

NUESTRA EXPERIENCIA DE VEINTE AÑOS EN LA TERAPÉUTICA DE LAS VARICES Y DE SUS COMPLICACIONES (*)

MARIO MAIRANO Y RENZO CASTAGNA

*Primario Cirurgo y Assistente Cirurgo dell'Ospedale S. Giovanni
e della Città di Torino (Italia)*

Una hojeada a la literatura de los últimos veinte años sobre la terapéutica de las varices es suficiente para demostrar que ésta se basa hoy día casi únicamente en dos métodos: el esclerosante y el combinado quirúrgico-esclerosante.

La terapéutica exclusivamente quirúrgica dominante casi durante treinta años, orientada a la safenectomía total de MADELUNG y sus diversas modificaciones, a las incisiones circulares según MORESCHI y MARIANI, SCHEDE NUSSBAUM, y a las espiroidales según RINDFLEISCH-FRIEDEL, está hoy casi abandonada. Estos métodos se hallan aún citados por los autores a título exclusivamente cultural e histórico.

La terapéutica de las varices ha marcado sin duda un progreso con la aplicación práctica de los nuevos métodos ahora en uso, lo que queda probado de manera suficiente por la rápida propagación de esta forma de terapéutica y por el progresivo aumento del número de enfermos que hoy acuden al tratamiento.

Asistimos en la actualidad en todos los países al crecimiento de una actividad verdaderamente notable y confortante en este campo de la patología, que por mucho tiempo había estado descuidado, y esta intensidad de trabajo induce a esperar seguramente un porvenir de continuo progreso.

Los conocedores de esta materia siguen en general dos tendencias: la primera, preferida de los «médicos», es la que reconoce como método de elección la terapéutica esclerosante pura; la segunda, sostenida por los «cirujanos»,

(*) Traducido del original en italiano por la Redacción.

tiende a preferir los métodos combinados quirúrgico-esclerosantes. Con estos métodos los cirujanos afirman obtener con mayor rapidez y seguridad resultados buenos y definitivos.

Este dualismo es natural y fácilmente explicable y en cierto sentido también útil, pues estimula a los partidarios de uno y de otro método en la búsqueda para obtener resultados siempre mejores. Químicos y médicos compiten en el esfuerzo de descubrir nuevos líquidos esclerosantes que posean una gran eficacia y sean perfectamente tolerables, por lo que es frecuente leer trabajos y relaciones sobre resultados obtenidos con sustancias esclerógenas nuevas. Por su parte, los cirujanos buscan siempre pulir más y más la técnica de sus métodos para hacerlos más radicales y de fácil ejecución.

Es sabido que en estos últimos veinte años muchos cirujanos han utilizado métodos combinados quirúrgico-esclerosantes que difieren entre sí en los detalles de la técnica, pero que generalmente se inspiran en el principio de ligar en uno o más puntos la vena varicosa y completar el tratamiento asociándole el método esclerosante. Recordaremos brevemente a MENEGEAUX en Francia, MOSZKOWICZ en Alemania, DODD y FOOTE en Inglaterra, MARTORELL y su escuela en España, y entre los americanos Mc PHEETERS, PRATT, FAXON, WAUGH, OCHSNER y MAHORNER, DEAN, y DULLIN.

Uno de nosotros (MAIRANO), en 1930, ideó un método combinado, del que hablaremos con detalle en seguida, y en veinte años, más de 2.500 enfermos han sido intervenidos por este procedimiento, obteniendo óptimos resultados.

La «enfermedad varicosa», como es sabido, es una afección que se desarrolla en el transcurso de varios años, pasando por fases diversas, alguna de las cuales presenta características clínicas especiales. Las complicaciones contribuyen, en fin, a dar al cuadro aspectos diversos y siempre más graves, por lo que algún caso adquiere una particular fisonomía y la elección de un tratamiento apropiado asume la máxima importancia. Premisa indispensable para obtener un buen resultado es, por tanto, la de fijar las indicaciones terapéuticas exactas antes de emprender cualquier tratamiento, y esto requiere por parte del médico una particular competencia que se puede adquirir sólo tras haber tenido ocasión de examinar, tratar y seguir un gran número de estos enfermos.

Si la indicación terapéutica se establece con exacto criterio, el enfermo puede obtener una buena curación, en general sin sufrir un tratamiento largo y doloroso y sin esperar la coyuntura de la suerte. También los casos más graves y complicados pueden en general obtener mejorías tales que coloquen al enfermo en condiciones de reemprender su actividad laboral.

En los largos años durante los cuales nos hemos dedicado en particular a la terapéutica de las varices hemos podido lograr una experiencia basada en la observación de varios millares de enfermos que han sufrido diversos trata-

mientos, por lo que creemos útil exponer a los colegas los conceptos terapéuticos que hoy seguimos y creemos responden mejor al objeto. Será un placer para nosotros si esta breve reseña puede ser útil y sirve para promover cambios de ideas, con el fin de mejorar siempre más nuestros conocimientos en este importante campo de la patología.

1.º *Tratamiento de las varices iniciales, en las cuales no existe insuficiencia valvular total de la safena.*

Se trata en general de sujetos jóvenes (18-25 años), que presentan en la cara interna de la pierna o más rara vez en la posterior grupos constituidos por dos o tres ectasias venosas de escaso volumen, comunicando entre sí por medio de cortos segmentos de vena algo dilatada, pero no siempre visible. En otras partes del miembro no se observa presencia de varices. Se puede pensar que estas pequeñas ectasias sean consecuencia de la insuficiencia valvular de una comunicante y que la presión venosa proveniente de la vena profunda ha provocado la dilatación. Si en verdad es tal su génesis, ocurre en este caso el mecanismo genético señalado por TERRIER y ALGLAVE para explicar las llamadas varices de esfuerzo. Asimismo, MARTORELL piensa que el origen de las varices esenciales es debido a la hipertensión venosa ortostática transmitida del sistema venoso profundo al superficial. Manifestaciones varicosas similares se advierten, a veces, en sujetos adultos entre los 30 y 40 años, y del interrogatorio se deduce con frecuencia que su aparición tuvo lugar tras una enfermedad infecciosa. Por lo común se trata de personas con anamnesis familiar negativa desde el punto de vista varicoso.

En estos casos el examen clínico no evidencia ectasia alguna de la safena a lo largo del muslo, ni a la palpación ni a la exploración del signo de Schwarz. Se trata por tanto de manifestaciones varicosas aisladas.

En estos casos la terapéutica esclerosante simple encuentra su indicación más eficaz, por cuanto consigue fácilmente obtener la desaparición completa de las manifestaciones varicosas.

Nosotros la hemos practicado en más de 2.500 casos, obteniendo en buen número de ellos la curación definitiva. En otros, por el contrario, con el tiempo y con frecuencia por la intervención de factores agravantes (embarazo, enfermedades infecciosas), hemos comprobado la recidiva con extensión del estado varicoso a toda la safena, para lo cual es necesaria la intervención descrita en el párrafo siguiente.

2.º *Tratamiento de las varices con insuficiencia valvular total de la safena sin complicaciones.*

En la mayoría se trata de la safena interna, únicamente. Según nuestra estadística dicha safena se afecta en el 94 por ciento de los casos: 43,5 por ciento en la izquierda, 27,5 por ciento en la derecha y 23 por ciento bilateral.

La safena externa se afecta en el 2,6 por ciento de los casos, y en el 3,5 por ciento restante ambas safenas a la vez.

Aquí el simple tratamiento esclerosante está abocado al fracaso, siendo en muchos casos imposible y aún peligroso esclerosar por entero la safena hasta la fosa oval. Cuando las ectasias son muy voluminosas la esclerosis da lugar con frecuencia a visibles nódulos duros que persisten en general largo tiempo y que muchas veces dejan pigmentaciones cutáneas persistentes, muy desagradables para el enfermo.

En estos sujetos, cuando naturalmente la circulación profunda está íntegra, encuentra su mejor indicación el tratamiento combinado quirúrgico y esclerosante.

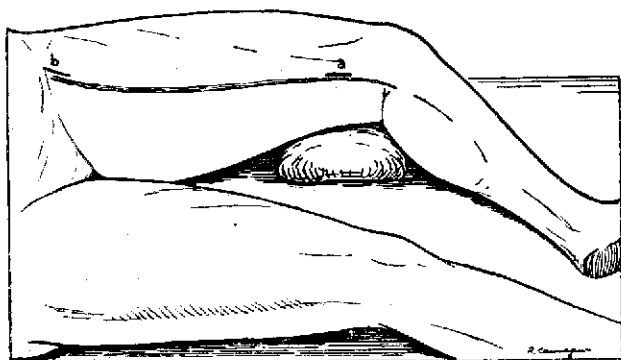


Fig. 1

Exponemos aquí con brevedad la técnica del método ideado por MAIRANO y que hasta ahora hemos aplicado en cerca de 2.500 casos con resultado en verdad óptimo.

Puesto en pie el enfermo, se señala en la piel mediante dos superficialísimas escarificaciones, con una aguja de Pravaz, los puntos donde debe caer la ligadura de la safena. En algunos casos, especialmente en el hombre, este preliminar es facilísimo, pues la safena es visible en toda su extensión hasta la confluencia. No obstante, en la mayor parte de casos, y se puede decir en la totalidad de las mujeres, la safena femoral no es visible y es preciso entonces buscarla por palpación.

En los casos de varices totales de la safena interna con insuficiencia valvular, el trayecto de la vena se consigue individualizar con la exploración de la oleada sanguínea, que se practica del modo siguiente: aplicados los pulpejos de los dedos de la mano izquierda sobre la cara interna del muslo, se percuten con la punta de los dedos de la mano derecha con pequeños golpes repetidos

los nudos varicosos más voluminosos de la pierna. De este modo se provoca una onda sanguínea en dirección centrípeta que se advierte a su paso por la mano izquierda. Repitiendo algunas veces la maniobra se puede localizar exactamente el punto por donde transcurre la safena y señalarlo con precisión.

En algunos sujetos algo obesos quizá la percepción de la oleada sanguínea no es tan fácil y es necesario explorarla atentamente para poder señalar con exactitud el trayecto de la vena. Es necesario también recordar que la profundidad de la safena es muy variable, de manera que en algunos casos se halla adosada a la aponeurosis, mientras que en otros se encuentra inmediata a las primeras capas del subcutáneo. Es obvio que cuando la safena es más profunda

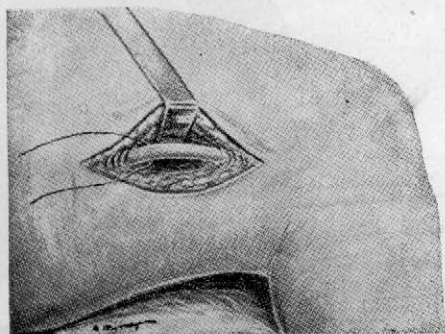


Fig. 2

requiere una localización exactísima, pues en caso contrario se corre el riesgo de tener que recurrir a una larga y difícil búsqueda entre el tejido graso subcutáneo, tal vez muy abundante, en especial en la mujer.

El paciente se acuesta en posición supina en la mesa operatoria con una almohadilla bajo el hueso poplíteo y con el miembro ligeramente abducido, encorvado y en rotación externa (fig. 1). En los dos puntos previamente señalados se practica anestesia local en una extensión de 3-4 cm.

Se inicia la intervención con una incisión de 2-3 cm. en el punto distal y se aísla la vena, bajo la cual se pasa un asa de catgut (fig. 2). Esmerada hemostasia de los pequeños vasos del dermis y del tejido adiposo subcutáneo. Observar con atención que durante el aislamiento de la vena no hayan sido heridas pequeñas colaterales, en cuyo caso deben ser cuidadosamente ligadas. Se hace levantar la extremidad por un ayudante, de manera que se coloque casi en posición vertical en relación con el plano de la mesa, y se mantiene así durante dos o tres minutos al objeto de obtener el vaciamiento completo de todas las ectasias venosas (fig. 3). Es útil, cuando éstas son voluminosas y

sobre todo serpentinas, favorecer el vaciamiento por medio de una ligera expresión manual en sentido centrípeto a lo largo del miembro. Siempre con éste levantado, se liga la vena en el extremo superior de la herida con el hilo de catgut colocado antes, y se restituye el miembro a la mesa.

Elevando, con una ligera tracción del hilo de catgut, la vena aislada del fon-



Fig. 3

do de la herida, se introduce una aguja en la vena inmediatamente por debajo de la ligadura (fig. 4). Antes de inyectar el líquido esclerosante es necesario asegurarse de modo cierto que la punta de la aguja esté perfectamente libre en la luz del vaso, tras lo cual se inicia la inyección, que debe realizarse con lentitud (uno o dos minutos para 15-20 c. c. de líquido), alternando la introducción de 3-4 c. c. de líquido con la aspiración en la jeringa de 1-2 c. c. de sangre.

Nosotros utilizamos una aguja de un diámetro 0'8 mm., curvada, al objeto de facilitar su introducción en la vena, en especial en los casos en que ésta es profunda, como en los individuos algo adiposos. La aguja está provista de una llavecilla de cierre, muy útil para evitar durante la inyección y la extracción la caída en la herida de gotas de líquido esclerosante.

La dosis del líquido esclerosante, salicilato sódico al 20 por ciento, se establece en relación a la extensión de la ectasia venosa. Como promedio inyectamos 10-12 c. c. en los casos iniciales con ectasias poco voluminosas y difusas, mientras llegamos a los 20 c. c. en los casos avanzados con ectasias muy evidentes y extensas.

Esta dosis comporta la introducción de 4 gr. de salicilato, cantidad no elevada y con la cual no hemos observado nunca disturbios particulares.

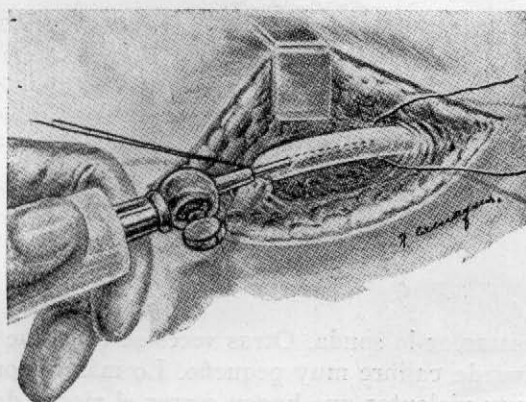


Fig. 4

El líquido debe fluir en la vena con facilidad, sin requerir una verdadera presión sobre el émbolo de la jeringa. La vena no debe hincharse durante la inyección. Si esto tiene lugar puede depender de un obstáculo existente en la vena, por lo general un pliegue valvular en correspondencia con alguna colateral subyacente, y en tal caso es necesario aislar la vena hacia abajo en un trecho de uno o dos centímetros más, sin extraer la aguja, y buscar sobrepasar el obstáculo introduciendo con cautela la aguja en la vena, haciéndola deslizar con la punta en contacto de la pared e imprimiéndole ligeros movimientos de rotación. Antes de reemprender la inyección es preciso asegurarse, con la aspiración, de la justa posición de la aguja en la vena.

Ultimada la inyección se aísla aún la vena hacia abajo lo más posible y se liga en el punto más distal. Tras haberla seccionado se corta el lazo puesto con anterioridad y mediante tres pinzas de Kocher se sujeta el borde de la sección venosa, dilatando su luz de modo que se pueda introducir con comodidad el extremo en botón de la sonda de Babcock (fig. 5).

Sosteniendo en ligera tracción el muñón de la vena mediante las pinzas, se empuja ligeramente la sonda hacia arriba, imprimiéndole leves movimientos de rotación y buscando modificar la posición de la oliva con pequeñas pre-

siones con la punta de los dedos a través de la piel. En la mayoría de los casos la sonda avanza sin dificultad hasta la parte superior de la confluencia. En algún caso, por la presencia de tortuosidades o más frecuentemente de ampulosidades a lo largo del trayecto, el botón de la sonda queda detenido impidiendo su progresión. Con un poco de paciencia y de práctica se logra

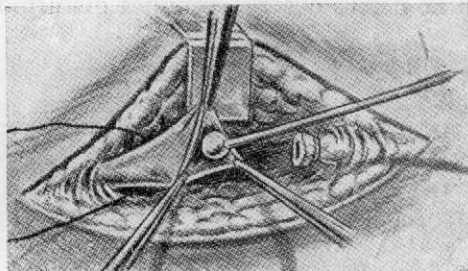


Fig. 5

con frecuencia desatascar la sonda. Otras veces se consigue el intento usando una sonda con oliva de calibre muy pequeño. Lo más importante es no practicar maniobras muy violentas que hagan correr el riesgo de perforar la vena

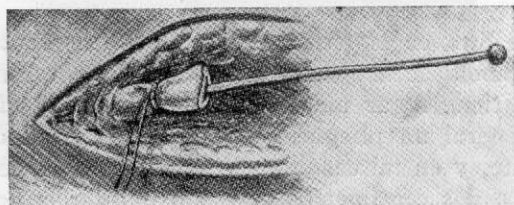


Fig. 6

y crear una falsa vía, comprometiendo así el éxito de la intervención. Es más aconsejable realizar una pequeña incisión en el punto donde se detuvo la sonda y liberarla bajo el directo control de la vista, o bien practicar la extirpación de la vena en dos segmentos.

Asegurados por la palpación de que el extremo de la sonda ha alcanzado el punto deseado, se coloca temporalmente una ligadura en el muñón venoso de la incisión inferior con objeto de estrechar la vena contra la sonda para evitar pérdidas de sangre (fig. 6), y se procede al aislamiento de la vena hacia arriba, lo cual es fácil y rápido merced a la guía suministrada por la presencia de la sonda en la luz vascular.

Aislada la vena en unos 2-3 cm., se pasa por debajo un grueso hilo de catgut con aguja de Deschamps y se anuda en el punto más alto. Un segundo hilo de seda gruesa se pasa ahora por debajo de la vena y se anuda a una distancia de 1-2 cm. del primero, sobre la sonda y por debajo de la oliva (figura 7).

En esta región se hallan habitualmente colaterales a veces de cierta importancia, entre ellas las pudendas externas, la circunfleja ilíaca, la epigás-

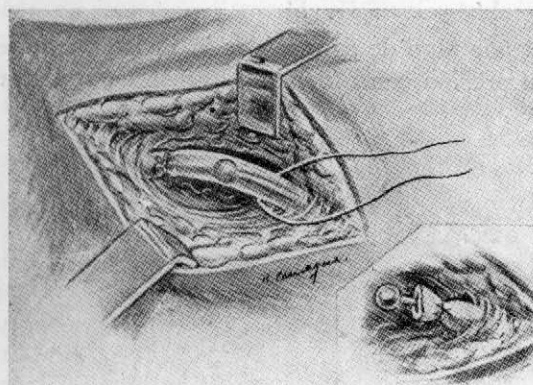


Fig. 7

trica superficial, que deben ser cuidadosamente ligadas y seccionadas. La ligadura de estas venas colaterales es importantísima, porque anastomosándose con troncos venosos que ascienden a lo largo del muslo pueden entonces favorecer la formación de nuevas varices. En los casos con varices voluminosas es fácil hallar una ectasia ampular que puede alcanzar el tamaño de una nuez y asimismo el de un huevo pequeño, al extremo de simular a la inspección una hernia crural. Estas dilataciones tienen siempre una pared bastante sutil, fácilmente lacerable, por lo que deben ser aisladas con mucha cautela para evitar su rotura, lo que daría lugar a una abundante hemorragia. Cuando sea posible conviene aislar primero la vena por encima de la dilatación ampular, donde, siendo también el calibre venoso notable, el aislamiento es más fácil y las paredes más robustas; tras ligar en este punto, seccionar la vena, abandonar el muñón central y proceder después al aislamiento de la ampolla varicosa. De este modo, aunque se produzca la rotura de la pared, la hemorragia es escasa y de fácil coerción.

Se secciona ahora la vena entre las dos ligaduras y se abandona el muñón central.

Se procede entonces a la extracción de la vena tirando de abajo por la sonda

mediante una tracción continua, pero sin violencias (fig. 8). En la mayoría de los casos la vena queda extirpada en su totalidad, causando sólo un dolor de brevísima duración y fácilmente soportable. Cuando la vena se desgarrá, lo que sucede en un mínimo tanto por ciento de los casos, y queda un trozo en el sitio, entonces es conveniente ensartar la sonda en el muñón distal haciéndolo retroceder hasta la incisión superior, por la cual se hace salir su extremo. Se liga entonces el muñón inferior de la vena sobre la sonda y con una tracción en sentido opuesto al precedente se extrae el segmento de vena residual.

En algún caso sale algo de sangre por la incisión inferior, en especial si se frota con ligera presión con un rollo de grasa de arriba a abajo a lo largo

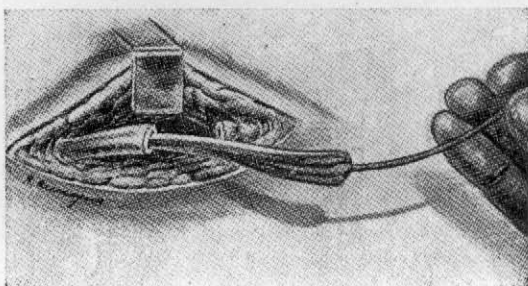


Fig. 8

del trayecto de la safena. Como máximo basta, en estos casos, una leve compresión sobre la cara interna del muslo y la discreta hemorragia se detiene en pocos minutos.

Esmerada hemostasia de los pequeños vasos subcutáneos de las dos incisiones, sutura de la piel con puntos de seda empezando por la incisión superior.

Con una venda elástica se practica vendaje ligeramente compresivo, desde el pie hasta por encima de la rodilla. Se levanta la venda transcurridas 24-48 horas.

El operado es encamado, con una almohada bajo el miembro para facilitar la circulación de retorno. Aconsejamos a los pacientes que no tengan el miembro inmóvil, sino moverlo sin temor al cambiar de posición en la cama.

En los casos comunes levantamos al operado al tercer día, haciéndole dar algún paso por la habitación. En el sexto día se quitan los puntos y se despide al paciente.

Los resultados inmediatos y a distancia que hemos obtenido son verdaderamente óptimos: en cerca del 80 por ciento de los casos las varices quedan

esclerosadas por completo con sólo el tratamiento aplicado durante la intervención; en los otros casos puede ser necesario practicar todavía alguna inyección esclerosante en alguna ectasia.

Una reciente revisión efectuada por uno de nosotros (CASTAGNA) y por IMPALLOMENTI, sobre 933 operados a una distancia de tiempo entre 2 y 10 años, ha dado un 10,6 por ciento de recidivas, muchas de las cuales consistían, no obstante, en pocos nódulos varicosos que hubieran podido curar con alguna inyección esclerosante.

3.º *Tratamiento de las varices con insuficiencia de la safena complicada de edema, eczema, úlcera.*

En estos casos, cuando el edema es muy pronunciado o bien existen procesos flogísticos debidos a eczema o úlcera, metemos al paciente en cama, practicando sobre la región enferma pincelaciones con soluciones de azul de metileno o de verde brillante. A veces usamos también polvos o pomadas sulfamídicas o de penicilina. En los casos en que la úlcera es extensa e infiltrada o presenta procesos necróticos con secreción fétida, solemos acelerar la limpieza de la úlcera con un tratamiento endoarterial de penicilina, inyectando un promedio de 200.000 a 500.000 U. de penicilina por día, en la arteria femoral por debajo del ligamento inguinal. Apenas obtenida la desaparición completa del edema y de la inflamación, lo que en general se consigue no más allá de 5-8 días como promedio, se practica la ligadura y la extracción de la safena en el muslo con la técnica descrita en el párrafo 2.º.

Cuando el enfermo comienza a levantarse, para acelerar la cicatrización de la úlcera, practicamos el tratamiento con la esponja de goma y el vendaje elástico (MAIRANO, «Minerva Médica», Torino, vol. II, n.º 33, 1934).

Por cuanto en estos casos se trata frecuentemente de personas ancianas y con úlceras inveteradas y extensas, los resultados son óptimos y duraderos.

4.º *Tratamiento de las varices con insuficiencia total de la safena y flebitis varicosa previa.*

En estos casos, cuando la flebitis es grave y ha provocado la trombosis definitiva de todo el árbol safeno, el sólo tratamiento aconsejable es la safenectomía. Ésta se puede ejecutar cuando hayan cedido los fenómenos inflamatorios, esto es, cuando ha desaparecido por completo la rubefacción y la compresión digital sobre la vena trombosada no provoca dolor alguno.

En los casos más leves, en los cuales la tromboflebitis es parcial, limitada generalmente a alguna ectasia de la pierna, estando la safena femoral indemne, se puede practicar la ligadura y la extracción de la safena apenas hayan cedido los fenómenos inflamatorios. La dosis de salicilato a inyectar debe ser reducida, en estos casos, proporcionalmente al territorio varicoso que debe esclerosarse. En algunos casos, como medida prudencial, hemos usado soluciones de salicilato al 15 más que al 20 por ciento. No hemos observado nunca

que el líquido esclerosante haya reactivado los focos de flebitis varicosa, por lo que este peligro debe considerarse más teórico que real. También otros autores, con experiencia más vasta que la nuestra, como DELATER, HUMBERT, LINSER, FILDERMANN, comparten en este punto nuestra opinión.

Si, con el paso del tiempo, la ectasia venosa sede de la flebitis tiende a recanalizarse, lo que tras la ligadura de la safena es muy improbable, se puede recurrir con buen resultado a la simple terapéutica esclerosante.

5.º *Tratamiento de las varices en pacientes con flebitis profunda previa.*

Ante este precedente anamnésico el enfermo debe ser examinado con atención antes de emprender cualquier acto terapéutico. El tiempo transcurrido desde la flebitis no tiene importancia alguna para establecer la línea de conducta a seguir. Sólo la exacta valoración de las condiciones de la circulación profunda vale para ilustrarse sobre la naturaleza de las ectasias varicosas y entonces indicar la conducta terapéutica.

Cuando el médico tiene la práctica suficiente puede, con la simple inspección, sospechar la naturaleza compensadora de ciertas ectasias venosas. Un elemento importante a observar es la topografía de las venas, las cuales con frecuencia no se hallan en su localización habitual, sino que aparecen en regiones diversas, como la cara posterior del muslo vaciándose en las glúteas profundas, sin que en la pierna se noten ectasias; o bien en la cara interna del muslo, muy superficiales y formando una especie de red de mallas muy anchas. En estos casos, examinando las regiones inguinal, epigástrica y suprapúbica, se halla frecuentemente una acentuación de la red venosa y en muchos casos verdaderas y propias ectasias con frecuencia voluminosas. La región pubiana es examinada y palpada con particular atención, pues a veces los pelos pueden enmascarar ectasias bastante voluminosas, si bien no muy prominentes.

Para asegurarse de la permeabilidad de la circulación profunda, además de investigar la prueba de RIMA-TRENDELENBURG, es indispensable la de DELBET y MOCQUOT. Si durante la marcha las varices en vez de vaciarse se ingurgitan, es evidente que el drenaje hacia la circulación profunda está suprimido. Con frecuencia la prueba es incierta dado que el edema enmascara en gran parte las varices, y entonces está indicado explorarla tras haber tenido al paciente en el lecho durante algunos días hasta la desaparición del edema.

DELATER, además de la prueba de DELBET y MOCQUOT, aconseja la prueba de la compresión metódica continua de la red venosa superficial con la aplicación de un vendaje de tarlatana impregnado en cola de Unna, o bien simplemente de una venda elástica. Si en el espacio de unos días mejoran las condiciones subjetivas y objetivas del miembro, quiere decir que la supresión temporal del edema superficial, obtenida con la compresión, ha mejorado las

condiciones circulatorias de la extremidad. La circulación profunda debe ser por tanto permeable; y la supresión de las venas superficiales dilatadas que permiten el reflujo de parte de la sangre desde la raíz del muslo hacia abajo, aumentando el trabajo de la circulación profunda, será beneficiosa.

Con la esmerada investigación de estas pruebas es posible establecer con exactitud, en muchos casos, el estado funcional del sistema profundo; y si éste es bueno se puede emprender sin temor alguno la terapéutica de las varices. De este modo hemos podido someter a la ligadura de la safena, según el método descrito, numerosos casos con resultados satisfactorios y en otros numerosos enfermos seguir un tratamiento simplemente esclerosante.

En los últimos dos años hemos practicado, en casos de dudosa interpretación, la flebografía con inyección de 20 c. c. de Joduron en el sistema superficial. Como lugar de inyección hemos escogido ya la región distal en la vecindad de los maléolos, ya la región alta en la vecindad de la confluencia, teniendo el miembro en una inclinación aproximada de 45°. En algunos casos se han practicado dos flebograftas con inyección en ambos sitios.

Los flebogramas así obtenidos permiten observar bien la circulación superficial y establecer si es o no suficiente; además es posible descubrir sus relaciones con el sistema profundo, poniendo en evidencia las eventuales alteraciones que puedan presentarse. Estos elementos no se pueden obtener con la sola investigación de los signos clínicos, y precisamente por esto la flebografía representa en determinados casos una preciosísima ayuda que permite establecer con seguridad las indicaciones terapéuticas.

Una importancia de mucha mayor amplitud asume la flebografía en los casos de enfermos postflebíticos en los que no existen varices clínicamente revelables, pero presentan edemas y sobre todo úlceras de origen circulatorio. En ellos la exploración flebográfica establece directamente la eventual existencia de una circulación retrógrada profunda debida a la canalización de los vasos antes trombosados.

Según nuestra experiencia, en estos enfermos la flebografía es preferible practicarla por vía retrógrada en la vena femoral o en la poplítea con la extremidad inclinada 45°. Con esta técnica las causas de error en la interpretación del flebograma son mínimas y con frecuencia se puede establecer con certeza la existencia de una insuficiencia profunda con circulación retrógrada y sentar la indicación de interrupción quirúrgica en un punto determinado. Siguiendo esta técnica hemos podido practicar en numerosos casos de postflebíticos la ligadura de la poplítea o de la femoral con buen resultado.

Es cierto que la interpretación de la imagen flebográfica es con frecuencia difícil, y sólo tras haberla practicado en muchos casos se puede lograr una buena experiencia que permita poder servirse con ventaja de este precioso medio de exploración.

6.º *Tratamiento de las varices en la safena externa.*

Representan un pequeño tanto por ciento de casos. Tras haberse asegurado aquí también de la permeabilidad del sistema profundo, procedemos del modo que sigue: con la investigación del signo de la oleada ejecutada con el paciente en posición de pie, se señala la safena con una pequeña escarificación en el hueco poplíteo. Para la intervención el enfermo se coloca en la mesa en decúbito prono, y con una pequeña incisión se descubre la vena en el punto señalado. Se pasa un hilo de catgut por debajo, se dobla simplemente la rodilla para vaciar las ectasias venosas, y se liga la vena en el extremo superior de la herida en la inmediata vecindad del punto donde penetra a la profundidad para desembocar en la poplítea. Se devuelve ahora el miembro a la mesa y se practica, con la misma técnica descrita para la safena interna, la inyección esclerosante a dosis proporcionadas a la extensión de las varices. Como promedio son suficientes 10-12 c. c. de salicilato al 20 por ciento. Sutura de la aponeurosis con catgut y de la piel con seda. Al tercer día se hace levantar al operado.

7.º *Tratamiento de las varices en el embarazo.*

En estos últimos años hemos abandonado el sistema de abstención absoluta de cualquier intervención durante el embarazo, que por mucho tiempo fué considerado como ley sin excepción.

Hemos tratado cierto número de casos siguiendo naturalmente indicaciones diversas de las de los casos normales.

Como líquido esclerosante preferimos el salicilato sódico al 20 por ciento, que está privado de cualquier acción secundaria nociva sobre el organismo de la gestante y del feto.

Hasta ahora nos hemos atendido al principio de esclerosar sólo las varices preexistentes al embarazo que tienen tendencia a dilatarse con rapidez produciendo en la paciente sensación de pesadez y de dolor. Muchas veces estas varices comienzan a dilatarse y a molestar ya en el 3.º-4.º mes, y es en este período que está indicado intervenir siendo fácil obtener la esclerosis, evitando mayores disturbios consecutivos.

El tratamiento puede proseguirse, si nuevas ectasias lo requieren, hasta el 7.º mes o al principio del 8.º sin inconvenientes, con gran alivio para la gestante. En general el bienestar subjetivo, en opinión de la paciente, es notabilísimo incluso tras pocas inyecciones practicadas en los puntos varicosos más importantes.

En presencia de complicaciones eczematosas y ulcerosas el tratamiento está aún más indicado.

La terapéutica esclerosante en el embarazo es también útil como profiláctica de las complicaciones flebíticas que puedan manifestarse en el puerperio.

* * *

En esta breve reseña hemos buscado exponer los principios y la técnica que seguimos en el tratamiento de la enfermedad varicosa en sus diversas manifestaciones.

Los resultados obtenidos en millares de enfermos en un período de veinte años son en verdad lisonjeros y nos llevan a proseguir por este camino buscando perfeccionar siempre más las particularidades de la técnica con el incremento de nuestra experiencia.

Estamos hoy día persuadidos que los métodos de tratamiento combinado, del tipo como el descrito, son los que mejor responden a la realización de una buena terapéutica, por cuanto con un procedimiento muy simple y exento de peligro alguno se pueden obtener óptimos resultados desde el punto de vista de la radicalidad y del cometido, aun en los casos en fase avanzada de su evolución y en presencia de complicaciones.

La terapéutica esclerosante simple halla su mejor indicación en los casos iniciales en los cuales, no existiendo aún una insuficiencia valvular total, puede alcanzar óptimos y aún definitivos resultados.

RESUMEN

Se realiza un estudio terapéutico de las varices en sus diversos estados y según su etiopatogenia; y se recomienda un procedimiento combinado quirúrgico-esclerosante, utilizando el fleboextractor.

SUMMARY

A survey of the commonly employed methods of surgical treatment of varicose veins of the lower extremities is made. A combined stripping-sclerosing method is recommended.