

CRITICA DE LOS RESULTADOS INMEDIATOS Y TARDIOS DE LA LIGADURA DE LA VENA POPLITEA

Dr. E. SALA-PLANELL

*Angiocirujano del Servicio de Cirugía General B del Hospital de la
Sta. Cruz y de San Pablo
(Director: Prof. J. Pi-Figueras)*

Dr. A. RODRÍGUEZ-ARIAS

*Profesor de la Escuela de Cardio-Angiología de la Universidad.
Jefe del Departamento de Cirugía Vasculardel Instituto Corachán.
Barcelona (España)*

INTRODUCCIÓN.— Las insuficiencias venosas crónicas de las extremidades inferiores, ya sean postflebítica o esenciales, constituyen una auténtica enfermedad de tipo social contra la que se debe luchar. Los enfermos de insuficiencia venosa pueden llegar a ser inválidos por los graves trastornos que aparecen en forma de edema crónico, úlceras, celulitis, dolores neuríticos, etc.; estos enfermos recibieron durante muchos años respuestas desalentadoras de los médicos a quienes consultaban, pues les decían que su afección no tenía cura y que poco podía hacerse para aliviar sus molestias. En las dos últimas décadas, excelentes trabajos científicos permitieron conocer mejor la fisiopatología de la insuficiencia venosa de los miembros inferiores, lo que ha permitido practicar nuevos métodos terapéuticos para corregir la estasis venosa, con la esperanza de mejorar los resultados conseguidos con los métodos terapéuticos de las épocas anteriores.

Los trastornos y lesiones producidas por la insuficiencia venosa profunda son debidos a la transmisión retrógrada de las hipertensiones bruscas (esfuerzo abdominal, risa, tos, etc.) por fallo del sistema valvular de amortiguamiento. Las hipertensiones retrógradas bruscas son como un golpe de ariete hidráulico que origina estasis paroxístico y lesiones en vénulas y capilares. En la insuficiencia venosa postflebítica se suman, en algunos casos, fenómenos vasomotores por hipertonía simpática, que juegan un papel más o menos importante en las manifestaciones clínicas.

Para impedir la hipertensión venosa retrógrada se idearon las ligaduras de las venas profundas tronculares a distintos niveles, según el criterio de los diferentes autores.

PARONE, en 1904, y LERICHE, en 1923, fueron los iniciadores, seguidos de HOMANS, en 1927, y de BUXTON y COLLIER, en 1945. A partir de en-

tonces se despierta el interés general por dicha operación. LINTON y HARDY, en 1948, publican resultados favorables con la ligadura de la vena femoral superficial, BAUER, en 1952, mediante la ligadura de la vena poplítea, y entre nosotros PIULACHS y VIDAL-BARRAQUER con las ligaduras escalonadas bajo control manométrico.

Alentados por los trabajos de BAUER en los que decía obtener magníficos resultados con la ligadura de la vena poplítea, con corrección simultánea o no de la insuficiencia venosa superficial, nos decidimos aplicar dicho tratamiento en un grupo de enfermos, cuyo resultado clínico motivan este trabajo.

MATERIAL Y MÉTODO. — Hemos estudiado 33 historias clínicas de enfermos a los cuales se les había practicado la ligadura de la vena poplítea; 31 por insuficiencia venosa postflebítica y 2 por insuficiencia venosa esencial. En conjunto se ligaron 40 poplíteas. Seis enfermos habían sido tratados quirúrgicamente de su insuficiencia venosa superficial, en otros centros.

En todos ellos se siguió el mismo método operatorio, previo estudio a Rayos X, mediante flebografía retrógrada o ascendente funcional; se trató la insuficiencia venosa superficial mediante ligaduras a distintos niveles (en aquel período no practicábamos fleboextracciones), seguido de la flebectomía de la vena poplítea en el mismo acto operatorio en su mayoría y en dos tiempos en unos pocos. Inmediatamente se colocó un vendaje compresivo inextensible que lo llevaron de uno a tres meses para sustituirlo después por vendajes elásticos.

No se observan complicaciones postoperatorias importantes, excepto el aumento del edema durante unos días en algunos enfermos del grupo en que se efectuó la ligadura superficial y profunda en el mismo acto quirúrgico.

En cinco enfermos se injertó piel después de extirpar la úlcera y tejido cicatrizal.

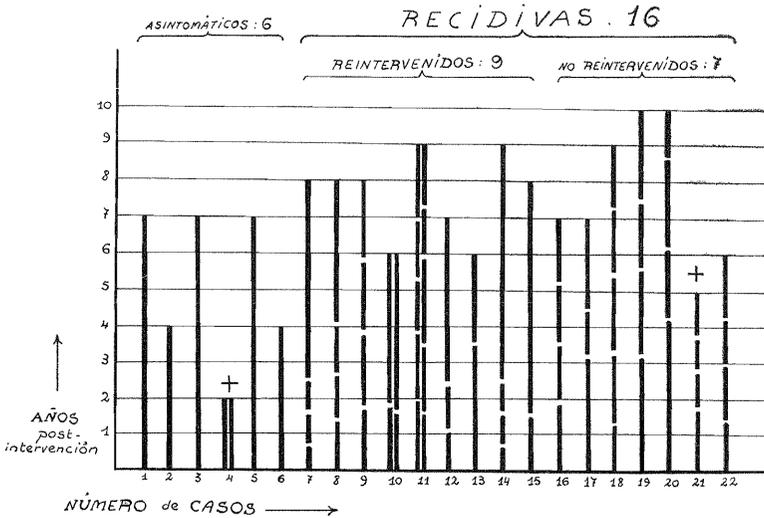
En seis casos se había practicado simpaticectomía lumbar previa o se practicó posteriormente, al comprobar una evidente hipertonia simpática.

RESULTADOS. — En un síndrome con sintomatología tan variable, es difícil valorar los resultados con entera satisfacción. Diversos factores influyen en la intensidad y evolución del cuadro clínico: antigüedad del proceso, extensión de la trombosis aguda, edad, régimen de vida, tratamientos anteriores, participación vasomotora refleja, arteriopatías funcionales u orgánicas, cardiopatías, enfermedades metabólicas, etc. Así resulta difícil poder estudiar lotes de enfermos con características clínicas similares. Por otra parte hay que tener en cuenta un hecho fundamental y es que, cualquiera que sea el método terapéutico empleado, nunca podremos conseguir condiciones de normalidad absoluta para el miembro tratado quirúrgicamente. Para buena valoración y mejor control de los resultados, analizaremos los síntomas subjetivos que nos describe el enfermo y los signos objetivos explorados: edema, induración de la piel, registrando y anotando cuidadosamente, como propone BAUER, las curaciones permanentes y las recidivas de la úlcera, ya que ésta es al fin y al cabo la que más molesta e incapacita al enfermo.

Insuficiencia venosa postflebítica. — De los 31 enfermos, excluimos 7 de domicilio desconocido, lo que nos ha impedido conocer la evolución y estado clínico. De los 24 enfermos que restan para el estudio crítico, 22 tenían úlcera crónica y todos presentaban edema con lesiones indurativas de la piel.

El tiempo de observación desde la ligadura de la vena poplítea es de 4 a 10 años, excepto una enferma que falleció a los dos años de la intervención por causa no vascular, conociendo su evolución durante aquel período.

GRAFICA I



En todos los pacientes, el resultado durante los primeros meses fue excelente; el reposo en cama y los vendajes compresivos, facilitan la cicatrización de la úlcera, desapareciendo dolor y edema. La bondad inmediata de los resultados no puede ser atribuible en absoluto al método, ya que todo insuficiente venoso mejora con reposo.

Tardíamente, edema y pesadez mejoraron en todos, aunque no al extremo de poder prescindir del vendaje elástico.

En la constelación sindrómica de la insuficiencia venosa de los miembros inferiores, la complicación más frecuente, la que preocupa, molesta e incapacita más al enfermo es la úlcera. Por ello, hemos investigado en los 22 enfermos portadores de la misma las curaciones definitivas y las recidivas que ha habido después de la ligadura de la vena poplítea.

Representamos en la Gráfica I el curso clínico seguido después de la ligadura de la vena poplítea de los 22 casos en que existía úlcera preoperatoria, señalando el curso posterior de los mismos mediante trazos verticales partiendo de una línea horizontal que señala la fecha operatoria y de cicatrización de la úlcera. El tiempo postoperatorio transcurrido se señala en años mediante otras líneas horizontales. Si el curso clínico fue normal,

sin recidivas de la úlcera, se señala con trazo continuo, y discontinuo si hubo recidiva.

De los 22 enfermos, en 6 no ha aparecido ninguna recidiva, se encuentran bien y hacen vida normal, usando no obstante el vendaje elástico (2 casos a los 4 años y 3 a los 7 años de la intervención). La enferma que incluimos en este grupo y que falleció de otra enfermedad, vivió dos años con plena satisfacción, sin molestias.

Recidivó la úlcera en 16 enfermos. Estas recidivas, como señala BAUER, ocurren en su mayoría antes de los dos años; efectivamente en 12 casos así sucede, haciéndolo más tarde en los cuatro restantes.

Es notoria la disparidad de resultados si comparamos con las estadísticas de BAUER, ya que este autor observa más del 70 % de curaciones, cuando en la nuestra dicha proporción (72 %) es de recidivas.

¿Por qué recidivan? Aparte de que en nuestros medios el enfermo es poco disciplinado y algo descuidado, en todas las recidivas pudimos comprobar el desarrollo de varicosidades subcutáneas en la pierna, debido a dilataciones ulteriores, por no haber practicado la ligadura de todas las comunicantes, difícil, a veces, en una sola sesión operatoria. Ello obligó en 9 enfermos que aceptaron, a sucesivas reintervenciones, hasta lograr la completa desconexión del sistema venoso profundo de los tejidos extraaponeuróticos. La demostración de que las insuficiencias venosas superficiales son responsables, en mayor grado, de la recidiva de la úlcera es que de 9 enfermos reintervenidos en 7 no recidivó la úlcera. En los dos casos que recidivó, uno no pudo utilizar vendaje elástico, por su indigencia, siendo además sucio y alcohólico; y en otro por ser diabético mal compensado. En todos los enfermos no reintervenidos hemos podido comprobar red venosa varicosa afluyente a la zona de piel ulcerada.

En los dos enfermos afectos de secuela postflebítica sin úlcera, mejoró la pesadez y el edema.

Insuficiencia profunda esencial. — Se efectuó la ligadura de la vena poplítea en dos enfermos. El primero ha tenido que ser reintervenido tres veces por neoformaciones varicosas superficiales que producían dolor; actualmente a los siete años se encuentra en estado satisfactorio. El segundo, operado hace tres años, presentó al poco tiempo red venosa superficial con hipertensión y estasis venosa en región maleolar interna, recidivando la úlcera.

CONCLUSIONES. — 1.º No observamos suficiente porcentaje de resultados satisfactorios por la ligadura de la vena poplítea como método de tratamiento de las insuficiencias venosas profundas esenciales o postflebíticas, por lo que desde hace unos años no aconsejamos ni utilizamos dicha operación.

2.º El mejor método de tratamiento quirúrgico de la insuficiencia venosa profunda es el que corrige la insuficiencia venosa superficial secundaria, en las zonas dependientes de las venas safena interna y externa, por fleboextracción completa de las mismas, de paquetes colaterales importantes y ligadura de todas las comunicantes; es decir, logrando una

desconexión venosa total de los tejidos intraaponeuróticos de los extraaponeuróticos. Esto no siempre se consigue en una sola sesión operatoria.

3.º En los casos en que la mala calidad de la cobertura cutánea aponeurótica repetidamente ulcerada lo requiere es conveniente, una vez cumplido lo expuesto en el apartado anterior, escindir la úlcera y el tejido cicatrizal hasta límites sanos, colocando un injerto de piel libre.

4.º Cuando en la insuficiencia venosa postflebítica existe evidente hipertonia simpática o arteriopatía obliterante, se obtienen mejores resultados si se añade a la corrección de la insuficiencia venosa superficial bloqueo quirúrgico del simpático lumbar o las infiltraciones novocaínicas repetidas.

5.º Es necesario instruir reiteradamente a los enfermos sobre la conveniencia de seguir unas normas posturales e higiénicas, así como no abandonar el uso de vendajes elásticos, sometiéndose a control periódico, por bien que se encuentren.

RESUMEN

Los autores estudian los resultados inmediatos y lejanos de la ligadura de la vena poplítea en la insuficiencia venosa crónica de los miembros inferiores. En un total de 40 ligaduras, seguidas entre 4 y 10 años, observaron un 72 por ciento de recidivas.

Se concluye que este tipo de operación no es aconsejable, siendo preferibles aquellas que desconexionan el sistema venoso superficial del profundo, completados con la fleboextracción del sistema superficial. En los casos con úlcera crónica debe practicarse injerto libre de piel. En cualquier caso deben tomarse medidas preventivas antiestásicas (tratamiento postural, vendajes elásticos, etc.) y someter al paciente a observación periódica.

SUMMARY

The early and late results of popliteal vein ligation in chronic venous insufficiency of the lower limbs are studied. In a total of 40 ligatures, which were followed up for between 4 and 10 years, 72 per cent of recurrences were observed.

The authors conclude that such an operation is not advisable. Those which are aimed at disconnecting the superficial from the deep system are to be preferred and must be completed by stripping the superficial system. In cases of chronic ulcer, skin grafting is advised. In every case, we must take measures to prevent stasis (such as postural treatment, elastic bands, etc.) and subject the patient to periodical observation.

BIBLIOGRAFÍA

- BAUER, G. — *Resultados a los tres y seis años de la sección de la vena poplítea*. "Angiología", vol. VII, n.º 3; 1955.
- BAUER, G. — *Las secuelas de la trombosis venosa postoperatoria*. "Angiología", vol. IV, n.º 3; 1952.

- BAUER, G. — *A roentgenological and clinical study of the sequels of thrombosis*. "Acta Chirurgica Scandinavica", vol. LXXXVI, supl. 74; 1942.
- BAUER, G. — *The etiology of the leg ulcers and their treatment by resection of the popliteal vein*. "Journal International of Chirurgie", tomo VIII, n.º 5; 1948.
- BAUER, G. — *The role of arterial disease in leg ulcers*. "Acta Chirurgica Scandinavica", vol. 100, frasc. V, pág. 502; 1950.
- MARTORELLI, F. — *Los mecanismos de restablecimiento de la circulación venosa en las obliteraciones ilíacas postflebiticas*. "Angiología", vol. I, n.º 4, pág. 246; 1949.
- VIDAL-BARRAQUER, F. — *Resultados de los distintos métodos de ligaduras profundas en el tratamiento de las insuficiencias venosas profundas*. "Angiología", vol. II, n.º 1; 1950.
- PIULACHS, P. — "Lecciones de Patología Quirúrgica". Tomo I, Segunda parte. Edit. Vergara. Barcelona 1956.
- HOMANS, J. — *Thrombophlebitis of the lower extremities*. "Annals of Surgery", vol. 87, n.º 5, pág. 641; 1928.
- HOMANS, J. — *The operative treatment of varicose veins and ulcers based upon a classification of these lesions*. "Surgery Gynecology and Obstetrics", vol. 22, n.º 2, pág. 143; 1916.
- LERICHE, R. — *Essai de traitement chirurgical des suites éloignées des flébites du membre inférieur*. "La Presse Médical", n.º 27, pág. 309, 1923.
- LERICHE, R. — *Considérations sur le traitement chirurgical de la phlébite du membre inférieur et des sequelles éloignées*. "Journal International de Chirurgie", tomo III, n.º 6, pág. 585; 1938.
- BUXTON, R. W.; COLLIER, F. A. y ARBOR, A. — *Surgical treatment of long standing deep phlebitis of the leg*. "Surgery", vol. 18, n.º 6, pág. 663; 1945.
- LINTON, R. R. y HARDY, IRAD B. — *Post-thrombotic syndrome of the lower extremity*. "Surgery", vol. 24, n.º 3, pág. 452; 1948.
- LUKE, JOSEPHUS, C. — *The pathology and treatment of the postphlebitic leg and* 1949.
- BENCHIMOL, ALBERTO S. — "Insuficiencias venosas crónicas de los miembros inferiores". Editorial Artécnica, Buenos Aires, 1951.
- its complications*. "The Canadian Medical Association Journal", vol. 61, pág. 275;