

TÉCNICA Y RESULTADOS DE LA FLEBOEXTRACCIÓN

M. ZAIDMAN, D. L. VILANOVA y V. F. PATARO

*De la Escuela Quirúrgica Municipal para Graduados, Policlínico Rawson
(Prof. R. Finocchietto). Buenos Aires (Argentina)*

El objeto de esta presentación es describir la técnica de la fleboextracción.

Con este término designamos al procedimiento quirúrgico utilizado para tratar las varices del miembro inferior y que consiste en arrancar la vena o venas enfermas mediante un tallo metálico — del cual hay numerosos modelos — introducido previamente en su luz.

En la literatura anglosajona utilizan para designarlo la palabra «stripping».

Un programa quirúrgico radical para el tratamiento de un varicoso debe llenar dos objetivos diferentes: 1.^o Eliminar entre el sistema venoso superficial y profundo las comunicaciones que se han hecho insuficientes y que por consiguiente permiten el reflujo de sangre desde el sistema profundo al superficial. Es decir, ligadura del cayado de la safena interna, cayado de la safena externa y de las numerosas comunicantes del muslo y particularmente de la pierna, distribuidas a distintas alturas, en los tabiques intermusculares. 2.^o Extirpación de las venas varicosas superficiales, cualquiera sea su tipo, de recorrido normal, pero aumentadas de volumen, tensión y relieve; paquetes y pelotones varicosos, varices flexuosas, sean todas ellas subcutáneas o subdérmicas.

La fleboextracción cumple ampliamente y con ventaja a cualquier otro procedimiento en esta segunda parte del programa. Se la emplea para hacer el arrancamiento de grandes venas rectilíneas varicosas, como la safena interna y externa, segmentos varicosos de la red superficial, siempre que sean lo suficientemente rectilíneos como para ser canalizados.

DATOS ANATÓMICOS

La *safena interna* se reconoce fácilmente a nivel del borde anterior del maléolo interno. Se dirige hacia arriba y atrás para contornear el cóndilo interno del fémur y de allí hacia arriba y ligeramente hacia afuera hasta

su cayado, donde recibe colaterales superiores, internas y externas, para desembocar en la femoral común a un través de dedo por debajo y por fuera de la espina del pubis (PRATT).

Es frecuente hallar safenas dobles, cuyos troncos deben ser individualmente tratados. La safena interna es siempre una vena profunda en el tejido celular, las venas varicosas subdérmicas no corresponden al tronco mismo de la safena interna sino a una colateral. Es cilíndrica en todo su recorrido, en muchos casos de mayor calibre a nivel del maléolo que en tercio superior de pierna, por eso es fácil canalizarla en forma retrógrada desde el maléolo. Es necesario recordar que en los dos tercios inferiores del muslo, en sujetos obesos, como lo ha descrito el Dr. R. FINOCHIETTO, el celular que contiene la safena interna se desplaza con el vaso hacia adentro y atrás y gira haciéndola más profunda.

Safena externa. — Nace por detrás del maléolo externo, se dirige a la línea media, perfora la aponeurosis a nivel de la unión del tercio inferior con el tercio medio de la pierna, sigue entre los dos gemelos hasta desembocar en la poplítea, bien alto. No mencionaremos las anomalías anatómicas de la safena externa que son muy frecuentes. Por esta razón cuando se desea ligar el cayado de la misma, cuesta ubicarla a veces con incisiónemplazada a nivel de un pliegue del hueco poplítico. Con una pequeña incisión complementaria por debajo, entre las masas carnosas de los dos gemelos, sitio constante, como por delante del maléolo para la safena interna, se puede canalizar hacia arriba con un fleboextractor y reconocerla cerca del cayado con la ayuda del instrumento dentro de la vena.

Comunicantes. — De todos los procedimientos, la fleboextracción reúne las mejores condiciones para el tratamiento de la enfermedad varicosa. Desgraciadamente, las comunicantes no siempre están en el trayecto de los dos sistemas clásicos. Este dato conocido desde hace tiempo ha sido recalculado por investigaciones anatómicas y clínicas de LINTON y más recientes de STANTON SHERMAN.

Las comunicantes anómalas se ubican con predilección en la cara interna de la pierna, en el «septum» de separación entre los músculos superficiales y profundos de la cara posterior; en la cara externa de pierna, entre el grupo muscular anterior y externo y entre el externo y posterior. En cada intersticio hay hasta 6 ó 7 comunicantes.

FLEBOEXTRACTORES

Todos los fleboextractores conocidos y utilizados en nuestro ambiente son derivados del modelo original de Babcock. Son ya tan numerosos que nos eximimos de una descripción individual. Nos parece preferible describir las condiciones que nuestra experiencia nos señala como ideales para este tipo de instrumento.

El fleboextractor consta de tres partes : a) el tallo ; b) el extremo anterior, con el cual se canaliza la vena ; c) el extremo posterior, que hace el arrancamiento.

a) El tallo tiene que tener condiciones adecuadas de rigidez, como para hacerlo progresar empujándolo por un extremo ; cierta elasticidad, que le permite recobrar su forma después de flexiones reducidas ; y a la vez plástico y maleable para deformarlo exprofeso en algunas maniobras de la fleboextracción ; suficientemente largo, 90 cm., dividido en dos sectores.

b) El extremo que canaliza debe adaptarse a una serie de olivas de distinto diámetro, intercambiables, con articulación a rosca, de extremo romo y alargado. Permiten que el alambre progrese en la luz vascular sin perforar la pared venosa. Son tanto más seguros en ese sentido cuanto mayor es su diámetro. Por eso debe usarse en cada caso la mayor de todas, la que tolere el diámetro de la vena a canalizar.

c) El extremo posterior que hace el arrancamiento conviene que su diámetro sea siempre mayor que el diámetro de la vena a extraer. Los hay macizos y huecos. En los primeros, a veces sucede que al traccionar y progresar dentro de la luz lo hacen invaginando la pared venosa. En estas circunstancias es fácil que se rompa la vena y se malogre la maniobra. Por eso son más convenientes, y son los únicos que ahora se usan, los modelos huecos. Dentro de la campana, como ha dado en llamarse entre nosotros al tope hueco, se va depositando la vena, arrugándose a medida que el instrumento progresá. Cada tallo debe tener entonces dos o tres campanas de distinto diámetro, intercambiables.

Las articulaciones de las distintas piezas, campanas, tallo y olivas son a rosca. Facilita mucho el manejo de este instrumento y ahorra muchas maniobras durante una fleboextracción, el hecho de que todas las roscas sean del mismo diámetro y paso. Con estos principios ha sido realizado el fleboextractor de uno de nosotros (V. F. P.).

ANESTESIA

Utilizamos en todos los casos anestesia local, con novoadrenalina al medio por ciento, para infiltrar en forma losángica el tejido celular subcutáneo del pliegue inguinal, donde emplazamos la incisión para la investigación y ligadura de la safena interna y colaterales.

Para la fleboextracción agregamos anestesia troncular del crural y génito-crural con novocaína al uno por ciento y anestesia local con novocaína al medio por ciento en la cara interna de la pierna antes de proceder a la canalización.

En algunos enfermos pusilánimes hemos utilizado en contados casos el pentothal inyectado en la vena femoral común por el mismo operador, para efectuar la fleboextracción.

TÉCNICA GENERAL

Puede sintetizarse en la siguiente forma :

1. Trabajar siempre con dos fleboextractores.
2. En casi todos los casos se efectúa la sección completa de la vena, sin embargo a veces es necesario conocer el recurso de la sección oblicua a tijera para aumentar así su diámetro y facilitar la canalización.
3. La canalización venosa debe ser suave, no forzando jamás ningún obstáculo. Vale más buscar un fleboextractor que no avanza, pero dentro de la vena, que otro que ha progresado mucho, pero en el celular, sin saber con exactitud el sitio de la perforación.
4. Palpar constantemente con la mano opuesta a la que hace avanzar el fleboextractor. Si se pierde a la mano que palpa, retirarlo y volverlo a introducir.
5. La extracción se efectúa de la siguiente forma : La mano distal tracciona y la proximal empuja la campana del fleboextractor ; se tiene así la sensación en el momento que se desgarran las colaterales, pudiendo asegurar con cierta experiencia número y calibre de las mismas.
6. La canalización en lo posible debe hacerse de abajo arriba, y el arrancamiento de arriba abajo.

7. La investigación de la safena interna se efectúa en las siguientes regiones: en la ingle, aprovechando la incisión utilizada para la operación del cayado ; en el tobillo, inmediatamente por fuera del borde anterior del maléolo interno, lo más baja posible con incisión transversal u oblicua ; y a nivel del tercio superior de pierna, cuando se dispone rodear el cóndilo femoral, con incisión oblicua hacia abajo y adelante para completar la flebo-extracción.

DIFICULTADES EN LA FLEBOEXTRACCIÓN

Hay una serie de circunstancias que perturban la canalización. Pueden ser debidas a que el fleboextractor *no progrese o siga un curso anómalo*.

Las causas por las cuales un fleboextractor no progresiona son: a) Por cambio brusco de dirección venosa, como sucede en la cara interna de rodilla.

- b) Por emergencia de colaterales.
- c) Por variación importante del calibre vascular.
- d) Por la presencia de golfos y paquetes varicosos.
- e) Por esclerosis de los tejidos.
- f) Por trombosis (varicoflebitis).
- g) Por inyecciones esclerosantes que han obstruido total o parcialmente la luz venosa.

Puede el fleboextractor seguir un curso anómalo, en las siguientes circunstancias :

a) Porque el fleboextractor ha perforado la vena y se halla en el tejido celular.

b) Puede estar colocado fuera del tronco venoso principal, en una colateral del mismo.

c) Es necesario tener presente las safenas dobles. Se deben extraer ambas, la que va al tobillo es la verdadera safena interna.

d) Por la presencia de paquetes y pelotones varicosos.

Es necesario aclarar que los tejidos esclerosos no siempre contienen venas trombosadas. Son canalizables y toleran cierta energía en la canalización. No se debe temer en emplazar incisiones en tejidos esclerosados que generalmente cicatrizan lentamente, pero bien.

Maniobras a intentar cuando el fleboextractor no progresá. — Las dificultades recién enumeradas pueden corregirse en las siguientes formas.

a) Por variación de la tracción venosa que se ejerce sobre las dos pinzas de Kocher que se han colocado previamente para facilitar la introducción de la oliva el fleboextractor.

b) Por desplazamiento del miembro, por ejemplo, flexión de la rodilla.

c) Por transporte del celular. Se palpa la oliva del fleboextractor detenido, se fija esta posición con una mano desde el tallo y con la mano opuesta se hace rodar sobre el extremo que posee la oliva desde la piel un sector de tejido celular con el objeto de sortear el obstáculo. Se opta por

d) Nueva canalización.

e) Se retira el fleboextractor y se cambia su curvadura.

f) Se rota el fleboextractor que está colocado en la luz venosa sobre su eje.

g) Se procede a efectuar otra incisión en el sitio de detención del fleboextractor, se investiga la vena y se comprueba la causa del obstáculo.

CASOS DE FLEBOEXTRACCIÓN

Safena interna. — En forma esquemática se pueden enunciar los siguientes casos de fleboextracción:

1.^o Sencillo y feliz. Que el instrumento pase desde el maléolo hasta la ingle o viceversa. La extracción en los dos casos conviene hacerla de arriba abajo.

Es frecuente la canalización sencilla tal cual la hemos enunciado en las safenas tubulares de los longilíneos con insuficiencia ostial y en los enfermos con síndrome postrombótico.

2.^o Se intenta hacer pasar el fleboextractor desde la incisión maleolar hacia arriba, pero se detiene a nivel del tercio superior de pierna o tercio inferior de muslo. Se canaliza con otro fleboextractor desde la ingle. En ocasiones pueden encontrarse las olivas de ambos fleboextractores frente a frente y avanzar el inferior a medida que se retira el superior o viceversa. En caso

contrario, con emplazar una incisión en el punto donde ambos fleboextractores se han encontrado se efectúa la fleboextracción de los dos segmentos.

3.º Cuando el fleboextractor desde el maléolo no llega a tercio superior de pierna y desde la ingle no llega más que a tercio medio o inferior de muslo, conviene investigar con otra incisión la safena a nivel del tercio superior de la pierna en el momento que va a contornear el cóndilo femoral. La vena se encuentra profunda sobre la aponeurosis y recibe siempre colaterales que se ligan de paso. Se secciona la vena, se introduce el fleboextractor hacia la ingle y en dirección al maléolo. Si se consigue la canalización se efectúa la extracción de los dos segmentos.

4.º El fleboextractor no avanza desde la incisión maleolar, ni la inguinal ni a partir de la incisión emplazada en tercio superior de pierna. Es necesario efectuar todas las incisiones intermedias necesarias para efectuar la extracción.

5.º Se pueden extraer además colaterales de cierta importancia.

Safena externa. — Después de la ligadura del cayado puede extraerse la vena canalizando por el cabo periférico hasta por detrás del maléolo externo, donde se efectúa una pequeña incisión complementaria para poder efectuar la fleboextracción.

VENDAJE

Efectuamos el vendaje elástico de todo el miembro para asegurar la hemostasia, controlar el edema y permitir la deambulación inmediata del enfermo.

RESUMEN

En el Departamento de Cirugía Cardiovascular, de la Escuela Quirúrgica Municipal para Graduados, del Policlínico Rawson, hemos efectuado 1,219 fleboextracciones en varicosos esenciales y postflebiticos.

Estamos sumamente satisfechos con el procedimiento, porque resuelve en la mejor forma la mayoría de los problemas de los enfermos con insuficiencia venosa crónica del miembro inferior.

Esta experiencia puede resumirse en la siguiente forma :

Resuelve el problema del varicoso de la safena interna y colaterales en el 100 por ciento de los casos y definitivamente.

Resuelve el problema del varicoso de la safena externa y colaterales en el 100 por ciento de los casos y definitivamente.

No resuelve el problema de las comunicantes insuficientes independientes, que deben ser tratadas aisladamente.

No resuelve los trayectos venosos flexuosos, ni los paquetes varicosos.
No se puede aplicar este procedimiento cuando no hay luz venosa.

INDICACIONES

Este procedimiento está indicado en el 100 por ciento de los enfermos con varices esenciales y en el 70 a 80 por ciento de los enfermos con insuficiencia venosa crónica del miembro inferior, es decir, agregando a los varicosos esenciales enfermos portadores de un síndrome postflebitico.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos son los siguientes :

El 70 por ciento de las varices esenciales están resueltas con este único procedimiento.

El 30 por ciento restante necesita de algún procedimiento agregado : investigación de perforantes aisladas, resección de pelotones varicosos, etc.

El 30 por ciento de los enfermos portadores de un síndrome postflebitico está resuelto con este procedimiento y el 70 por ciento de los casos necesita de algún procedimiento agregado como ser : ligadura venosa profunda ; resección e injerto de úlcera, simpaticectomía, etc.

Algunos autores critican el método por considerarlo sumamente cruento, riesgoso, con serios inconvenientes. Nosotros sostenemos, al contrario, que es un procedimiento útil, sencillo, analizando los riesgos del método.

RIESGOS

1. Riesgos operatorios por pérdida de sangre que obliguen a la internación del paciente, ascienden al uno por mil.

2. La mortalidad operatoria y postoperatoria es del cero por ciento.

3. La morbilidad o complicaciones habituales son las siguientes :

Equimosis en el 100 por ciento de los casos se reabsorben espontáneamente, sin inconveniente alguno.

Hematomas subcutáneos pequeños, generalmente a nivel del tercio inferior del muslo, en el 10 por ciento de los casos se reabsorben sin ulceridades.

Infecciones, las habituales de todo procedimiento quirúrgico.

Hemorragia postoperatoria, cero por ciento.

Trombosis venosa profunda, el 1,66 por mil. Dos pacientes pusilánimes, que por dolor no cumplieron con la deambulación inmediata, guardando reposo.

Embolias, en el cero por ciento.

Creemos que estos resultados altamente satisfactorios están respaldados por el empleo sistemático de la anestesia local, que permite la deambulación inmediata del paciente, sin internación, con la ayuda fundamentalísima de un vendaje elástico adecuado, que toma todo el miembro.

S U M M A R Y

The technic of intraluminary stripping is described. Intraluminary stripping of the saphenous vein in 1219 extremities proved safe and successful. Results are far better in stripping than the other common methods of treatment and recurrences are less.