

## TRATAMIENTO QUIRURGICO ACTUAL DE LAS INSUFICIENCIAS VENOSAS CRONICAS DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES

HÉCTOR QUIJANO MÉNDEZ \*

*México D. F.*

Entendemos por insuficiencia venosa crónica de las extremidades inferiores, a las de los sujetos que crónicamente sufren de edema ortostático vespertino, que paulatinamente va haciendo endurecimiento, y esclerosis tanto de la piel como del tejido graso subcutáneo, la piel también sufre pigmentación ocre característica, ya sea cerca del maléolo interno predominantemente o del maléolo externo en forma secundaria, y que sufre fácilmente también brotes exematiformes y termina por hacer ulceración de tipo venoso. Estas insuficiencias crónicas pueden presentarse en las varices primarias, se presentan también en las secuelas postflebíticas o posttrombóticas y, accesoriamente, en las insuficiencias venosas crónicas profundas idiopáticas y en las fístulas arteriovenosas, traumáticas o congénitas. Salvo en esta última variedad, en la que el tratamiento estará subordinado al cierre de las comunicaciones anormales arteriovenosas, en las otras tres variedades el problema radica fundamentalmente en la estasis venosa que se determina en los territorios de los troncos colectores superficiales, ya sea safeno interno o safeno externo o en los dos en una sola extremidad inferior, y también en forma mas o menos rara en venas atípicas de troncos colectores superficiales.

Esta estasis venosa está determinada sistemáticamente por el paso anormal de circulación venosa de las vías profundas a las vías superficiales antes anotadas, siempre a través de venas comunicantes insuficientes que ya no llevan la dirección de la sangre, como es normal, de venas superficiales a venas profundas sino en sentido contrario. Consideramos como vena comunicante a los cayados de los troncos colectores superficiales, safenos internos o safenos externos, ya sea en el Triángulo de Scarpa o en el hueco poplíteo, pero sobre todo, importante para el tratamiento actual moderno, las numerosas y variables venas comunicantes entre las venas profundas y los territorios superficiales ya señalados, que se encuentran sobre todo a nivel de la pierna por su cara interna para vaciarse en safena interna o por su cara posteroexterna para vaciarse en safena externa.

El tratamiento racional tiende, y siempre ha tendido desde los primeros intentos quirúrgicos de tratamiento, a la supresión de los troncos

\* Fellow American College of Angiology.

Profesor Escuela Nacional de Medicina. — Universidad Nacional de México.

colectores superficiales. Los intentos que se hicieron también hace algunos años para el tratamiento de las venas profundas por ligaduras al nivel de femoral o de poplítea, o escalonadas, han sido abandonados por su falta de respuesta consistente en el postoperatorio.

La supresión de los troncos colectores superficiales por ligaduras en los cayados de las safenas, o por ligaduras adicionadas de ligaduras de las colaterales altas de esos cayados o, posteriormente, las ligaduras altas de los cayados en las mismas desembocaduras de las venas profundas más

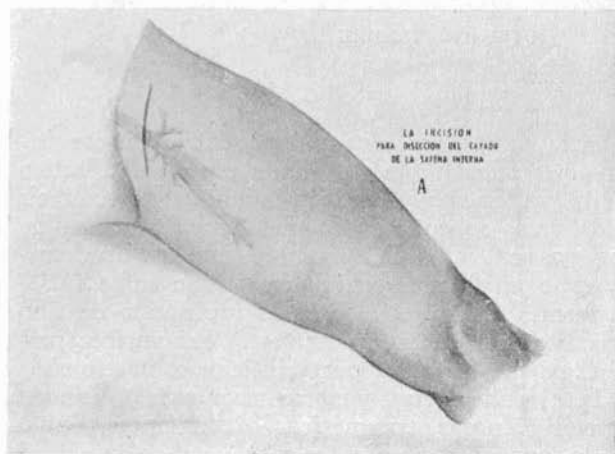


Fig. 1

las ligaduras de las colaterales de esos cayados y la inyección de esclerosantes en forma retrógrada a los troncos colectores, o posteriormente, mediante el arrancamiento de esos troncos colectores superficiales, no da buenos resultados en el postoperatorio y hay recidivas que siempre deben y pueden ser achacadas a las venas comunicantes tan importantes ya señaladas.

En vista de esos fracasos postoperatorios nació la inquietud de localizar las venas comunicantes por medio de estudios anatómicos hechos en cadáver en distintas partes del mundo o por estudios veno o flebográficos que demostrarán preoperatoriamente la situación de esas venas comunicantes, para poder ser abordadas quirúrgicamente en forma aislada y ser ligadas y separadas de los troncos superficiales y profundos.

Tanto los estudios anatómicos referidos como los flebográficos no dieron nunca un patrón uniforme respecto a la situación, número y localización de las venas comunicantes. Por lo tanto, la operación así practicada con ligaduras múltiples de comunicantes casi invariablemente dejaba en su lugar y sin ser tocadas quirúrgicamente algunas de ellas, lo que daba lugar a recidivas postoperatorias.

Estos hechos son los que nos indujeron a practicar la operación que juzgamos como completa en la actualidad, y que denominamos *fasciotomía interna*, cuando se trata de extirpar las colaterales de los colectores safenos internos y las comunicantes entre estos colectores y los profundos, o *fasciotomía externa*, cuando tratamos de incomunicar los troncos colectores profundos de las venas safenas externas, a las cuales se ha procedido a hacer el arrancamiento.

La operación que nosotros seguimos y proponemos por los resultados obtenidos y por ser realmente el tratamiento fisiopatológico de la en-

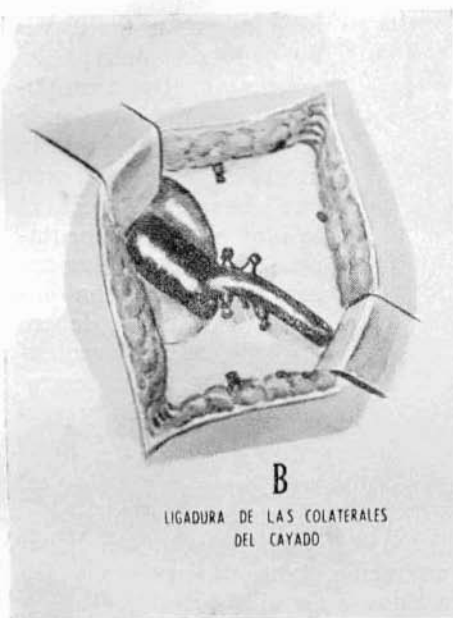


Fig. 2

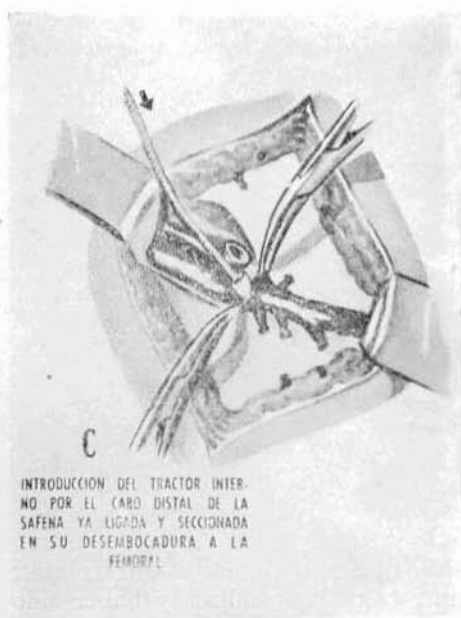


Fig. 3

fermedad que nos ocupa es, pues, la safenectomía y fasciotomía hechas en un solo tiempo operatorio, ya sea la safenectomía interna y fasciotomía interna para las piernas que sufren de los territorios internos venosos, o fasciotomía externa y safenectomía externa para los que sufren de los territorios venosos externos, pudiendo en ocasiones y debiendo hacerse en dos tiempos operatorios las dos operaciones en las extremidades que así lo merezcan por tener un sufrimiento de ambos territorios.

FIGURA PRIMERA. — Iniciamos la operación, como se demuestra en las gráficas que adjuntamos, por la incisión para la disección y ligadura alta o sea en la desembocadura de la vena safena interna en la vena femoral común; incisión dirigida paralelamente al arco crural, situada ha-

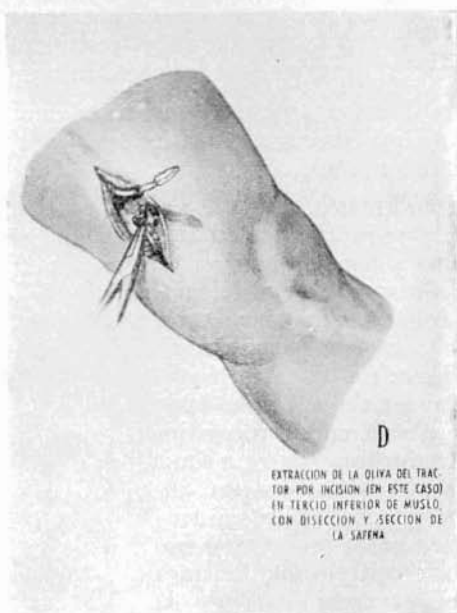


Fig. 4

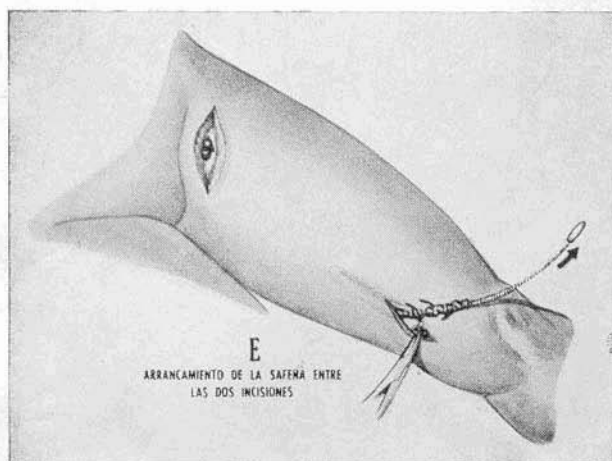


Fig. 5

bitualmente a un través de dedo por debajo del mismo y centrada un poco por dentro de donde se percibe el latido de la arteria femoral; incisión que abarcará la piel, el tejido celular subcutáneo; en el mismo, se encontrará la safena interna, la cual deberá ser disecada convenientemente hasta su desembocadura, ligada y seccionada.

sido disecado de todas sus colaterales que recibe, tanto típicas como las muy comunes atípicas, y haber sido seccionadas cada una de ellas.

FIGURA TERCERA. — El segundo término se introduce la punta del tractor interno en el cabo distal de la vena safena ya seccionada.

FIGURA CUARTA. — Para ser recuperado en donde lo permite el caso por tratarse, ya sea en el tercio inferior del muslo correspondiente o en el tercio superior de la cara interna de la pierna.

FIGURA QUINTA. — Procedemos posteriormente a hacer el arrancamiento de la porción alta de esa vena safena interna.

FIGURA SEXTA. — En seguida y mediante una pequeña incisión en la cara anterior del maléolo interno, para safena interna, hacemos su disección, hacemos la ligadura del cabo distal de esa safena interna e introducimos en forma proximal el tractor interno, que debe ascender hasta la incisión hecha anteriormente para el arrancamiento de la porción alta de la safena correspondiente.

FIGURA SEGUNDA. — El cayado también deberá previamente haber

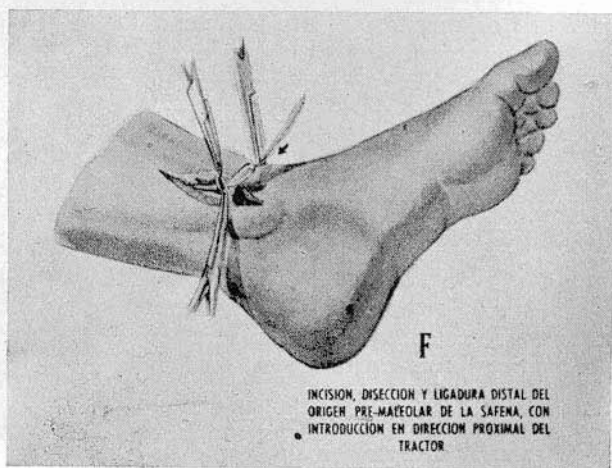


Fig. 6

**FIGURA SÉPTIMA.** — Con el tractor ya colocado en su lugar, hecha la ligadura del cabo distal de la safena interna, procedemos a hacer la gran incisión para la fasciotomía, interna en este caso; incisión que se dirige por la cara interna de la pierna en toda su extensión, partiendo de la cara posterior del maléolo interno e incurvándose en la región del hueco poplíteo para terminar en el centro de ese mismo hueco poplíteo; incisión que abarca la piel, el tejido celular subcutáneo, y que permite con la separación del tejido celular subcutáneo la disección objetiva.

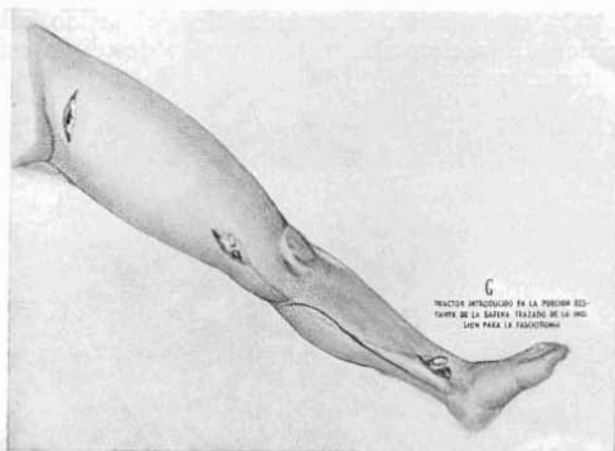


Fig. 7

**FIGURA OCTAVA.** — Del tronco de la safena interna y de sus colaterales, mismo tronco que puede ser aislado, las colaterales tratadas en su totalidad y entonces descubierta ya la aponeurosis de la pierna, se incide en toda su extensión la misma aponeurosis para poner al descubierto y por debajo de esta aponeurosis, tanto hacia adelante como hacia atrás, todas las venas comunicantes que emergen de la masa muscular, hacia el mismo tronco de la safena interna, o hacia las colaterales importantes de esta safena.

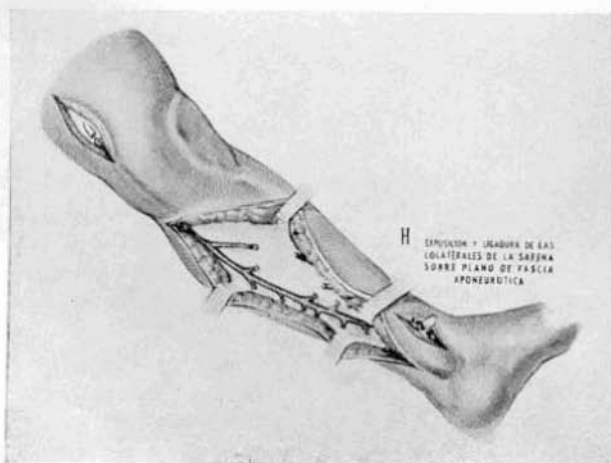


Fig. 8

**FIGURA NOVENA.** — Cada una de esas venas comunicantes debe ser aislada dentro del tejido muscular, debe ser ligada y seccionada entre dos ligaduras. Una vez terminada la búsqueda y la ligadura sistemática de todas las comunicantes se procede a hacer el arrancamiento de la porción terminal de la safena interna, dando con esto por terminada la intervención.

**FIGURA DÉCIMA.** — Se procede a hacer la

sutura por planos, el aponeurótico, el tejido celular y la piel de esta incisión de fasciotomía, y de la piel y de tejido celular de las incisiones para safenectomía.

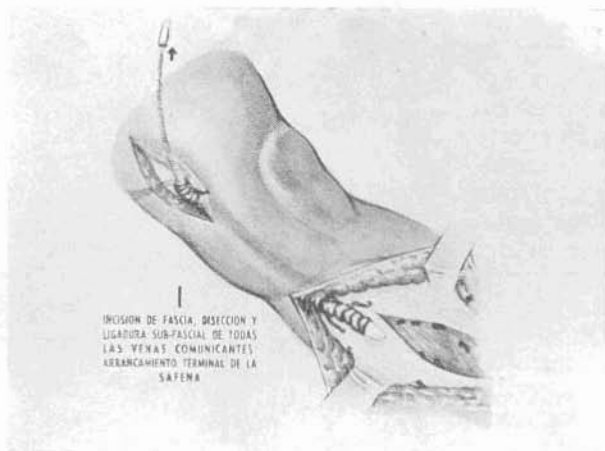


Fig. 9

Si se trata de afecciones de los territorios safenos externos habrá que situar la incisión para fasciotomía que abarque también toda la altura

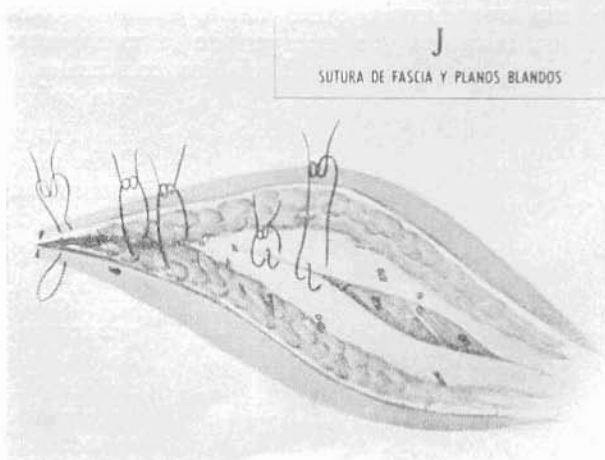


Fig. 10

de la pierna, desde la cara posterior del maléolo externo, yendo por la misma cara posteroexterna de la pierna hasta el hueco poplíteo, incisión que servirá en este caso para la safenectomía externa, que deberá arran-



carse con tractor, después de haber abierto la aponeurosis y de haber buscado y ligado sistemáticamente todas las venas comunicantes.

Queda con esto resuelto a satisfacción, y los resultados postoperatorios así lo comprueban, el problema de las insuficiencias venosas crónicas de las extremidades inferiores.

#### RESUMEN

Tras una serie de consideraciones sobre la etiopatogenia de la insuficiencia venosa crónica, con especial referencia a las comunicantes, el autor detalla la técnica operatoria que sigue en estos casos. Denomina a la operación *fasciotomía* interna o externa según afecte al sector safeno interno o externo, respectivamente. Consiste en la individualización y sección de todas las colaterales y comunicantes del sector safeno correspondiente, a lo largo de toda la pierna, a aponeurosis abierta, seguido de safenectomía en un solo tiempo operatorio.

#### SUMMARY

The physiologic and anatomic factors related to the venous return of the lower extremity are discussed, with special reference to the communicating veins.

The author procedure consist in high saphenous ligation, stripping, fasciotomy with resection of the distal saphenous branches and interruption of the communicating veins.

#### BIBLIOGRAFÍA

- J. T. SARGEANT (Vancouver, Canada). — Comunicación personal.  
A. A. BUNIATIAN. — *Treatment of acute proctitis*. "Khirurgiia" Moskva, 33:88; 1957.  
L. SARTI. — *Considerazioni sulla diagnostica e la terapia chirurgica delle sindromi post-flebitiche degli arti inferiori*. "Ops. Maggiore" Milano, 45:499; 1957.  
H. MAHORNER. — *The treatment of thrombosis of major veins*. "Postgrad. M.", 22: 551; 1957.  
R. CASTAGNA y C. MAIRANO. — *Follow-up of 60 cases of postphlebotic syndrome, treated surgically with interruption of the deep venous circulation*. "Angiology", 8: 1; 1957.  
R. A. STRAFFON y R. W. BUXTON. — *Deep vein ligation in the postphlebotic extremity*. "Surgery", 41:471; 1957.  
E. A. EDWARDS. — *Varicose veins and venous stasis*. "Bol. As. Med. Puerto Rico", 49:49; 1957.  
C. CRANE. — *Deep venous thrombosis and pulmonary embolism; experience with 391 patients treated with heparin and 126 patients treated by venous division, with a review of the literature*. "New England J. M.", 257:147; 1957.  
J. BAUMGARTNER. — *Thrombectomie dans les phlébites aiguës des membres inférieurs: indications et résultats éloignées*. "Scalpel" Bruxelles, 110: 481; 1957.  
J. STALPORT. — *Le trilement chirurgical de la phlébite des membres inférieurs*. "Scalpel", Bruxelles, 110:521; 1957.  
J. HILARIO, A. MEGGLIOLARO, H. SIMMONS y A. GELLIS. — *A perna post-flebitica*. "Arq. Brasil. Med. Nav.", 17:4179; 1956.  
H. P. TOTTEN. — *The postphlebotic leg; an evaluation of surgical procedures; with special reference to the preoperative use of ascending functional venographic studies*. "J. Internat. Coll. Surgeons", 27:18; 1957.  
Z. JEZIORO, H. KUS, H. KEDRA y Z. ZIMMER. — *Phlebography of the lower extremities in postphlebotic syndrome*. "Polsky Prsegl. Chir.", 28: 709; 1956.