Safena para Injerto Venoso Autólogo

BERNARDO TIRADO P.

Palabras clave: Enfermedad varicosa, Incompetencia valvular, Doppler, Ligadura del cayado de la safena, Cirugía restrictiva, Injerto venoso autólogo, Trombosis venosa, Recurrencia varicosa.

“La cirugía ha seguido un paulatino pero certero movimiento, desde la exéresis de órganos hasta la restauración de ellos”

Exceptuando los casos severos de enfermedad varicosa primaria, existe la posibilidad durante la fleboextracción, de conservar total o parcialmente la safena interna (o la externa) cuando el sector se ha escapado de la línea de reflujo.

Cuando la safena proximal tiene insuficiencia moderada, la desconexión safeno-femoral (o safeno-poplítea) proximal a los afluentes del cayado y con conservación de ellos, favorece la integridad anatómica y funcional, quedando disponible para injerto autólogo. La ligadura de las perforantes y la resección de las tributarias varicosas es un tiempo indispensable en la técnica. Este procedimiento permite una indicación quirúrgica precoz, evitando el progreso extremo de la enfermedad.

INTRODUCCION

Entre la actitud tolerante y conservativa en la enfermedad varicosa primaria y la cirugía radical, hay un lugar para una cirugía precoz, restrictiva y menos radical, especialmente en las safenas (38).

Basados en algunas características de la distribución anatómica de las safenas, de las tributarias y de las perforantes, es posible en situaciones de moderada insuficiencia, respetar parcial o subtotalmente las safenas. Una de ellas es el reflujo por las tributarias, ilustrada por T.T. Myers (3) hace varios decenios; otra es la trasmisión de la insuficiencia de una safena a otra, descrita por varios autores (14 - 15 - 27).

El concepto expresado por Cockett (5) en 1956 de que las safenas presentaban mayor resistencia a la dilatación que sus tributarias da pie para conservarla, con la condición de tratar el sitio donde se origina el reflujo.

No serán consideradas las várices de la extremidad, originadas en otro sitio diferente a la safena, como es la incompetencia de las ramas extrapelvianas de la hipogástrica (14 - 27 - 5 - 28) o de las ováricas (16 - 17 - 18 - 19 - 20).

Se trata de un estudio anatomoquirúrgico en el cual sólo mencionaremos los aspectos metabólicos, histológicos, estructurales, enzimáticos, químicos e inmunológicos de la pared venosa, que de seguro constituirán la base del estudio de la enfermedad varicosa en el futuro (21 - 22 - 23 - 24 - 25). (Tabla 1)

Es de sumo interés el estudio de la musculatura lisa, del colágeno y de la elastina y las consecuencias que tienen sus alteraciones sobre la fibrosis de la pared y la insuficiencia valvular (22 - 26).

En nuestro medio, el estudio patológico ultramicroscópico, ha sido pobre (músculo, tejido elástico y colágeno) en comparación con otros lugares (26).

Presentamos la visión macroscópica de la vena en espera de aquellos resultados, los cuales posiblemente variarán la cirugía.

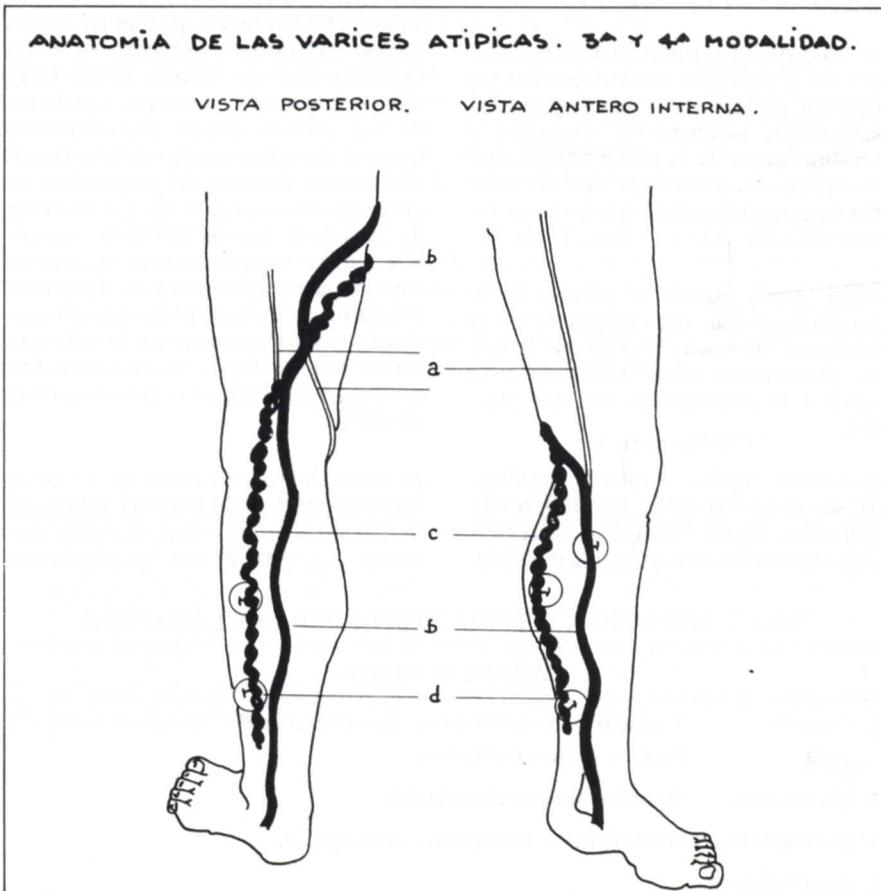
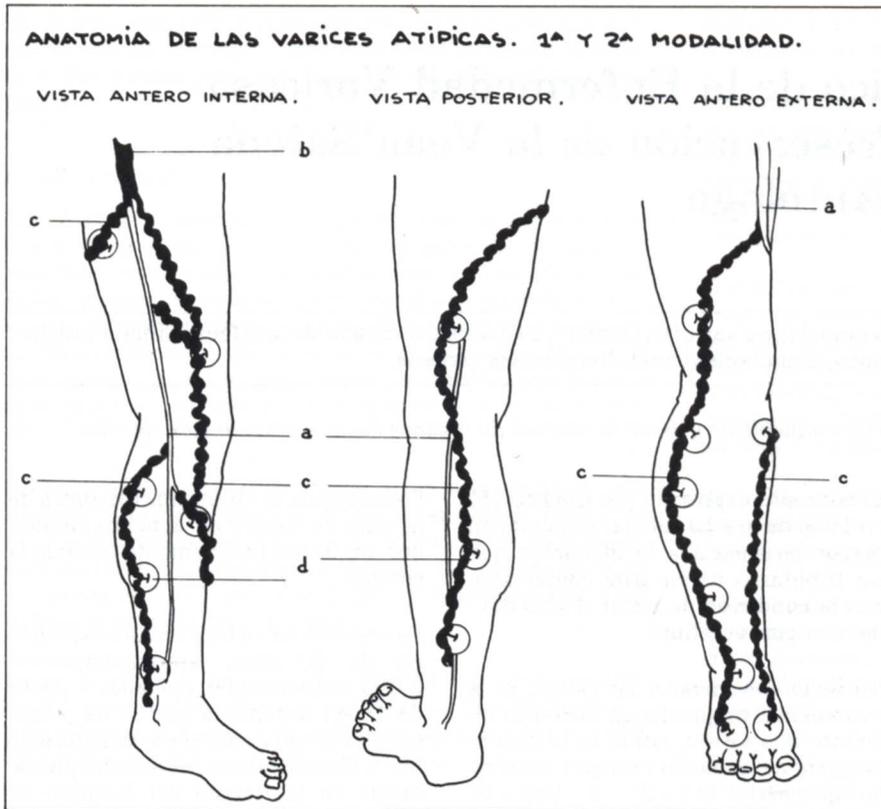
La observación se basa en una experiencia de 30 años, (aproximadamente 5.000 extremidades operadas a partir de 1956) durante la cual se ha practicado la cirugía radical cuyas indicaciones y técnica fueron informadas previamente en la Revista del Hospital de San Juan de Dios, 1965, y en la película sobre “Tratamiento quirúrgico de las várices primarias”, exhibida en el III Congreso Nal. de Cirugía. Desde 1961 hemos efectuado la cirugía restrictiva de las safenas como procedimiento único o complementario en la extremidad menos afectada. La proporción relativa de frecuencia es de 3:1 en favor de la radical. Las recurrencias ostensibles en la cirugía restrictiva, apenas son un poco superiores a las del procedimiento radical; se presentan precozmente y se relacionan con la deficiencia en la selección de los pacientes. Por lo tanto, exige mayor experiencia en el cirujano.

El tratamiento quirúrgico de las venas varicosas ha pasado desde la aplicación de ligaduras en las venas que eran aparentes (1), seguido por las efectuadas

Tabla 1. HACIA UNA CIRUGIA RESTRICTIVA EN LA SAFENA

Métodos de estudio.	
1. Clínico	Variaciones morfológicas. (Localización de “líneas de reflujo”). Presión venosa periférica.
2. No invasivo.	Doppler, fotopletismografía.
3. Flebografía.	Ascendente o retrógrada, varicografía.
4. Radionúcleos.	
5. Biológicos.	Histoinmunológicos, enzimáticos, histoquímicos y ultramicroscópicos.

Doctor Bernardo Tirado Plata: Prof. Asociado de Cirugía de la Universidad Nacional; Miembro de la International Society for Cardiovascular Surgery.



Figs. 1 y 1A. Se ilustra la anatomía de las várices (atípicas)
 a. Safena competente. b. Safena incompetente. c. Tributarias varicosas
 d. Perforantes.

en los sitios que eran considerados claves (1 - 2), hasta, mediados del presente siglo, por resecciones extensas y meticulosas de toda la red venosa superficial (3 - 4), basadas en estudios anatómo-quirúrgicos concienzudos y en la utilización del instrumental adecuado, lográndose un significativo avance y una relativa estandarización de los resultados; es indudable que frente a un daño severo, debe realizarse esta técnica radical. Vale destacar que cuando se descubre una técnica, ésta tiende a prodigarse y muchos pacientes por motivos cosméticos o por exigencias de las normas médicolaborales, entre otras, han sido sometidos a resecciones injustificadas de las safenas (60).

En la práctica de dichas resecciones no se tiene en cuenta que la enfermedad puede no ser difusa y en una extremidad estar afectado solamente un sistema (safeno interno, externo o perforante), o una parte del mismo. (Figs. 1 y 1A)

Desde hace varios años aplicamos un estricto criterio de selección tanto de los pacientes como de la técnica quirúrgica, buscando conservar la mayor parte de las venas en su función, así como disponer de tejido venoso autólogo, ante la posible necesidad de una restauración arterial. (Tabla 2)

Una técnica restrictiva, con sus posibilidades y aplicaciones, es el objeto del presente trabajo.

FISIOPATOLOGIA

Son de interés los siguientes conceptos:

1. El de T.T. Myers: "La incompetencia de la parte superior de la safena interna, puede ser desviada hacia una gruesa tributaria, y la porción restante de esta safena, desde el muslo hasta el pie, competente. Las venas tortuosas de esa gruesa tributaria deben ser reseca- das para que no queden como nidos de origen de futuras varicosidades; la safena competente parece necesitar la re- sección, a pesar de ser competente". Nosotros en cambio, optamos por res- petarla.

2. El de F.B. Cockett, quien dice que las venas safenas conservan más su in- tegridad que sus tributarias y solamen- te en los últimos estadios de la incom- petencia, toman las características de las várices.

Sin embargo, hemos encontrado lesio- nes macroscópicas de la pared (aneuris-

Tabla 2. HACIA UNA CIRUGIA RESTRICTIVA EN LA SAFENA

Justificación
1. Conservar la vena en función. (Evitando la "recidiva genuina").
2. Suplencia en la trombosis venosa profunda aguda y subaguda.
3. Injerto-puente (by-pass) arterial: Coronario, supra-aórtico, carótido-cerebral, renal, aorto-ileo-femoral fémoro-poplíteo-tibial (invertida o "in situ").
4. Injerto-puente (by-pass) venoso: Síndrome post-trombótico, mesentérico-cava.
5. Injerto en trauma (arterial o venoso).
6. Fístula A—V en diálisis.

mas) en casos de mediana severidad clínica (Fig. 2). La flebografía pre o transoperatoria comprobaría o podría ilustrar sobre ellas (40).

3. El gran acierto de la ligadura en la unión safeno-femoral, indispensable para el bloqueo del reflujo en la safena, fue utilizado por los autores de la primera mitad del siglo, previa a la esclerosis de las venas distales (6).

4. El creciente entusiasmo por la ligadura de perforantes que junto con la del cayado, pueden constituir el único gesto quirúrgico (6-9), o como complemento en la resección de la safena (11-44).

De estas observaciones se derivó nuestro concepto de *líneas de reflujo o de insuficiencia*, en las cuales participan la safena, las tributarias y las perforantes aledañas.

Su territorio está condicionado a la localización de las fallas en la pared venosa y en las válvulas.

Ha existido una controversia en la etiopatogenia de las várices sobre el predominio del factor valvular (incompetencia primaria) y el de la debilidad de la pared por deficiencia hística con dilatación de la luz (incompetencia valvular secundaria). No es fácil saber por clínica, pero si en el espécimen quirúrgico, cuál de ellos predomina, o cuál se inició primero (30).

El sentido del reflujo y de sus modalidades está condicionado a la localización de dichas fallas parietales o valvulares, en la confluencia de las venas superficiales con las profundas y hasta en la confluencia de una tributaria con el tronco principal de la safena.

Este mismo fenómeno determina la presencia de la enfermedad en un sólo sistema o en varios.

Finalmente, la desproporción entre la presión venosa y la resistencia de la pared o de la válvula, desencadena los cambios que caracterizan la várice: dilatación, elongación, tortuosidad, aumento o disminución en el grosor de la pared, pérdida de la elasticidad, hipertrofia o atrofia muscular.

La insuficiencia en la enfermedad varicosa primaria se inicia en la unión safeno-femoral (o poplítea) y no en la incompetencia de las perforantes, la cual es más bien una consecuencia de la primera (teoría de arriba hacia abajo: "blow down") (48).

No hay duda de que es en este sitio donde se recibe el impacto de la alta presión y pasada esta barrera, se extiende distalmente a los sectores inferiores de la safena.

Ocasionalmente, una perforante con afluencia directa a la safena, puede aumentar este daño distal (14-27).

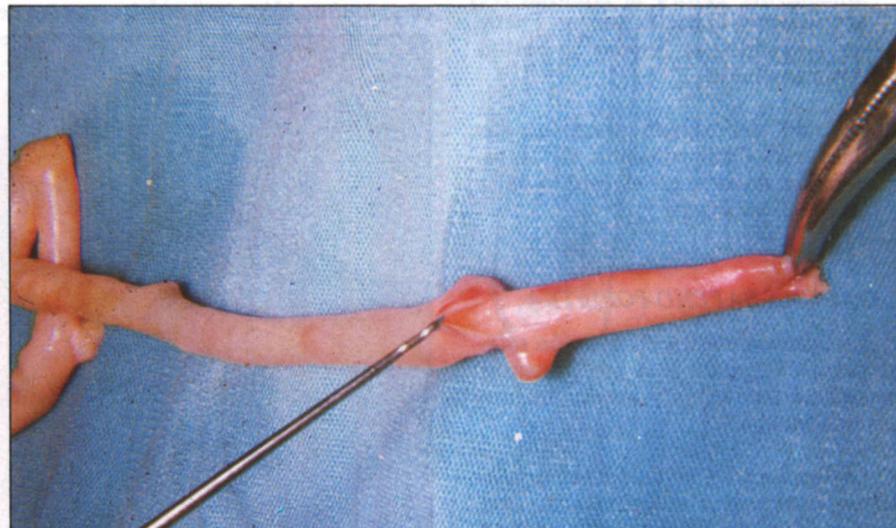


Fig. 2. Espécimen quirúrgico de la safena (invertida). Obsérvese: 1. El grado moderado de dilatación. (II/IV) 2. El pequeño aneurisma sacciforme postvalvular. 3. La válvula con sus valvas íntegras. 4. La ausencia de endoteliitis.

En la actualidad no hay forma, ni se justifica reemplazar esta pared o las válvulas lesionadas, como en el caso del corazón; debemos aplicar ligaduras que frente a la presión venosa, hacen en alguna forma, el papel de válvulas, evitando el flujo centrífugo.

Muchos autores en el pasado (29) han demostrado que aquellas no modifican la presión, pero van a impedir los efectos nocivos del Valsalva, el esfuerzo, el pujo y la tos.

MATERIAL Y METODOS

Seleccionamos extremidades con enfermedad varicosa primaria mínima o moderada, con frecuencia atípica en su distribución, por los métodos clásicos de examen (Trendelenburg, Perthes, Schwartz), pero en especial por la palpación. Esta nos informa sobre el grado de insuficiencia de las safenas, el reflujo a nivel de sus cayados o de las perforantes, la presión venosa y los sitios de rémora sanguínea con hipertermia. El estudio fue estrictamente clínico y en ningún momento utilizamos métodos paraclínicos (Flebografía, fotopleletismografía, etc.).

Los pacientes fueron ordinariamente adultos jóvenes con enfermedad uni o bilateral; en este último caso se practicó la intervención no radical en la extremidad menos afectada. En la opuesta se realizó la radical.

Con menor frecuencia se presentan casos uni o bilaterales electivos para la técnica no radical.

LIGADURA SAFENO-FEMORAL

La técnica quirúrgica comprende:

1. La ligadura clásica en la unión safeno-femoral con ligadura de los afluentes del cayado, la cual no garantiza la integridad de la safena. (Fig. 3)

2. La ligadura safeno-femoral proximal a los afluentes del cayado, con conservación de ellos y de la safena. (Fig. 3A), con el fin de suspender el reflujo ocasionado por la válvula ostial incompetente.

Ocasionalmente, y por motivos técnicos (distribución anatómica o presencia de ectasias), debe practicarse la ligadura clásica.

TIEMPOS QUIRURGICOS

- a. Incisión convencional de la piel y fascia subcutánea.
- b. Reparó con seda gruesa de la safena interna en el borde inferior de la incisión.
- c. Disección proximal de la vena y de sus afluentes (subcutánea abdominal, circunfleja, pudenda externa), hasta localizar la vena femoral. Por variedades anatómicas puede presentarse alguna dificultad y ser necesaria la ligadura de un afluente del cayado o de la femoral.
- d. Colocación y anudación con seda 000, (catgut crómico o sutura plástica) distalmente contra el ramillete de los afluentes; colocación y anudación con otra seda 000, proximalmente contra la femoral. No aconsejamos el uso de pinzas. Puede ser necesario, el empleo de sutura por transfixión.
- e. División del cayado entre las dos ligaduras. Comprobación de la reducción notoria en el calibre de la safena.

LIGADURA SAFENO-POPLITEA

1. La ligadura clásica en la unión safeno-poplítea proximal a sus afluentes (anastomótica magna y eventualmente la soleogemelar).

2. La ligadura en la unión safeno-poplítea proximal a sus afluentes, con conservación de estos y de la safena con el fin de suspender el reflujo en la válvula incompetente, similar a la propuesta para la safeno-femoral. La posibi-

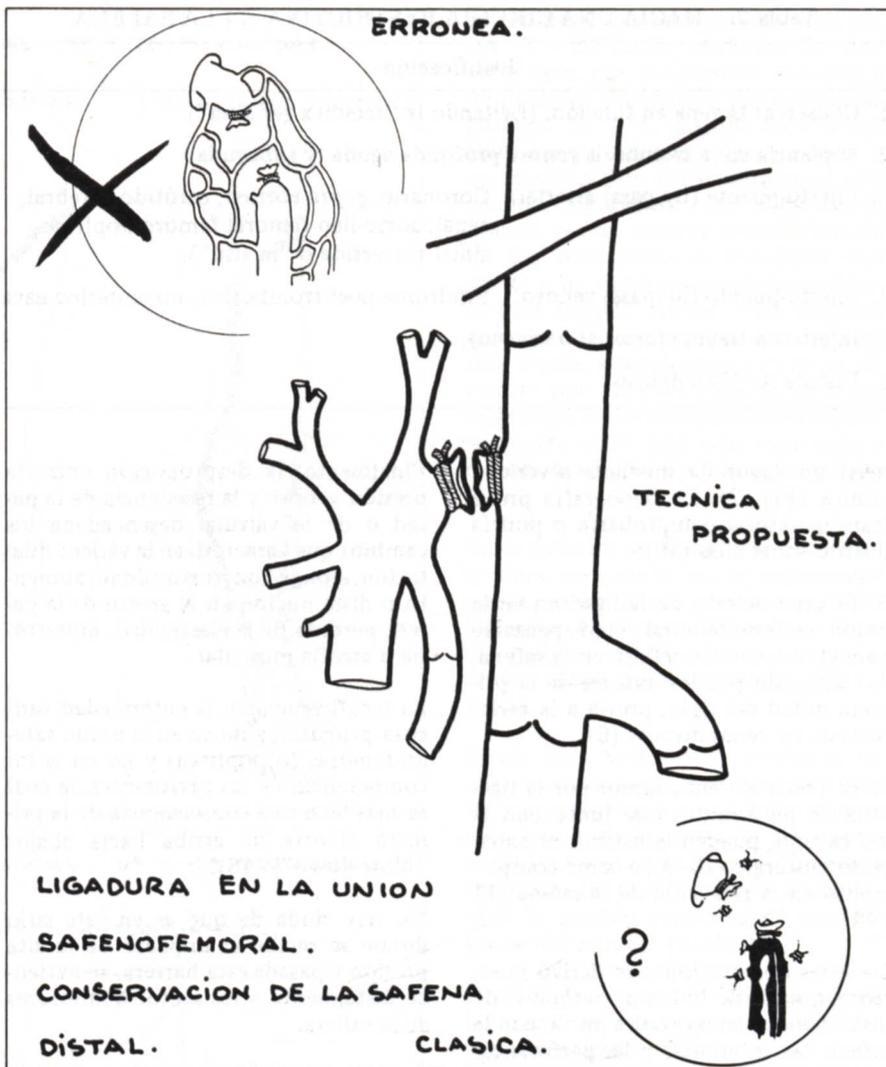


Fig. 3. Se ilustra la ligadura errónea del cayado, con persistencia de un muñón con afluentes, lo cual origina una cabeza de medusa que se conecta con la safena distal. (Círculo superior). La ligadura clásica generalmente ocasiona la esclerosis de la safena proximal, más o menos extensa. (Círculo inferior). La técnica propuesta evita ambos inconvenientes (esquema central).

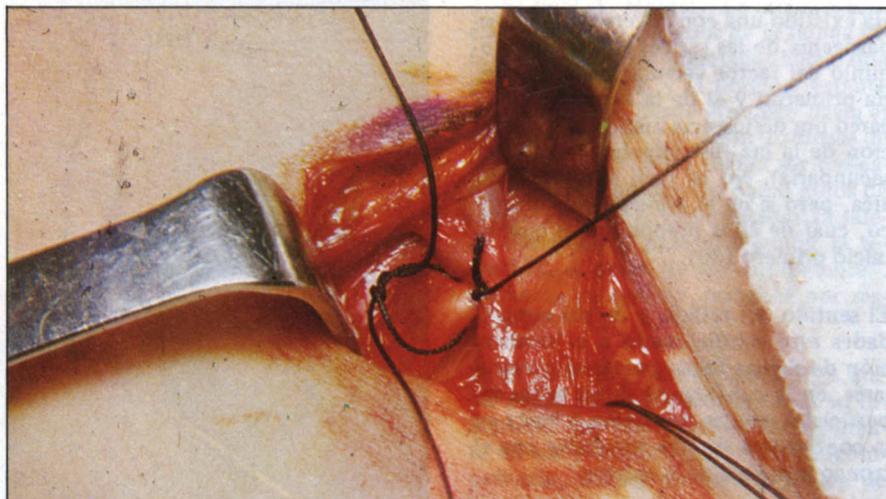


Fig. 3 A. Unión safenofemoral. "Ligadura propuesta". Obsérvese: 1. El nudo practicado contra la safena (derecha). 2. El nudo iniciado contra la femoral (izquierda).

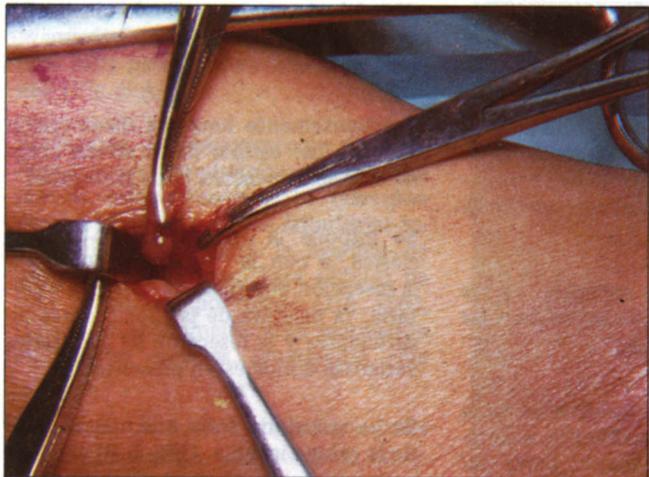


Fig. 3 B. Perforante. Obsérvese: 1. El llenamiento retrógrado (incompetencia valvular) 2. La profundidad de su desembocadura.

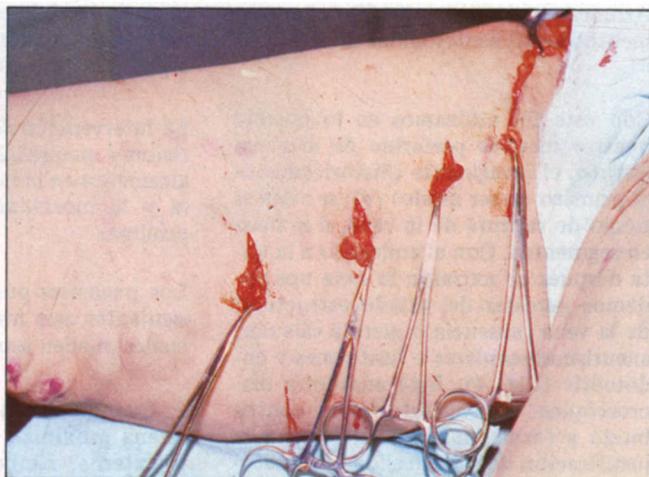


Fig. 3 C. Resección de una tributaria atípica. Obsérvese: 1. Las incisiones escalonadas. 2. Las varicosidades tortuosas de difícil cateterización.

lidad de realizar estas ligaduras es más reducida debido a las variaciones anatómicas en la desembocadura de la vena safena externa.

Ocasionalmente, por ser uno de los cayados muy corto, no se practica su sección por temor al resbalamiento de las ligaduras.

Los siguientes tiempos son similares a la técnica radical.

Ligadura supra-aponeurótica de las perforantes insuficientes, con el fin de suspender el reflujo a las tributarias y a la safena. (Fig. 3 B).

Resección de las tributarias por medio de maniobras de tracción o de minifleboextractores. (Fig. 3 C)

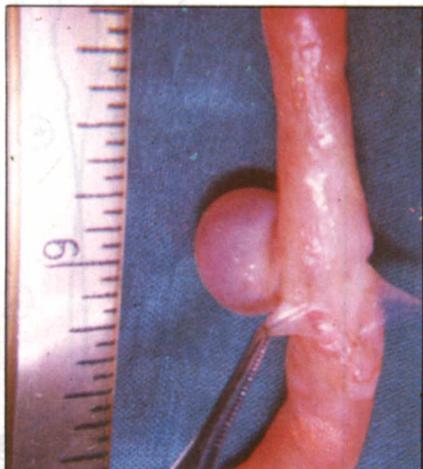


Fig. 4. Espécimen quirúrgico de la vena safena (invertida). Obsérvese: 1. El grado más acentuado de dilatación (III/IV). 2. El aneurisma gigante saciforme. 3. La válvula con sus valvas íntegras. 4. La ausencia de endotelitis.

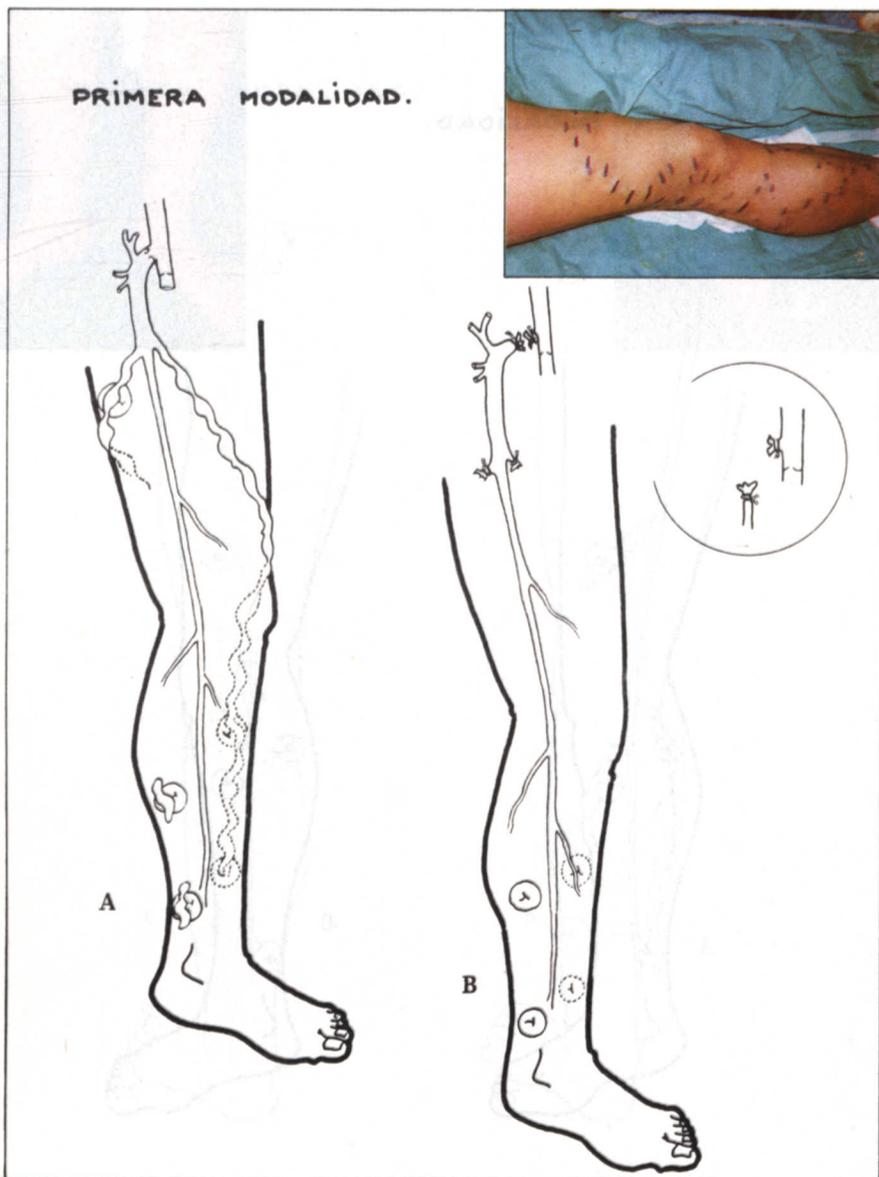


Fig. 5.

Arrancamiento ("stripting") de los segmentos insuficientes de las safenas.

Con este fin utilizamos en lo posible nuestro método preferido de arrancamiento, el invaginante (históricamente el primero en ser usado) (8); se evita el riesgo de ruptura de la vena, si se hace en segmentos. Con el endotelio a la vista después de extraída la vena nos podemos percatar del estado estructural de la vena (ausencia o atrofia valvular, aneurismas saculares o fusiformes y endotelitis (Fig. 4). Esta anatomía macroscópica transoperatoria ha contribuido a formar nuestro criterio en la justificación de la radicalidad. El método de "apelotonamiento" (acordeón) (9), es más expedito porque permite la extracción total de la vena sin ruptura,

pero produce la complicación del "túnel", por ocasionar mayor trauma al tejido subcutáneo.

La intervención se lleva a cabo por incisiones pequeñas, localizadas estratégicamente en la extremidad; es incruenta y la morbilidad post-operatoria es mínima.

Los pacientes pueden agruparse en las siguientes seis modalidades básicas las cuales pueden asociarse.

1. Cuando una de las tributarias de la safena proximal, generalmente la antero-externa, recibe la mayor parte del reflujo de manera que se convierta en una tributaria gigante (Fig. 5 A), la cual se extiende hasta la región inferior

de la pierna, permaneciendo el segmento restante de la safena relativamente indemne.

Frecuentemente hay una disminución abrupta del calibre de la safena abajo de la desembocadura de la tributaria.

Se impone la ligadura safeno-femoral clásica, o con la "técnica propuesta", la resección completa de la gruesa tributaria, la ligadura de las perforantes insuficientes y la resección de tributarias varicosas donde estén presentes.

Se ha respetado toda o la mayor parte de la safena interna. (Fig. 5 B)

2. Cuando una o más tributarias (rama postero-interna y anterior de la safena

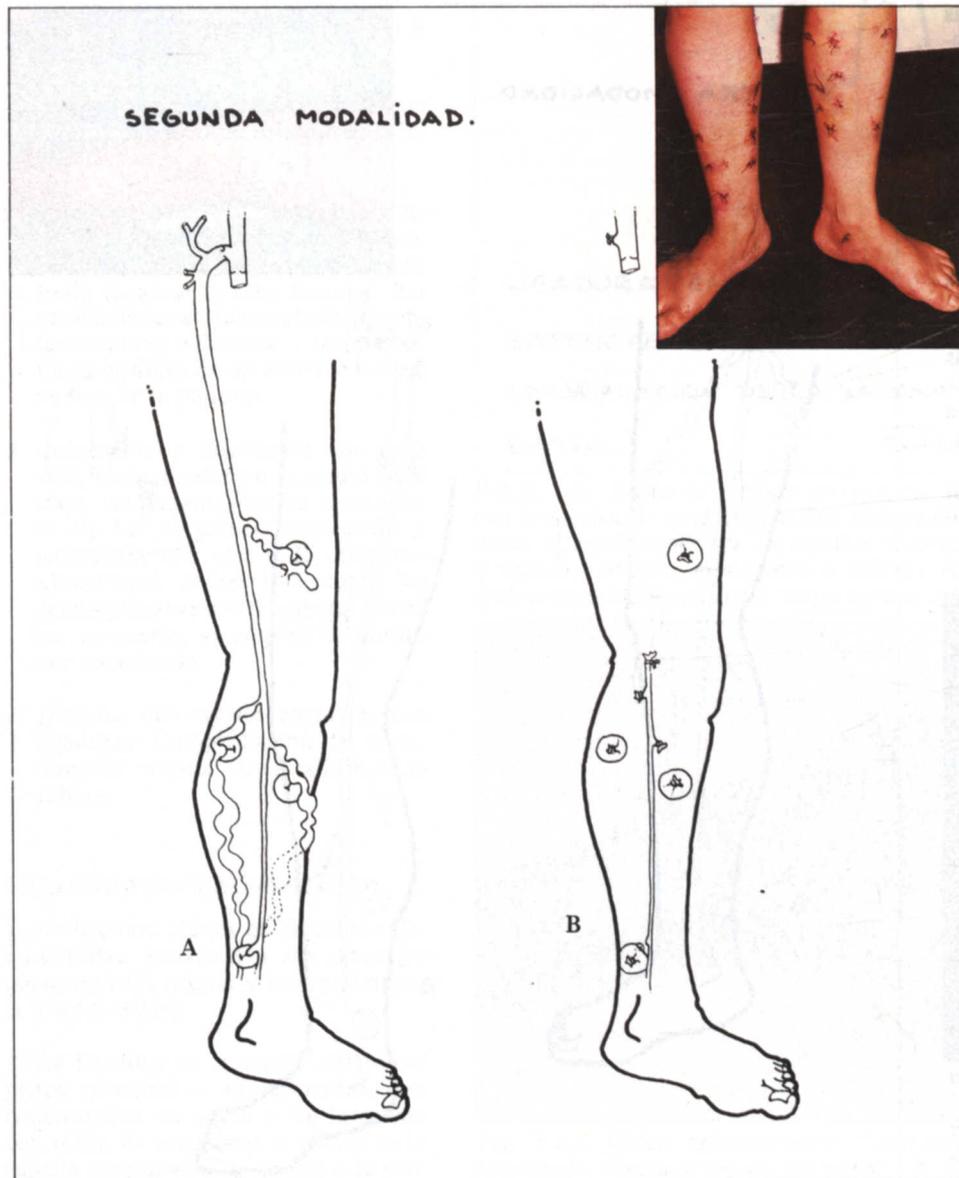


Fig. 6.

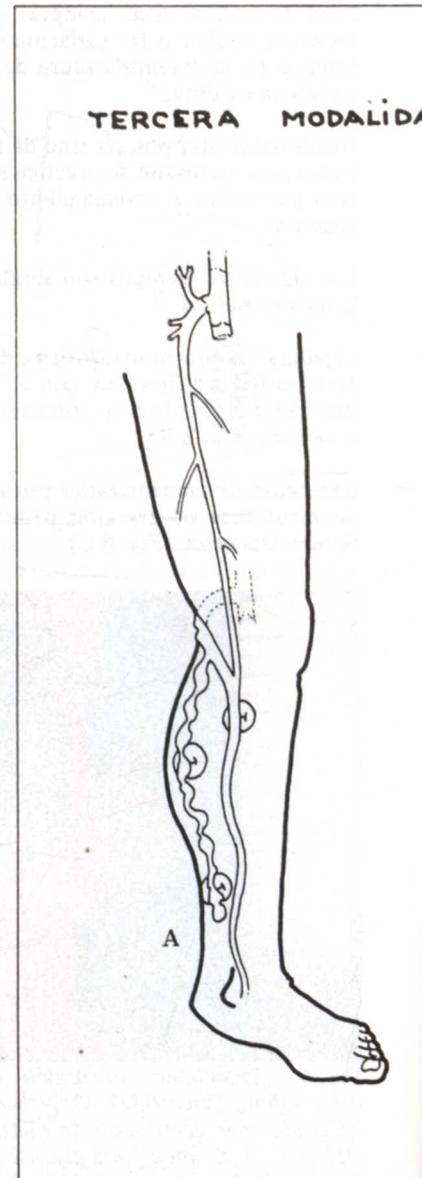


Fig. 7.

distal reciben la mayor parte del reflujo safeno-femoral permaneciendo la safena infra-patelar relativamente indemne. (Fig. 6 A)

Se impone la fleboextracción de la safena interna supra-patelar, con ligadura clásica safeno-femoral, la resección completa de la o de las tributarias infrapatelares; asimismo la ligadura de perforantes aledañas. Esta técnica ha sido practicada por otros (10), (39), (64) tiene actualmente gran aceptación en muchas escuelas. Igualmente, este

Fig. 5 A. Tributaria atípica (preferencial) de la safena. Obsérvese: 1. El cayado de la tributaria, más voluminoso que la safena (izquierda). 2. La "ligadura propuesta" (arriba).

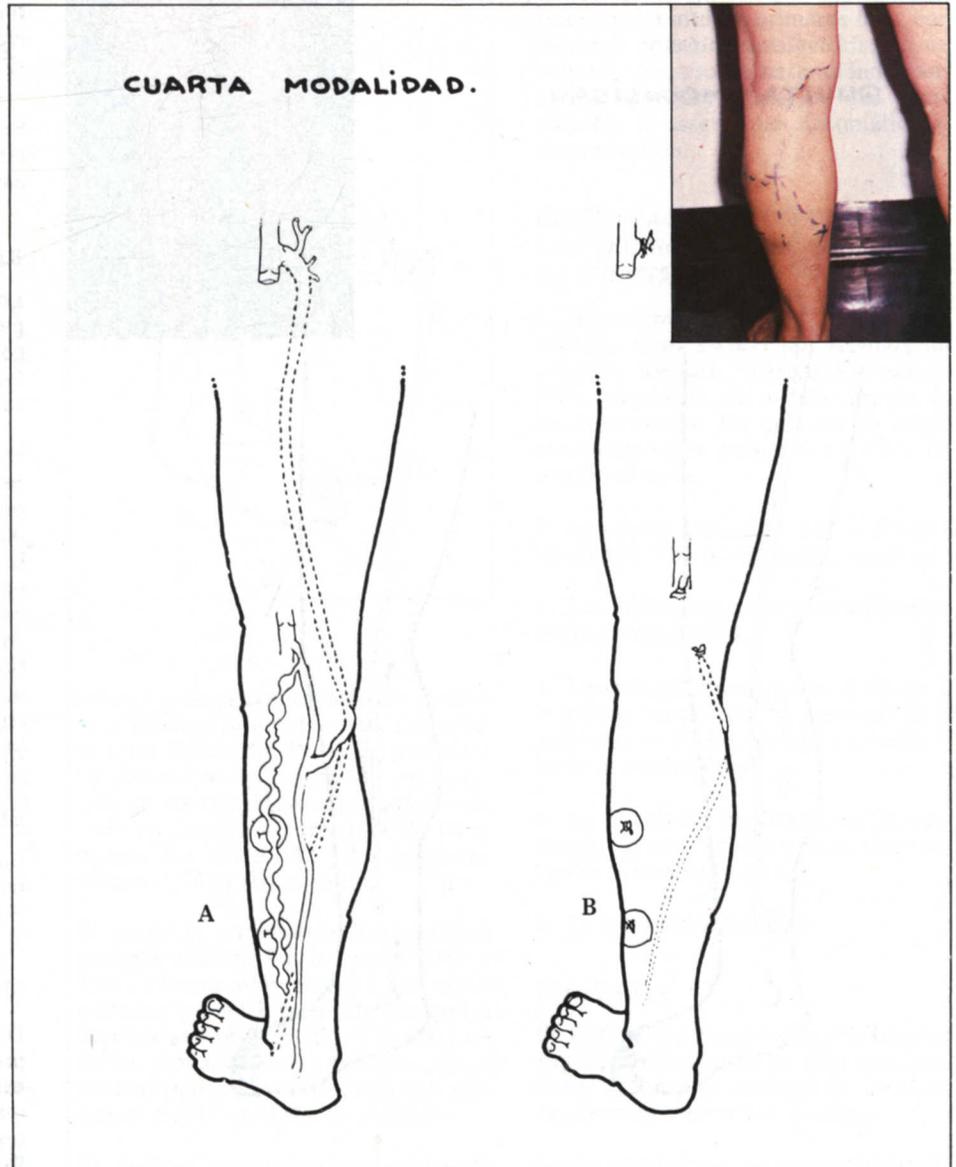
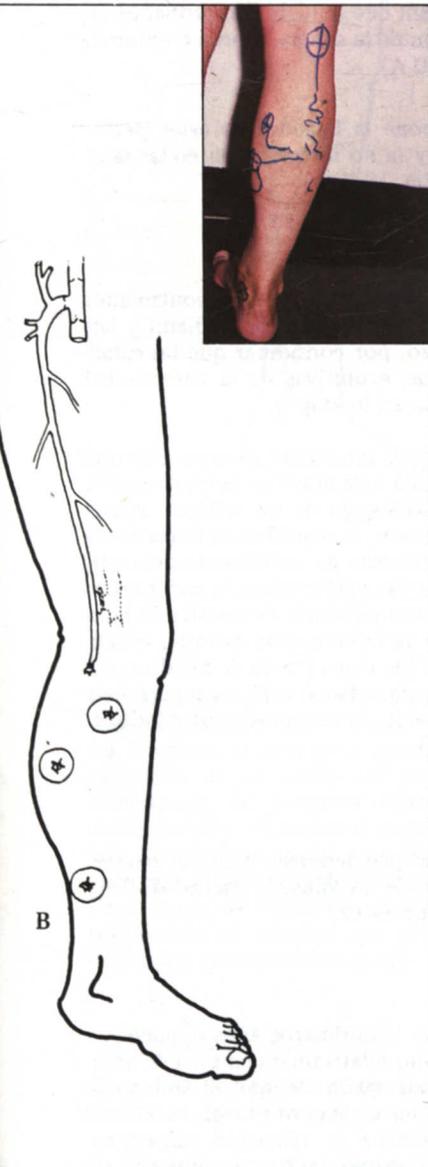
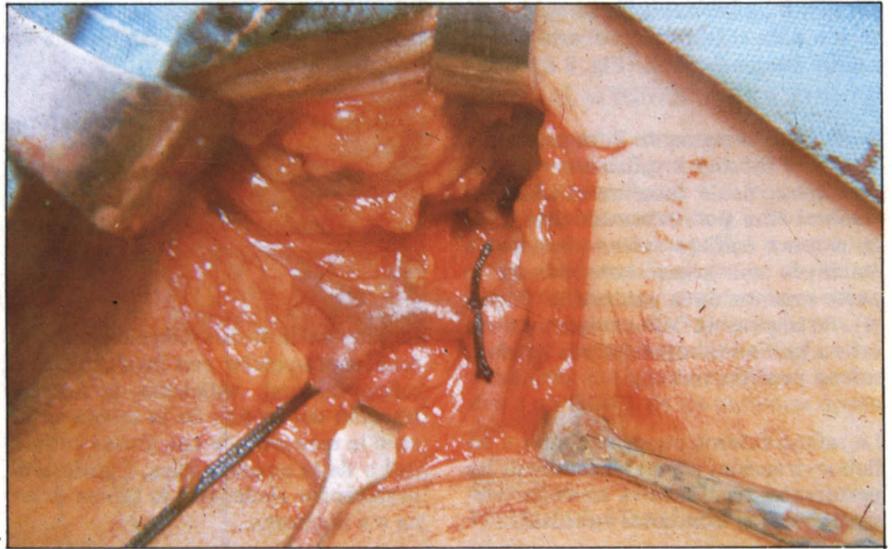


Fig. 8.

segmento de safena infra-patelar es apto para el injerto coronario por su calibre adecuado (61). (Fig. 6 B)

3. Cuando el segmento infra-patelar de la safena interna insuficiente no lo es por causa de la insuficiencia safeno-femoral sino por transmisión de la de la externa (reflujo safeno-poplíteo) a través de una gruesa tributaria de la parte superior de la pantorrilla (Fig. 7 A). Se impone la fleboextracción de la safena interna infrapatelar y la ligadura safeno-poplítea radical.

La safena externa puede necesitar o no fleboextracción; además, ligadura de las perforantes insuficientes aledañas y resección de las tributarias varicosas.

Se ha respetado la safena interna supra-patelar y en ocasiones también la externa. (Fig. 7 B)

4. Cuando el tronco de la safena externa o de una de sus tributarias no son insuficientes por reflujo safeno-poplíteo sino por transmisión de la insuficiencia de la safena interna (reflujo safeno-femoral) a través de una gruesa tributaria. (Fig. 8 A)

Se impone la fleboextracción de la safena supra-patelar con ligadura clásica safeno-femoral. Asimismo, la fleboextracción del tronco de la safena externa o la resección de una gruesa tributaria o de la anastomótica. Ligadura de perforantes aledañas a la safena externa o a la interna.

Se ha respetado el segmento infrapatelar de la safena interna. (Fig. 8 B)

5. Cuando la insuficiencia de la safena interna o externa es moderada, precoz, con dilatación cilindroide apenas palpable y con escasas perforantes y tributarias (Fig. 9 A), se impone la ligadura safeno-femoral o (poplíteo) "técnica propuesta" con conservación de las afluentes del cayado; asimismo, la ligadura de alguna perforante o la resección de una tributaria detectables.

Se ha respetado la totalidad de la safena interna (o de la externa) y evitado el futuro desarrollo de tributarias por causa natural o iatrogénica. (Fig. 9 B)

6. Cuando se evidencian perforantes insuficientes en alguna de las caras de la extremidad (frecuentemente la externa) sin que se logre comprobar participación de la safena interna o externa. (Fig. 10 A)

Se impone la ligadura de estas perforantes y la no intervención en las safenas. (Fig. 10 B)

RESULTADOS

Los pacientes han sido controlados personalmente a corto, mediano y largo plazo, por considerar que las características evolutivas de la enfermedad varicosa así lo exigen.

El control inmediato siempre informa sobre una falla grave en la intervención para el bloqueo de los reflujos. A mediano plazo, se manifiestan fallas como la persistencia de un afluente del cayado o de las perforantes. El control tardío frecuentemente demuestra la bondad de la intervención porque, exceptuando los casos graves de recidiva, exhibe normalidad o mínima recurrencia en relación con las perforantes indirectas (46).

EDAD

La edad promedio de nuestros pacientes, fue de 44 años. El menor de 16 y el mayor de 72.

SEXO

Durante los primeros años se operó un promedio relativamente mayor de hombres, por razón de que el trabajo se realizó en el Seguro Social, en el cual predominaba la afiliación masculina. En los últimos años, la casuística incluye un mayor número de mujeres.

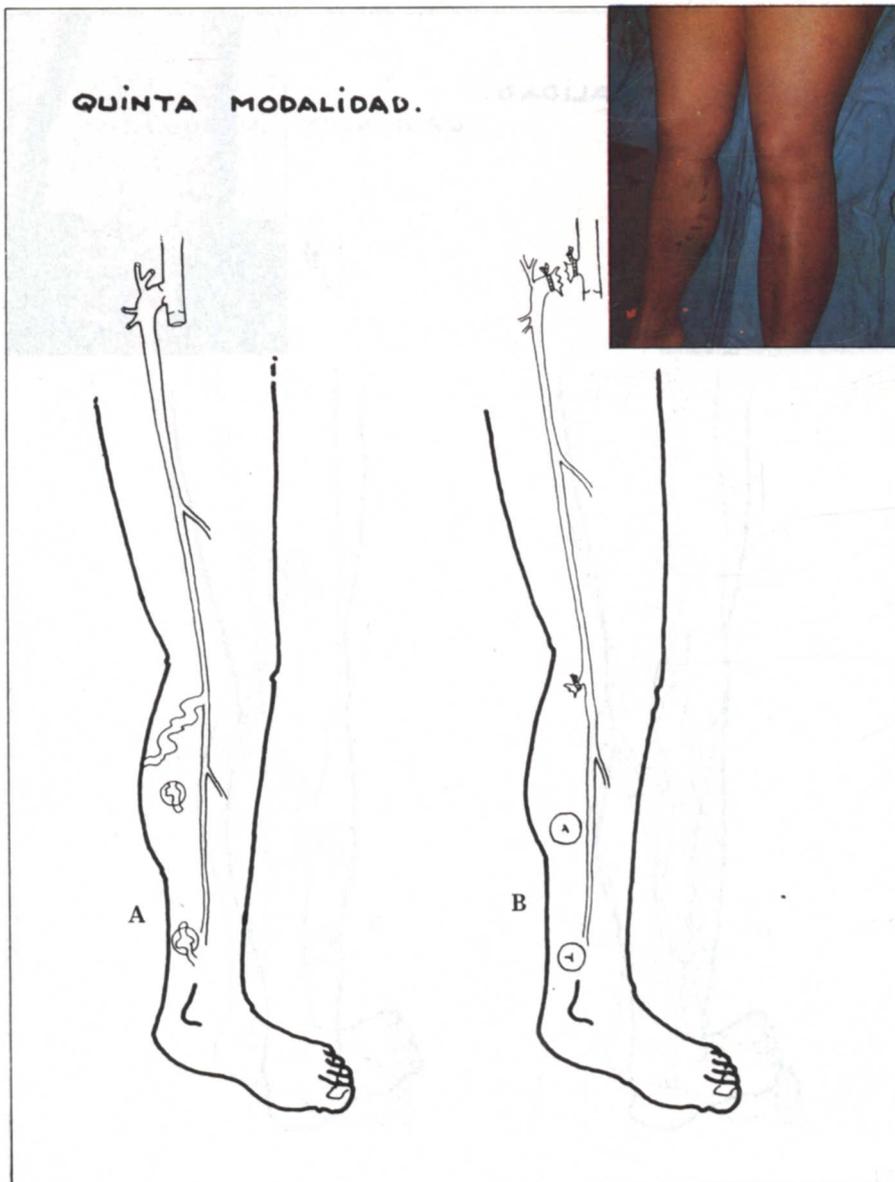


Fig. 9.

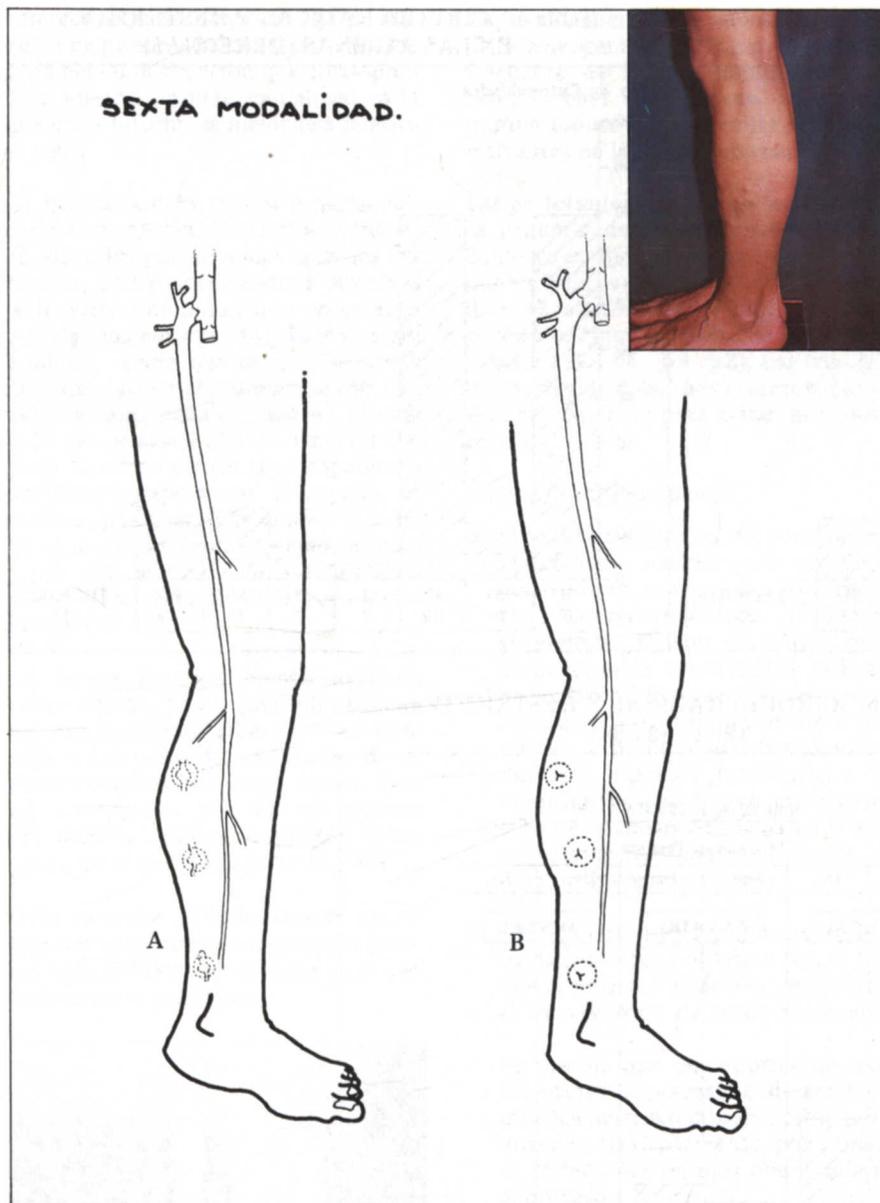


Fig. 10.

Sabemos que éstas sufren la enfermedad varicosa con mayor frecuencia que los hombres, siendo éstos quienes más necesitan de un reservorio de venas; sin embargo, no tenemos información sobre cuántos de nuestros pacientes se han beneficiado desde este punto de vista con la técnica restrictiva. En la última etapa de nuestra experiencia la proporción en relación con el sexo es de 1 a 5 a favor de las mujeres.

GRUPOS DE PACIENTES

Dividimos los pacientes operados desde 1961 hasta 1984 en tres grupos.

El grupo A, comprende hasta el año de 1971; tiene importancia porque no en

todos los casos realizábamos la técnica de la ligadura safeno-remoral. Las recurrencias fueron del 3% en los pacientes en quienes se ligó el cayado sin resección de las safenas; en aquellos con cayado no ligado, el porcentaje de recurrencia fue del 59.3%. La casuística incluye 1.751 extremidades.

El grupo B, comprende los pacientes tratados durante 8 años, entre 1972 y 1980. Fueron intervenidos 2.145 extremidades, y hemos realizado siempre la ligadura safeno-femoral, en la mayoría de las modalidades ya descritas. En el control inmediato postoperatorio sólo hemos tenido un 0.8% de recidiva.

El grupo C, comprende los años de 1982 a 1984, a los cuales corresponden

las tablas estadísticas incluidas. (Tablas 3 - 4 - 5)

COMPLICACIONES OPERATORIAS

En el grupo A, se presentó hemorragia intraoperatoria, por falla en la anudación por transfixión una vez retiradas las pinzas colocadas en la unión safeno-femoral, lo cual nos obligó a usar sutura vascular continua en los muñones. En otro paciente, y por la misma causa, en el segundo día postoperatorio se presentó hemorragia que obligó a reintervenirlo. Estas complicaciones corresponden a un 0.03% de los pacientes operados.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

En la safena conservada, especialmente en los hombres, se observó ligera ingurgitación durante los primeros días, con remisión posterior satisfactoria. En un pequeño número de extremidades persistió una ligera dilatación que hacía palpable la safena, no sintomática, y sin agravación.

COMPLICACIONES COMUNES A LAS TECNICAS RADICAL Y RESTRICTIVA

1. Hematoma del "túnel", celulitis, infección, cicatrización por segunda intención, dermatitis, alergia; algunas de éstas, dependen del estado previo de los tegumentos. En un total de 3.986 extremidades se presentó un 8.5% de complicaciones.

2. El edema originado por el trauma operatorio, fue infrecuente y mínimo.

3. Las equimosis no son consideradas como complicación.

4. La trombosis superficial, limitada a la safena conservada, se presentó en 3 pacientes (0.51%), la cual evolucionó hacia la resolución.

5. La trombosis profunda, distal, moderada, se presentó en 2 casos con evolución favorable (0,34%).

6. La mortalidad fue de 0.

DISCUSION

Es importante conservar tejido venoso, aun en los varicosos, no sólo para preservar la función circulatoria, sino como reservorio de tejido autólogo.

Se ha propuesto la organización de Banco de Venas, que consideramos una

Tabla 3. CIRUGIA RADICAL Y RESTRICTIVA EN LAS SAFENAS (IZQUIERDAS)

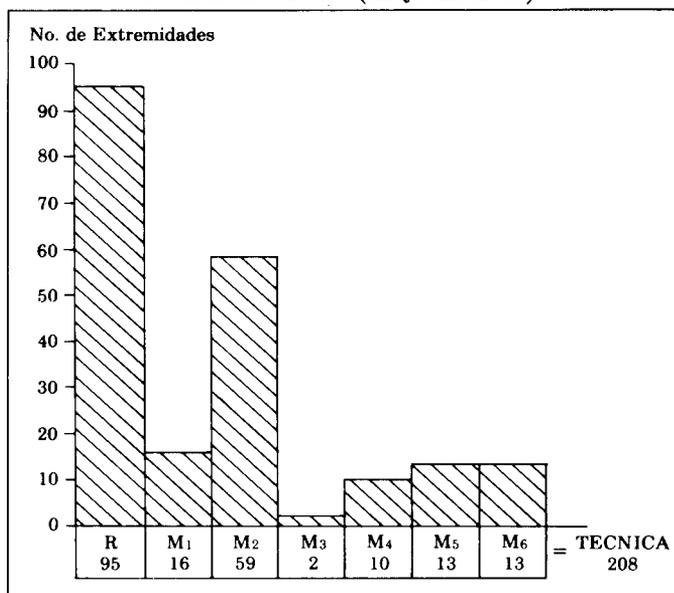


Tabla 4. CIRUGIA RADICAL Y RESTRICTIVA EN LAS SAFENAS (DERECHAS)

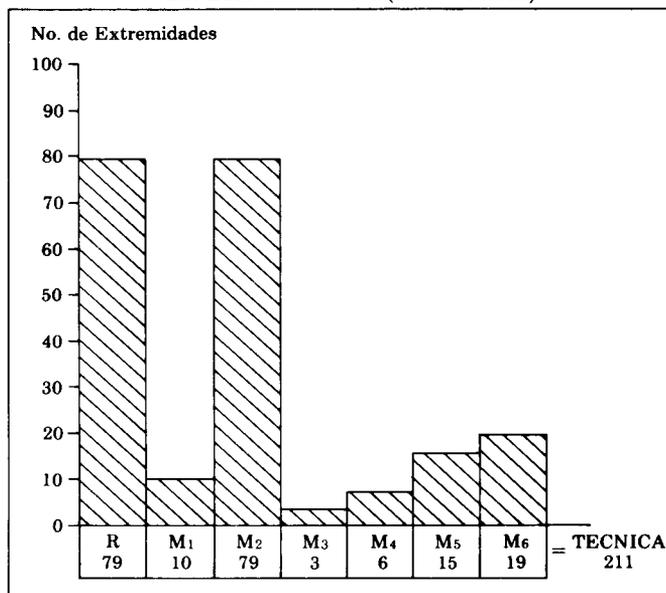
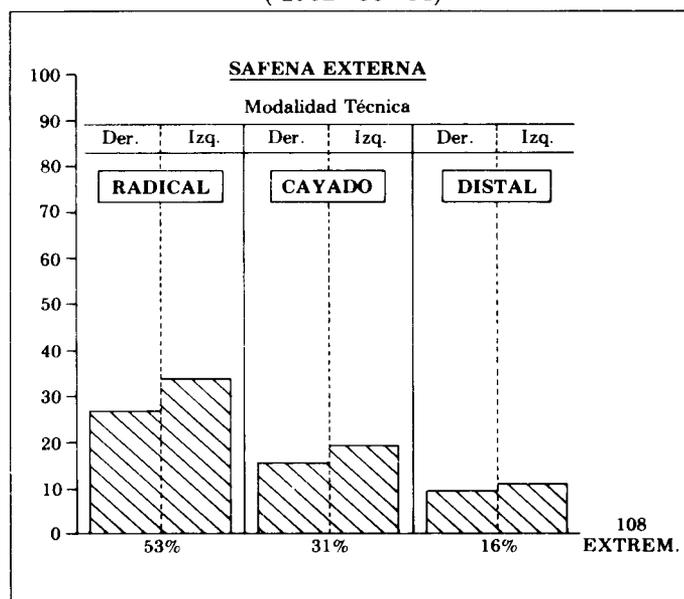


Tabla 5. CIRUGIA RADICAL Y RESTRICTIVA (1982 - 83 - 84)



idea discutible por sus múltiples inconveniencias. (57).

Independientemente del estado evolutivo de las várices, se han propuesto conductas conservadoras y quirúrgicas. Aunque los resultados de estas últimas son los mejores, no son raros los casos en los cuales se observan recurrencias, a pesar de haber practicado una intervención "radical con safenectomía".

La explicación de este fenómeno está en el inadecuado tratamiento de los reflujos safeno-femoral, poplíteo y perforante. Nosotros practicamos el trata-

miento de ellos desde 1958 (66). En 1961 iniciamos el tratamiento de tributarias varicosas atípicas con flujo preferencial, mediante la resección de las mismas, con o sin ligadura del cayado, de acuerdo con su estado de competencia, habiéndose observado recurrencia a corto y mediano plazo en varios de aquellos casos en que no fue ligado el cayado (15). A partir de 1974, ideamos la ligadura safeno-femoral que hemos propuesto (49).

Teniendo en cuenta que la formación de las várices se debe en un alto porcentaje (80%) a la insuficiencia safeno-

femoral, es importante utilizar los métodos clínicos y para-clínicos (Doppler) para confirmarla o negarla como lo ha sugerido Large (41).

Si se concluye que no existe insuficiencia en presencia de varicosidades, la patogenia de éstas podría explicarse por la teoría del "vis a tergo" (42 - 43), o por la presencia de venas displásicas.

Creemos que nuestra ligadura propuesta es un recurso más, tendiente a lograr la integridad de la vena, a pesar del concepto de que conservarla supone no practicar la ligadura safeno-femoral

como lo expresa Large (41) (Fig. 11), quien ha presentado una técnica operatoria para una situación que corresponde a nuestra primera modalidad en la que no se informa la incidencia relativa al sexo.

Al ejecutarla debe tenerse especial cuidado de no ignorar los círculos venosos constituidos por afluentes laterales del cayado, con desembocadura directa a la femoral, como han sido observados por algunos autores (44). Es necesario también, cerciorarse de que la safena no esté relacionada directamente con varicosidades distales, caso en el cual debe ser reseca. La tendencia a respetar la safena proximal suprapatelar e insuficiente, sin tratar el cayado, es errónea, por cuanto de una parte se falla en la cura de la enfermedad varicosa y por otra, el avance de ésta no permitirá el uso posterior de la vena como injerto (46 - 47).

La safena externa, menos utilizada como injerto, puede presentar dificultades en la ligadura del cayado, en atención a las múltiples variedades de su desembocadura, las cuales vienen siendo investigadas por algunos autores por medios clínicos, Doppler y flebografía transoperatoria (44 - 45 - 50).

Debe valorarse cuidadosamente sus relaciones anatómicas con la safena interna, para decidir cuál de ellas es la verdaderamente insuficiente.

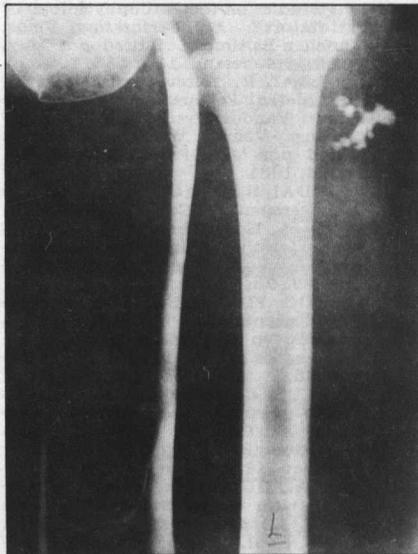


Fig. 11. Flebografía transoperatoria después de la "Ligadura propuesta". Obsérvese: 1. La vena safena conservada (derecha) drenando por una perforante hunderiana a la vena femoral. 2. No se ha logrado visualizar el extremo superior de la safena por falta de llenamiento con el medio de contraste.

La insuficiencia de la safena externa y de la soleogemelar (38) parece ser más frecuente de lo que comúnmente se cree, lo cual debe tenerse en cuenta porque induce a incrementar la cirugía restrictiva de la safena interna.

Las perforantes, aunque no sean la causa primaria de las varicosidades (48), como ya se dijo, deben ser ligadas, porque su flujo centrífugo una vez suspendido el reflujo de la safena (54 - 55) pueden originar la formación de varicosidades (11 - 51 - 52 - 53). Las tributarias varicosas deben ser reseca (3) o esclerosadas (11) para evitar su persistencia.

Surgen dos interrogantes:

- Si existen recidivas después de la intervención radical, ¿por qué proponer ahora, la no radical ó restrictiva? La recurrencia no se puede generalizar. Existen varicosos que después de la intervención radical presentan várices recurrentes; (panfleobosis) (61); otros no se comportan así. Ya se dijo que se deberían estudiar los aspectos estructurales y bioquímicos (58) que condicionan el comportamiento de la pared venosa y serían responsables hasta de la falla futura en los injertos.
- ¿El carácter evolutivo de la enfermedad, no daría al traste con el fin que se propone la técnica restrictiva, el de reservorio de tejido autólogo?

Es posible que posteriormente, los colectores conservados desarrollen insuficiencia; sin embargo, éstos evolucionan más lentamente, por haberse tratado los reflujos que aceleran el proceso.

CONCLUSIONES

En los estados moderados de la enfermedad varicosa primaria es conveniente no reseca las safenas si no es evidente su insuficiencia, con el fin de conservar su función, evitar consecuencias en el postoperatorio inmediato y alejado, y tratar de conservar tejido venoso autólogo disponible para injertos.

La safena externa se puede conservar hasta en un 80% de los casos, La interna puede conservarse total o parcialmente en un 20% de los casos. La ligadura de perforantes o la resección de tributarias, realizadas en forma meticulosa, hacen factible la técnica.

Hemos comprobado en el 40% de los pacientes operados que las ligaduras sa-

feno-femoral y safeno-poplítea, sin resección de las safenas, más la ligadura de las perforantes insuficientes y la resección de las tributarias varicosas, tienen resultados comparables a los del arrancamiento en aquellos controlados durante 10 años. Los mediocres resultados de la ligadura safeno-femoral como única operación se debían al no tratamiento del sistema perforante y de las tributarias. Se da la oportunidad al varicoso moderado o incipiente de controlar el avance de su enfermedad.

¿Cuál puede ser la posición racional?

Algunos autores ya han opinado (31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 65).

Concluimos:

- La mujer necesita menos la consideración de reservorio para injertos que el hombre, y más la varicectomía.
- La anomalía preexistente de la pared de la vena en la enfermedad varicosa, limita su aprovechamiento para injerto.
- Es importante en el hombre la evaluación de la enfermedad varicosa frente a la posibilidad futura de un injerto.

ABSTRACT

With the exception of severe cases of primary varicose vein disease, there is the possibility during the phleboextraction of conserving the internal saphena (or the external) totally or partially when the section has escaped from the reflex line.

When the proximal saphena has a moderate insufficiency the saphenous-femoral (or saphenous-popliteal) disconnection next to the most proximal affluents and conserving them, favors the anatomical and functional integrity, leaving them available for autologous graft.

The binding of the perforators and the resection of the varicose tributaries is an essential stage of this technique.

This procedure permits an earlier surgical indication, thus avoiding the extreme advance of the disease.

Differences between male and female in varicose disease and the necessity of a venous reservoir are discussed. Consideration of the limitation of venous walls for grafts in the varicose veins, are presented.

AGRADECIMIENTO

A los profesores José Mora Rubio, M. D., por su magnífica interpretación de nuestras ideas en las gráficas que acompañan este trabajo, y Joaquín Silva Silva, M.D., por su valiosa colaboración en el ordenamiento del mismo.

BIBLIOGRAFIA

1. AECIO, PABLO DE EGINA, TRENDELENBURG. Citados por Salleras V. en "Tratamiento Quirúrgico de las várices esenciales". Barcelona, Publicaciones Médicas, 1: 13, 1950.
2. OCHSNER A, y MAHORNER H. "Varicose Veins". St Louis, Mosby Co., 1939.
3. MYERS T.T., "Periphearl vascular diseases", Philadelphia, W.B. Saunders Co., (III ed.), 955, 1963.
4. TIRADO PLATA B. "Estado actual de la cirugía en las venas varicosas o en las várices primarias de las extremidades inferiores", Bogotá, Revista del Hospital de San Juan de Dios, 1965.
5. COCKETT, F.B., "Diagnosis and surgery of high pressure venous leaks in the leg", London, Brith. Med. Journal, II - 1, 1956.
6. MATHIESEN, F.R., "Comparison between two methods of treatment for varicose veins", Stockolmo, Act. Chir. Scand, Fase 1 - 119, 1961.
7. QUIJANO HERNANDEZ, H., "Algunas observaciones en relación con la cirugía de las venas varicosas", México, F., Memorias del VII Congreso Latinoamericano de Angiología, 391 - 398, 1964.
8. KELLER, W.L., Citado por FOOTE, R.R., en "Varicose veins. A practical manual", Bristol, Wright, (III ed.), 45 - 138, 1960.
9. BABCOCK, W.W., citado por FOOTE, R.R. en "Varicose veins. A practical manual", Bristol Wright, (3a. ed.), 31 y 165, 1960.
10. FRILEUX, MAIRANO, REVOUL, SAGLIO. Citados por MARTINET, J.D. en "Cure chirurgicale des varices des membres inferieurs", Enciclopedia Medico Chirurgicale, 42, 1971.
11. SHERMAN, R.S., "Further findings based on Anatomic and Surgical Dissection", An. Am. Surg., 130: 218, 1949.
12. GRIENFELD, D., "Evaluaciones de las técnicas quirúrgicas en el Síndrome Post-Trombótico y en las Várices Primarias", Actualizaciones Cardiovasculares, Bogotá, Stella, (I - ed.) m 915, 1974.
13. TIRADO PLATA B., "Insuficiencia venosa en el estado grávido puerperal", Rev. de la Clínica David Restrepo, Bogotá, II - 61, 1960.
14. QUIJANO MENDEZ, H. y DIAZ BALLESTEROS, F., "Los grandes síndromes vasculares", Instituto Mexicano de Seguridad Social, México, 297: 323, 1984.
15. TIRADO PLATA, B., "Actualizaciones cardiovasculares", Mesa redonda, Bogotá, Stella, 902 y 1128, 1973.
16. LANGERON, P., "A propósito de várices pélvicas. En: Acta Phebiologic, 36 (4), 419: 420, 1983.
17. LECHTER, A. "Pelvic Varices and Gonadal Veins". Phlebology 85. Londres, John Libbey and Co. D. Negus y G. Jantet - 225: 229, 1986.
18. ALVAREZ RIVERA, A., Comunicación personal.
19. RUNDGVIST, E., SANDHOLM, L.E., LARXON, G., "Treatment of pelvic varicosities causing lower abdominal pain with extraperitoneal resection of the left ovarian vein", Anuales chirurgial et gynacological, Sweden, 73 - 339: 341, 1984.
20. JARAMILLO R., MEJIA DZG., A., MORALES G., "La flebografía pélvica en el diagnóstico del varicocele del ligamento ancho, Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Bogotá, 15 (6), 429, 1964.
21. PREROVSKY, I., "Ultra structural evidence for collagen degradation in the walls of varicose veins", Exp. Mol. Pathol., New York, 37 - 37: 47, August, 1982.
22. LEU, H.J., "Morphological alterations of non varicose and varicose veins", Basic. Res. Cardiol., 74 (4) - 435: 444, July - Aug., 1979.
23. JURKOVA, Z., MILENKOV, C., "Ultra structural evidence for collagen degradation in the walls of varicose veins", Exp. Mol. Pathol 37 (1) - 37: 47, Aug, 1982.
24. BUCHALA, A.J., LASZT, I., "Estudios de an inmunologic method for the diagnosis of varicose veins", Intern. Arch. Allergy apply Immunol., 49 (3) - 391: 395, 1975.
25. WEGMANN, R., OLIVIER CL., RETTORI, R., "Histochemical studies on the wall of human varicose veins, The saphenous varicose veins", Ann. Histochem, 19 (4) - 285: 292, Oct - Dec, 1974.
26. ROSE S., "Nuevos Estudios sobre Etiología de las Várices", II Congreso Panamericano de Flebología y XIII de Angiología y Cirugía Cardiovascular. Bogotá, Septiembre 1986.
27. MARTORELL, F., "Angiología, enfermedades vasculares", Barcelona, S.A., 255: 257, 1967.
28. ODISIO ANGEL, A. "Várices de los miembros inferiores", Buenos Aires, Akadia, 683 - 75: 80, 1979.
29. HOGENSGARD, I.C. y STURUP, H., Acta Physiol. Scand., 27 - 49m 1952.
30. TIRADO PLATA, B., "Estudio de la pared venosa y de las válvulas de la safena en los especímenes quirúrgicos", (en preparación).
31. HAEGER, K., "Is non radical surgery for varicose veins justifiable", Vasa, 4 (4) - 403: 406, 1975.
32. K. OVAMEES A., PERBECK, L., "Varicose veins. Do not do phlebography unnecessarily; preserve the great saphenous vein", Acta Chir. Scand, (Supply), 500 - 79: 80, 1980.
33. BRUNNER, U.V., "Various view point on varicose surgery", ZFA, (Shuttgard), 57 (2), 67: 72, Jan. 20, 1981.
34. MUN S.A. et Al. "To strip or not to strip the long saphenous vein, A varicose veins trial", Brit. J. Surg., 68 (6), 426: 428, Jun, 1981.
35. OUVRY PA., DAVY, A., "Sparing the internal saphenous veins. Phlebologie", 35 (4) - 857: 864, Oct-Dec, 1982.
36. COOLEY, D.A., WURKASCH, D.O., "Techniques in vascular Surgery", London, W.B. Saunders Co., 202: 203, 1982.
37. TIRADO PLATA, B., "La intervención no radical en las várices primarias. Una alternativa para reservorio de venas autólogas", XI Congreso Latinoamericano de la Int. Cardiovasc. Soc., Julio de 1972, resumen publicado en Actualizaciones Cardiovasculares, Dic., 1975.
38. SALVIDEA, J.C., CASANOVA, J.H., SPINA, J.C., MARTELLA, M.O., "En pro de la cirugía conservadora de la safena interna de várices. Papel de la perforante poplitea", XIV Congreso Latinoam. de la Int. Cardiovas. Soc., Buenos Aires, Oct, 1978.
39. ABRAMOR, E.J., "Subtotal saphenectomy or hemisaphenectomy". Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, 38 (1 - 4), 39: 40, 1980.
40. MAYALL, R.C., "Discusión sobre el trabajo: Conservación de la safena después de la ligadura del cayado", XII Congreso Latinoam. de Angiología, Santiago de Chile, 1974.
41. LARGE J. "Surgical Treatment of Saphenous Varices with Preservation of the Main Great Saphenous Trunk", Jour. Vasc. Surg. The C.V. Mosby Co. St. Louis Mo. 2 (6) 886: 891 - 1985.
42. PFLUG, J.J. "Chronic Venous Imcompetence caused by Stasis or Intermittent Hypertension Via Perforating Veins". En: Perforating Veins. München-Baltimore. Urban & Schwarzenberg - 101: 105 - 1981.
43. PIULACHS, VIDAL BARRAQUER, LANDOIS, MADELUNG. Citados por Pflug J.J. en "Chronic Venous Imcompetence caused by Stasis or Intermittent Hypertension Via Perforating Veins". En: Perforating Veins. München-Baltimore. Urban & Schwarzenberg. 101: 105 - 1981.
44. MAY R., translated by Hirsch H.J. "Surgery of the Veins of the Leg and Pelvis". Philadelphia. W.B. Saunders Co., 9: 16 - 1979.
45. HOBBS J.T. A new Approach to Short Saphenous Vein Varicosities". en Surgery of the Veins. USA. Edited by Bergan J.J. y Yao J.S.T. - Grune & Stratton Inc. 301: 321 - 1985.
46. TIRADO PLATA B., "Trece Consideraciones en la Cirugía de las Várices Primarias", Bogotá. Tribuna Médica. Lerner International Inc. 72 (10) - 20 - 31 - 1985.
47. COOLEY D.A., WUKASCH D.C. Traducido por Suárez D. "Técnicas en Cirugía Vascular". Bs. As. Panamericana. 201 - 1982.
48. GÖTTLOB R. "The Clinical Insignificance of the Rami Perforantes or Communicantes in Primary Varicosis". En Perforating Veins. München-Baltimore - Urban & Schwarzenberg. 109: 117, 1981.
49. TIRADO PLATA B. "La intervención no radical en las várices primarias. Una alternativa para reservorio de venas autólogas". Presentado al XIV Congreso Latinoamericano de Angiología de la International Cardiovascular Society. Bs. As. Octubre, 1978.
50. HOBBS J.T. "Errors in the Differential Diagnosis of Incompetence of the Popliteal Vein an Short Saphenous Vein by Doppler Ultrasound". J. Cardiovasc. Surg. (27) - 169: 174, 1986.
51. MAY R. "The Clinical Importance of Incompetent Perforating Veins in Primary Varicosis". En Perforating Veins. München-Baltimore. Edited by May R., Patsch H., Staubesand J. 118: 122, 1981.
52. MAY R., PARTSCH H. "Concluding Remarks on Pathophysiology and Clinical Significance of Incompetent Perforating Veins". En Perforating Veins. München-Baltimore. Edited by May R., Patsch H., Staubesand J. 133: 133, 1981.
53. MAY R., PARTSCH H. "Other Important Studies on the Pathophysiology of Perforators". En Perforating Veins. München-Baltimore. Edited por May, Parsch, Staubesand, 134: 136, 1981.
54. BJORDAL R. "Circulation Patterns in Incompetent Perforating Veins on the Calf in Venous Dysfunction". En Perforating Veins. München-Baltimore. Edited por May, Parsch, Staubesand. 71: 88, 1981.
55. BJORDAL R. "The Clinical Implication and Therapeutical Consequences of the Observed Hemodynamic Patterns". En Perforating Veins. München-Baltimore. Edited by May, Parsch, Staubesand. 89: 93, 1981.
56. TIRADO PLATA B. "Fisiopatología de la Enfermedad Varicosa", para publicación en la Revista de la Fac. de Medicina de la U.N. Bogotá, Diciembre de 1986.
57. FRILEUX C. "Discusión sobre tratamiento quirúrgico de la enfermedad varicosa. XV Congreso Latinoamericano de Angiología y Cirugía Cardiovascular Acapulco México, Gro. Sept. de 1980.
58. DAY A., OUVRY P. "Possible Explanations for Recurrence of Varicose Veins". Londres, John Libbey. I (1), 23: 32, 1986.
59. SUCHY T., RECEK C. "Resultats du Traitement Ambulatoire des varices" Phlebologie. Paris, Soins de Tournay. 32 (4) - 415: 419, 1979.
60. FRILEUX C. "Les Varices Essentielles de Membres Inferieurs et Leur Traitement". Phlebologie. Paris, Soins de Tournay, 31 (2) - 195: 197, 1978.
61. CABRERA C., CAICEDO V. "Comunicación personal".
62. BAUER, GUNNAR. "Pan-phleboisis". Barcelona. Revista de Angiología. (12)

- 137, 1960.
63. TIRADO PLATA B., Tratamiento quirúrgico no radical de la enfermedad varicosa. Cirugía venosa conservadora. La vena Safena como reservorio de injerto venoso autólogo. Acapulco y Caracas. 1980 - 1984.
64. NEGUS D. "Should Incompetent saphenous vein be stripped to the Ankle. London - Phlebology John Libey y Co. 1 (1). 33: 36, 1986.
65. LOFGREN E.P. "Treatment of long Saphenous Varicosities and their Recurrence: A Long-Term Follow - up". En Surgery of the Veins, edited by Bergan J.J. and Yao J.S.T. Orlando, Fla. USA, Grune & Stratton, Inc. 285: 300, 1985.
66. TIRADO B., LONDONO F., MEJIA A., Tratamiento quirúrgico de la enfermedad varicosa y sus complicaciones 1er. Congreso Médico Nacional 1958.
67. SANCHEZ, C.H. BARROCA DE CAMPOS, CHRISTO M. Safenectomía Selectiva - 17: Congreso - Cap. Latinoamericano de International Society for Cardiovascular Surgery, Caracas, Venezuela, 1984.



Es el Correo Extrarrápido Internacional de Colombia!

Solicite este servicio en las oficinas
del Correo Aéreo.
