

Tratamiento quirúrgico de la insuficiencia venosa crónica postrombótica. Experiencia

EMILIO A. NAVARINI, MARCOS TOMASINI, CARLOS GIORDANO,
JORGE RIPOLLES

Servicio de Cirugía Torácica y Cardiovascular, Jefe: Dr. Emilio A. Navarini. Hospital italiano. Rosario - República Argentina.

Este síndrome se presenta en una gran cantidad de pacientes, llegando a configurar en la población un importante problema socio-económico.

Durante años han sufrido las consecuencias del desconocimiento médico de la fisiopatología de su enfermedad y de la aplicación de un sinnúmero de procedimientos terapéuticos incompletos, antifisiológicos o excesivos.

En el momento actual, gracias a los conocimientos acabados de la fisiología, la anatomía y la patología venosa, es posible entender las alteraciones producidas por la trombosis venosa, e indicar los tratamientos adecuados en las distintas etapas evolutivas de esa enfermedad.

Material y método

Analizaremos la experiencia de nuestro grupo de trabajo en la valoración clínica y el criterio terapéutico aplicado en 135 pacientes portadores del síndrome de insuficiencia venosa postrombótica, en etapa crónica.

El diagnóstico de nuestros pacientes se llevó a cabo luego de una anamnesis correcta, una adecuada valoración de sus antecedentes y un completo examen clínico, con la realización de las pruebas funcionales Brodie-Trendelenburg y Delbet, el estudio flebográfico ascendente y descendente y la ultrasonografía Doppler (7, 12, 16).

Dentro de las distintas formas clínicas de presentación de este síndrome en su faz crónica, nuestros pacientes fueron agrupados en el momento de la consulta de la siguiente manera: 58 de ellos dentro de la forma clínica varicosa, 7 pacientes como forma ulcerosa pura, 12 dentro del grupo edematoso y los 58 pacientes restantes dentro de la forma clínica mixta (8, 9).

En estos pacientes se practicaron 163 procedimientos quirúrgicos combinados sobre la totalidad de las venas profundas y comunicantes enfermas.

En 95 oportunidades se efectuó en forma uni o bilateral la ligadura de las

venas comunicantes a nivel de los troncos venosos profundos de la pierna, por una incisión en la cara interna de la misma (13, 14).

En 14 pacientes se efectuaron ligaduras segmentarias de flebectasias localizadas en las venas profundas de la pierna (12).

La resección de la vena poplítea con sus colaterales fue efectuada en 16 oportunidades (2).

La ligadura de la vena femoral superficial por debajo de la femoral profunda se realizó en 3 pacientes (10, 11).

Las venas perforantes insuficientes de la pierna fueron ligadas a nivel subaponeurótico en 21 oportunidades (10).

En 9 oportunidades, pacientes portadores de lesiones maleolares ulcerosas o escleroatróficas recibieron, a través de incisiones paralelas a las lesiones, desconexiones venosas supraaponeuróticas (12).

En 5 oportunidades se ligaron las perforantes insuficientes inferiores por incisiones retromaleolares (6).

Estos procedimientos en casi todas las oportunidades se asocian entre sí y con aquellos que se aplican como tratamiento de varices superficiales. En el 86 % de nuestros casos las varices superficiales secundarias se encontraban presentes, exigiendo tratamiento quirúrgico asociado a los anteriores en 116 pacientes (12).

Resultados

El análisis de la evolución de los 135 pacientes, motivo de esta comunicación, señala que 107 de ellos (79,2 %) recibieron evidentes beneficios de la aplicación del plan terapéutico recomendado. Los catalogamos como buenos resultados con desaparición de la sintomatología, cierre de las lesiones ulcerosas, mejoría de los signos y recuperación significativa de la capacidad laborativa.

No mejoraron o recidivaron en su signología al poco tiempo 27 pacientes (20 %). Los catalogamos como estacionarios o fracaso del tratamiento.

Un paciente de 77 años de edad falleció en el postoperatorio mediato a causa de un tromboembolismo pulmonar (0,7 %).

Comentarios

Fueron **J. Homans** y **R. Linton** los que demostraron la importancia de las alteraciones venosas profundas para entender la fisiopatología de la insuficiencia venosa crónica. Ellos en trabajos experimentales y clínicos fijaron rumbos en el diagnóstico y en el tratamiento del mismo (10, 11).

En los últimos años cirujanos, radiólogos y fisiopatólogos estudiaron las venas profundas y comunicantes de muchos pacientes portadores de este síndrome (2, 6, 8, 9, 10).

Los exámenes flebográficos demostraron groseras dilataciones e importantes alteraciones en venas profundas y comunicantes de muchos pacientes que con sintomatología significativa podían o no presentar varices superficiales secundarias (7, 14, 16). Los estudios anatomopatológicos de estas comunicantes y profundas enfermas refieren: «paredes engrosadas con esclerosis muscular y

atrofia. Estructura elástica deslaminada y adelgazada, engrosamiento de la interna y fibrosis como resultados de trombosis previas» (5). Aun en los especímenes aparentemente normales, se encontraron microscópicamente lesiones similares. Más del 85 % de las comunicantes presentan lesiones y el 58 % son portadoras de trombosis previas (5).

Aquellos pacientes que superan las etapas aguda y subaguda de la trombosis venosa profunda presentan un síndrome de insuficiencia venosa establecido y definido en un alto porcentaje de casos. Se los considera en etapa crónica. Pudiendo

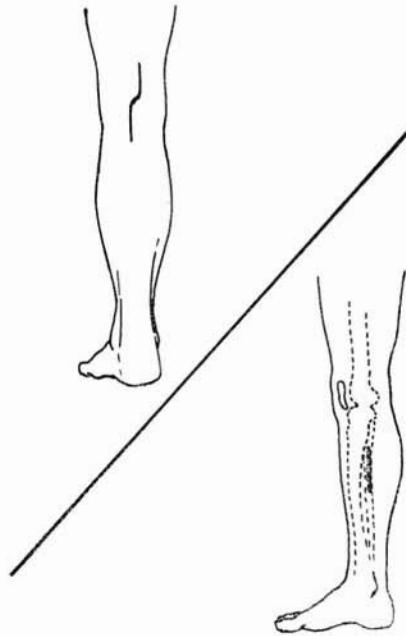


Fig. 1. Flebografía que muestra una grosera insuficiencia venosa comunicante.

Fig. 2. Incisiones quirúrgicas para abordar las venas profundas y comunicantes enfermas de la región poplíteo-peronea y de la región tibio-peronea.

referir entonces una signología típica, única o combinada de edema, trastornos tróficos, alteración en las faneras cutáneas, varices secundarias o úlceras y una sintomatología clásica de dolor, cansancio, pesadez, calambres, etc.

Tienen indicaciones de tratamientos combinados médicos y quirúrgicos.

El tratamiento médico está dirigido a yugular las infecciones o inflamaciones de la piel y del tejido celular subcutáneo y mejorar la situación local y general preparando el terreno para la actitud quirúrgica.

De la valoración clínica y de una adecuada consideración flebográfica surge la decisión quirúrgica y la elección de la táctica y de las técnicas para cada caso en especial. Tiene vigencia una de las leyes de **Linton** que dice: «Las venas varicosas en cualquier parte del cuerpo humano son conductos innecesarios, por lo tanto es mejor sacarlas, ocluirlas o hacerlas "by-pass" si están provocando síntomas» (fig. 1).

De acuerdo al tipo de lesión anatómica, de alteración fisiopatológica y de distintas condiciones locales y generales asociadas se adecúa el tratamiento quirúrgico, que en un gran porcentaje de casos se combina.

Los distintos procedimientos y técnicas quirúrgicas recomendadas son las siguientes:

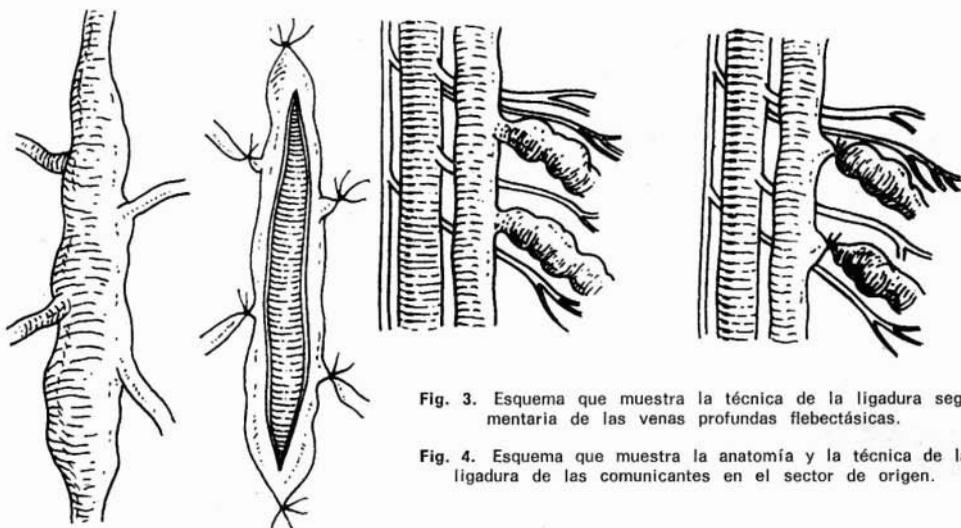


Fig. 3. Esquema que muestra la técnica de la ligadura segmentaria de las venas profundas flebectásicas.

Fig. 4. Esquema que muestra la anatomía y la técnica de la ligadura de las comunicantes en el sector de origen.

a) La insuficiencia venosa de la vena poplítea en pacientes con florida sig-nología e importante sintomatología, documentada fehacientemente por la flebo-grafía descendente, es para nuestro grupo de trabajo indicación de exéresis de la vena poplítea y sus colaterales. Siguiendo los consejos de **Bauer**. A través de una incisión en bayoneta sobre el hueso poplíteo. Disecando cuidadosamente la vena desde el ángulo superior hasta el inferior del rombo poplíteo para reseccarla juntamente con el cayado de la safena externa y las colaterales de la zona. La hemostasia cuidadosa y la síntesis de la aponeurosis son requisitos complementarios indispensables de técnica (2) (fig. 2).

b) La insuficiencia venosa profunda de las venas tibiales posteriores y pe-roneas, con dilatación importante, son documentadas por la flebografía ascen-dente y muy frecuentemente estas lesiones son segmentarias. Las tratamos con ligadura distal y proximal de la zona flebectásica, a la cual agregamos cierre de todas las venas tributarias del sector y abertura longitudinal de la vena pro-funda ligada a fin de evitar la trombosis secundaria (12) (fig. 3).



Fig. 5. Flebografía con una grosera insuficiencia venosa comunicante en tercio medio de la pierna.

Fig. 6. Flebografía postoperatoria luego de haber anulado las comunicantes de la figura anterior.

c) La insuficiencia de las venas comunicantes y musculares que afluyen a los vasos profundos de la pierna, que se manifiestan radiológicamente como groseras dilataciones y que además comunican en general el sistema profundo con el superficial, son anulados a nivel de su entrada en la vena profunda siguiendo los consejos de **San Román**. La ligadura se lleva a cabo en el sector venoso, llamado por este autor sector de origen (13, 14).

Los estudios anatomopatológicos de los paquetes comunicantes demuestran la presencia de filetes nerviosos y vasos arteriales que acompañan a dichas venas (5, 15). Somos partidarios de la desconexión, disecando prolijamente la de-

sembocadura de dicha vena en el colector profundo, para anularla respetando los restantes elementos. La flebografía ascendente es la que nos permite ubicar con exactitud las venas comunicantes patológicas que deben ser anuladas (figuras 4, 5, y 6).

La incisión para actuar sobre las mismas es la descrita por **Szilagy** para diseccionar los troncos arteriales tibioperoneo de la pierna.

d) Las venas comunicantes del sistema venoso profundo al sistema superficial son, además, anuladas en muchas oportunidades a nivel subaponeurótico, siguiendo los consejos de **Linton** (10, 11). Normalmente se practica una incisión longitudinal paralela al borde interno de la tibia que coincide con la usada para actuar sobre los troncos profundos y las venas comunicantes de la pierna. Preferimos practicar incisiones no mayores de 10 cm. Siendo la nutrición cutánea arterial efectuada por arterias tegumentarias terminales de curso subcutáneo, las incisiones deben ser netas hasta la aponeurosis a fin de evitar las necrosis de los bordes de la herida (5, 12).

En aquellos pacientes con mal estado de la piel o groseras lesiones subcutáneas la desconexión venosa subaponeurótica la efectuamos a distancia, según la técnica del escoplaje de **Cigorruga** (3, 4). Por razones puramente estéticas también preferimos el escoplaje subaponeurótico para anular las comunicantes del sector externo de la pierna.

e) En los pacientes portadores de úlcera maleolares, controlando previamente la inflamación y la infección con tratamiento médico adecuado y reposo absoluto, el tratamiento quirúrgico aconsejable es la obliteración de las venas perforantes y comunicantes de la zona sub y periulcerosa. El estado de la piel decide la técnica a efectuar. Si la zona dérmica libre de lesión es supra y retro-maleolar preferimos una incisión a lo **Linton II** baja no mayor de 10 cm. de largo, a través de la cual se efectúa las ligaduras subfaciales de las perforantes insuficientes. Si la zona de piel libre de lesión es inferior o submaleolar, preferimos una desconexión supraponeurótica a través de una incisión curva, tallada siguiendo el borde inferior de la úlcera y separada de la misma por 2 a 3 cm (**Madden**).

Si la lesión dérmica no deja lugar en condiciones para practicar una incisión cercana a la úlcera, aconsejamos la desconexión por medio del escoplaje subaponeurótico desde el tercio medio de la pierna (5, 6 y 12).

f) Las venas varicosas superficiales secundarias a la insuficiencia venosa profunda y comunicante componen muy frecuentemente parte del síndrome, en nuestra experiencia 86 % de los casos, debiendo ser tratado simultáneamente con las venas profundas y comunicantes enfermas. Los procedimientos quirúrgicos que pueden aplicarse en el tratamiento de estas venas varicosas son los mismos que se indican en el tratamiento quirúrgico de las varices superficiales esenciales.

Combinamos varias actitudes quirúrgicas según las venas superficiales enfermas, entre ellas la ligadura y sección de los cayados venosos safenos y sus afluentes, la fleboextracción de las safenas, la resección de paquetes venosos superficiales o la destrucción a distancia de venas enfermas según la técnica descrita por **Buzzi** y **Benchimol** con una tijera larga. Las venas accesorias a las safenas, las que componen los sistemas subdérmicos laterales y las atípicas son

tratadas por fleboextracción con extractores apropiados («cola de chanco»), por exéresis siguiendo la técnica del tubo escoplaje de **Albanese** o practicándoles un enhebrado intraluminal percutáneo a lo **Abrahams** o **Toprover** (1, 12).

Conclusiones

Somos partidarios del tratamiento quirúrgico completo, actuando sobre todas las venas enfermas profundas, comunicantes y superficiales que componen el síndrome de insuficiencia venosa crónica postrombótica. Es por eso que en casi todos nuestros pacientes intervenidos se combinan y adecúan a cada caso en particular los 6 procedimientos enumerados anteriormente. Este es el criterio que interpretamos de valor en la conducta terapéutica quirúrgica del síndrome de insuficiencia venosa crónica postrombótica (12).

Luego de un postoperatorio activo de ambulación progresiva y rápida con vendajes elásticos adecuados, el paciente realiza en domicilio y luego en su trabajo el tratamiento mediato postquirúrgico por tiempo prolongado.

Con algunas modificaciones aconsejamos a los pacientes las normas que **Luque** llamó «la nueva manera de vivir». Dentro del plan terapéutico es importante el tratamiento kinésico adecuado y efectuado tres veces por día con los miembros en elevación de 40 %, el vendaje elástico, la medicación antiadhesiva plaquetaria que muchas veces asociamos y un correcto cuidado de la piel (9, 12).

Como la mayoría de los autores creemos en la necesidad de prolongar el tratamiento por un largo periodo de tiempo, que sobrepasa muchas veces los dos años.

RESUMEN

Se considera en este trabajo algunos aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos en 135 pacientes afectados por insuficiencia venosa crónica de causa postrombótica.

Se efectuaron 163 procedimientos quirúrgicos sobre venas profundas y comunicantes enfermas. En 121 pacientes de los 135 se asoció al tratamiento profundo actitudes quirúrgicas sobre las varices superficiales secundarias.

Se obtuvo buenos resultados en el 79,2 %, no se obtuvo mejoría en el 20 % y un paciente falleció, 0,7 %.

SUMMARY

1

The surgical procedures and their results in 135 postthrombotic patients with chronic venous insufficiency are exposed.

BIBLIOGRAFIA

1. **Abraham, A. J.**: A new operative method of causing thrombosis in varicose veins. «British Medical Journal», 260, 1952.
2. **Bauer** y col.: III Congreso de la Soc. de Cirugía de París. 43: 637, 1959.
3. **Cigorruga, J.**: Actas del VI Congreso Lat. Angiología. 185, 1962.
4. **Cigorruga, J.** y col.: Actas del XXXI Congreso Arg. de Cirugía. 2: 516, 1962.

5. **Corcos, L.:** Morfología de las venas comunicantes de la pierna. «Angiología», 31: 12, 1979.
6. **Degni, M.:** Actas del VI Congreso Lat. de Angiología, 11, 1962.
7. **Feljoo, O. J.; Carena, F. J.; Pedano, J. E.:** Valor de la flebografía en el diagnóstico de la enfermedad tromboembólica. «Revista Arg. de Cirugía», 366, 1972.
8. **Grinfeld, D.:** «Boletines de la Academia Arg. de Cirugía», 43: 637, 1959.
9. **Grinfeld, D.:** «La Semana Médica», 72: 127, 1959.
10. **Linton, R. R.:** Informa: «La importancia de John Homans en las enfermedades de las venas de la extremidad inferior con especial preferencia a la tromboflebitis profunda y al síndrome post-trombótico con ulceración». Depto. de Cirugía, Massachusetts General Hospital, Boston, Mass.
11. **Linton, R.:** «Anals of Surgery», 107: 583, 1938.
12. **Navarini, E. A. y col.:** Síndrome de insuficiencia venosa crónica posttrombótica. «Actas XIX Jornadas Quirúrgicas del Litoral». Agosto, 1978 (en prensa).
13. **San Román, C. J.:** Bases physiopathologiques du diagnostic et du traitement caryl des varices dites essentielles. Extrait de «Phlebologie», 250, 1968.
14. **San Román, C. J.:** Vena comunicante de la pierna. Patología, diagnóstico y tratamiento. «Gaceta Sanitaria», 1973.
15. **Stolic, J.:** Nouvelle division des veines communicantes du membre inférieur. «C. R. Ass. Anat.», 1: 164, 1972.
16. **Townsend, J.; Jones, H.; Williams, J.; Edmund, J.:** «Detection of incompetent perforating veins by venography at operation». «British Medical Journal», 583, 1967.