

UNA MODIFICACIÓN TÉCNICA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS VARICES ESENCIALES

VÍCTOR SALLERAS

Dispensario de Cirugía Vascular del Servicio de Cirugía del Hospital de San Pablo (Prof. Puig Sureda).

Aunque habitualmente utilizamos en el tratamiento de las varices esenciales la ligadura del cayado de la safena interna y de sus colaterales con esclerosis retrógrada de la porción distal de dicha vena, a partir del tercio inferior de la cara interna de la pierna, en ciertas ocasiones, cuando lo creemos indicado, juzgamos conveniente proceder a la extirpación parcial de la safena interna hasta la rodilla, para desde allí proceder a la esclerosis de la porción restante.

Para la extirpación de la safena se siguen habitualmente las técnicas de Babcock o de Mayo tal como fueron descritas o con ligeras variantes. Tales técnicas, aunque eficaces, adolecen a nuestro modo de ver de dos inconvenientes fundamentales, que, si bien pueden no tener repercusiones desagradables en la evolución operatoria, no dejan de representar un peligro potencial.

El primero de ellos es la posibilidad de que el arrancamiento de la vena con sus colaterales de mayor o menor calibre sea susceptible de dejar abiertas bocas venosas de suficiente importancia para dar lugar a hematomas lo bastante considerables para perturbar el curso normal de curación y para obligar a un reposo en cama que facilite la trombosis venosa y la eventual embolia pulmonar con todos sus riesgos y posible gravedad.

En segundo lugar, estos tipos de intervención suelen hacer necesaria la anestesia general o raquídea, que al impedir la inmediata deambulación postoperatoria favorecerán asimismo la flebotrombosis, con idénticas consecuencias que en el caso anterior.

Para obviar en lo posible estos inconvenientes hemos ideado y realizado una intervención que, a nuestro juicio, los evita.

Como ya dejamos apuntado no nos sometemos a un criterio sistemático en la elección del método operatorio; este nuevo procedimiento es, en nuestra

práctica, de excepción y sólo lo aplicamos a casos escogidos previamente en los que suponemos ha de reportar los máximos beneficios.

Vamos a describir en sus tiempos fundamentales la intervención, señalando sus características principales.

Antes de proceder a la operación fijamos previamente con una substancia

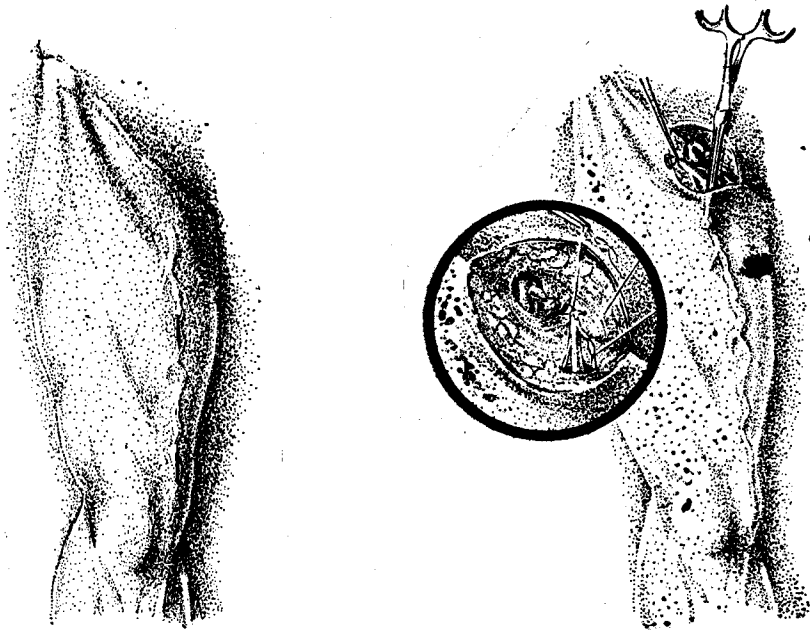


Fig. 1. — Los dos pequeños trazos sobre el trayecto de la vena safena interna indican el lugar donde se practican las dos incisiones que complementan la que deberá efectuarse a nivel del pliegue inguinal

Fig. 2. — Después de ligar el cayado de la safena interna y sus colaterales se inicia el despegamiento distal de la vena. En el círculo se esquematiza la ligadura de colaterales del tronco venoso

colorante los puntos del trayecto de la safena interna, el primero en el tercio medio del muslo y el segundo a nivel del cóndilo femoral (fig. 1).

Anestesia local con novocaína al 1 % de piel y tejido celular subcutáneo, siguiendo el pliegue inguinal y en una extensión de unos 10 cm., los dos tercios internos desde el punto en que percibe el latido de la femoral y un tercio hacia afuera del mismo. Incisión de piel paralela y a nivel de dicho pliegue inguinal de unos 5 cms. de longitud, iniciando su extremidad externa a un centímetro por fuera de la arteria femoral. Incisión de la fascia superficial y del tejido celular hasta alcanzar y poner al descubierto el tronco de la vena safena interna que es aislada y ligada con seda fina dos traveses de dedo por debajo de su desembocadura. Aislamiento y sección entre dos liga-

duras de todas las colaterales del cayado ; es muy fácil, a continuación, aislar del todo la vena a nivel de la fosa oval y descubrir la vena femoral en extensión suficiente para comprobar la posible existencia de colaterales anormales que asimismo deberán desconectarse.

Ligadura del cayado de la safena interna junto a su confluencia con la

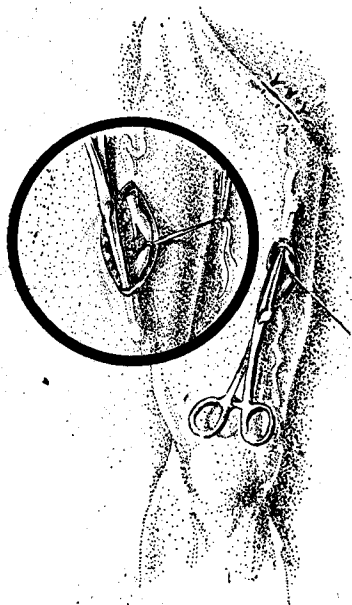


Fig. 3. — A partir de la incisión en el tercio medio del muslo se completa el despegamiento de la vena hacia arriba. En el círculo se inicia la liberación en dirección distal

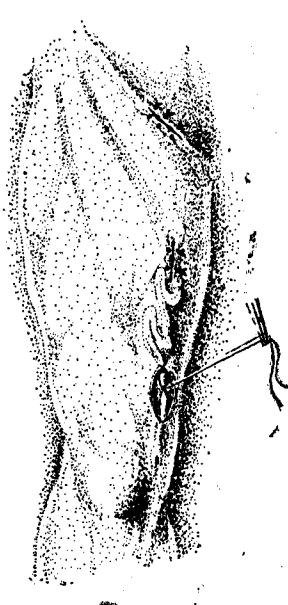


Fig. 4. — Aislamiento y ligadura de la vena en el tercio inferior del muslo

femoral de forma que prácticamente no quede un muñón residual que pudiera ser asiento de trombosis.

Sección de la safena entre dos ligaduras.

Seguidamente y traccionando con el hilo de la ligadura sobre el extremo distal de la vena se procede a aislar la vena del tejido celular subcutáneo valiéndose de una pequeña torunda de gasa montada sobre una pinza de forcipresión y empapada en una solución de novocaína al 1 % (fig. 2). Con este artificio la liberación de la vena resulta prácticamente indolora y si no lo fuera completamos la anestesia infiltrando su trayecto mediante una aguja de inyecciones de 12 a 15 cms. de longitud.

Al mismo tiempo que se va aislando la vena se ejerce tracción sobre ella y de esta forma van apareciendo en el campo operatorio las colaterales de

mayor calibre que son sucesivamente pinzadas, seccionadas y ligadas (fig. 2). Cuando se han exteriorizado de 10 a 12 cms. de vena, se corta el hilo de la ligadura y se abandona la vena despegada en su lecho. Se sutura la fascia superficial por encima del muñón del cayado de la safena mediante un punto de catgut y se cierra la herida operatoria con puntos separados de «nylon».

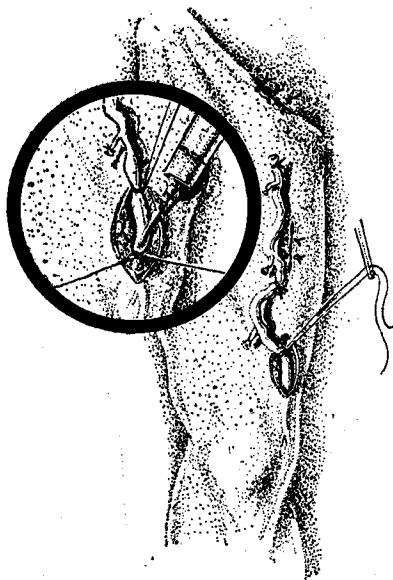


Fig. 5. — La safena interna ha sido extirpada hasta el tercio inferior del muslo. En el círculo, esclerosis retrógrada a partir de la porción distal de la vena

A nivel de la señal practicada con el colorante en el tercio medio del muslo, se infiltra con novocaína al 1 % y se practica una pequeña incisión, de 2 a 3 centímetros, siguiendo el trayecto de la safena interna. Una vez aislada la vena se va liberando hacia arriba siguiendo la misma técnica que en el tiempo anterior y seguidamente se repite la maniobra en dirección caudal (fig. 3). Se atrae el segmento de vena, ya totalmente libre, a la incisión y sin llegar a exteriorizarlo del todo se va introduciendo en la zona despegada del extremo inferior, suturando inmediatamente la piel con un par de puntos de «nylon».

Finalmente y previa infiltración anestésica se incide a nivel de la segunda marca, a nivel del cóndilo femoral, y se procede a liberar la vena hacia arriba hasta alcanzar el extremo del anterior despegamiento (fig. 4). En este momento y ejerciendo una ligera tracción se extrae por la herida operatoria

la totalidad de la vena (fig. 5). No es necesario repetir que en estos dos últimos tiempos han sido ligadas todas las colaterales que van surgiendo en el campo operatorio.

Se termina la intervención introduciendo un trócar en el extremo distal de la safena interna e inyectando en su luz la substancia esclerosante (fig. 5); se secciona el cabo proximal de la vena con lo que queda totalmente extirpada, y se sutura la piel con puntos separados.

Sobre todo el trayecto de la safena interna reseca se coloca una pequeña almohadilla de gasa fijada con esparadrapo y se hace un vendaje de muslo ligeramente compresivo.

Desde la raíz de los dedos hasta inmediatamente por debajo de la rodilla colocamos un vendaje de cola de zinc que evitará el edema y favorecerá la síntesis de las paredes venosas.

El enfermo es invitado a regresar a su habitación por su propio pie y se le indica la necesidad de que se levante y ande por lo menos cinco minutos cada hora hasta que llegue el momento del reposo nocturno.

Al día siguiente se levanta también varias veces al día, y si se encuentra bien le permitimos abandonar el hospital y regresar a su domicilio. A los siete días se retiran los puntos y a los quince el vendaje de cola.

En conjunto la operación no es muy laboriosa y puede ser llevada a cabo en unos 50 minutos y aún menos en los casos fáciles.

Hasta ahora los resultados obtenidos nos satisfacen plenamente; no hemos observado hematomas ni infiltraciones profundas de la región; sólo alguna ligera equimosis por pequeñas sufusiones sanguíneas procedentes de algún pequeño vaso arrancado en las maniobras de liberación y cuya retracción no lo ha dejado del todo exangüe.

Llevamos poco tiempo practicando esta intervención y por lo tanto no queremos ni podemos hablar de resultados lejanos. Sin embargo, no creemos haya razón ninguna que nos impida suponer serán por lo menos semejantes a los obtenidos con técnicas parecidas apoyadas en el mismo fundamento.

Agradecemos a nuestro colaborador Dr. Brull los esquemas que ilustran el trabajo.

RESUMEN

Se expone en este trabajo una modificación técnica en el tratamiento quirúrgico de las varices esenciales. Consiste en practicar, además de la ligadura del cayado de la safena interna y de sus colaterales, una fleboextracción de la porción femoral de dicha safena siguiendo un procedimiento personal y la esclerosis retrógrada de la porción restante.

Este procedimiento sólo es aplicado por el autor en casos escogidos previamente, en los que supone ha de reportar los máximos beneficios.

S U M M A R Y

A new technical modification in the surgical treatment of varicose veins is reported in this work. It consists in the high ligation of the great saphenous vein and its colaterals, and also the stripping of the femoral portion of this vein according to a personal technique, followed by retrograde sclerosis of the distal portion.

This procedure is only applied by the author in previously selected cases in which he assumes the utmost benefits are to be secured.