

TECNICA QUIRURGICA DE ELECCION EN EL TRATAMIENTO DE LA «INSUFICIENCIA VENOSA»

J. GIRBES

V. SALLERAS

*Hospital de N.^a S.^a del Sagrado Corazón. Servicio de Cirugía General (Dr. V. Salleras),
Barcelona (España)*

Para el tratamiento de la insuficiencia venosa disponemos en la actualidad de múltiples técnicas quirúrgicas, pero éstas pueden reunirse en tres grupos principales.

1.^o Ligadura del cayado o cayados, con fleboextracción de safena y ligadura de comunicantes insuficientes, si las hay.

2.^o Ligadura del cayado con fleboextracción, complementada mediante cualquiera de las técnicas de desconexión venosa transaponeurótica.

3.^o Todo lo anterior más la substitución de la piel escleroatrófica o ulcerada de la región maleolar por un injerto de piel tomado mediante el dermatomo de Padgett.

Veamos en qué casos podemos indicar cada una de estas técnicas y comparemos sus ventajas e inconvenientes.

A. En el síndrome varicoso aislado, cuando las molestias son pocas y aún no han aparecido las complicaciones, halla su máxima indicación la safenectomía, aislada o acompañada de ligadura de las comunicantes insuficientes, si las hay.

B. Cuando a la insuficiencia del cayado se le añade un evidente trastorno circulatorio imputable a una insuficiencia profunda, con existencia de comunicantes incompetentes que la retransmitan al sistema superficial, es cuando hay que añadir a la fleboextracción, la cual consideramos imprescindible, una técnica que nos asegure la total desconexión entre el sistema superficial y el profundo. Para ello podemos escoger entre la amplia incisión en cara interna de pierna, despegando los bordes de la herida y abriéndolos como las hojas de una ventana, o bien la incisión curva, ya sea en forma de S o de interrogante con la rama vertical hacia arriba, que nos permita soltar la zona esclerosa o esclero-atrófica. En ambos casos lo fundamental es que, una vez despegada la piel de la aponeurosis, se compruebe la posible emergencia de venas perforantes. Una vez incidida la aponeurosis será muy fácil seguir dichas comunicantes hasta su desembocadura en las venas profundas; al mismo tiempo, levantando los bordes de la incisión aponeurótica, se procederá a la ligadura de cualquier vena que desde el músculo se dirija a la superficie. Siendo ésta la única técnica que nos brinda la certeza absoluta de haber hecho una completa «desconexión venosa transaponeurótica» o lo que es lo mismo una eficiente separación entre el sistema superficial y el profundo.

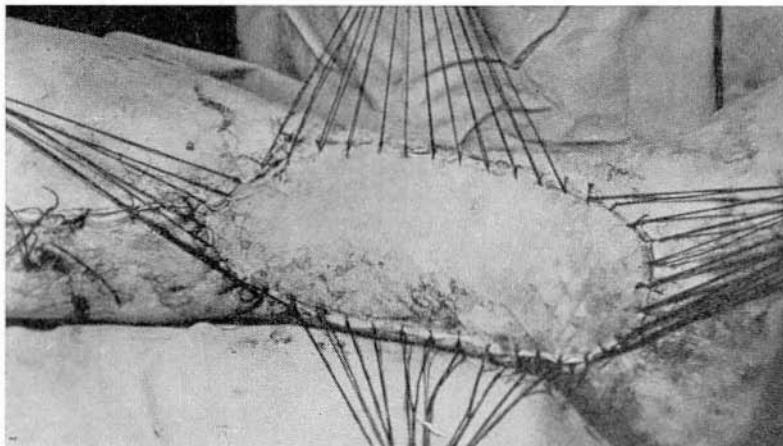


FIG. 1. Incisión elíptica con una prolongación ascendente para la desconexión venosa transponeurótica.

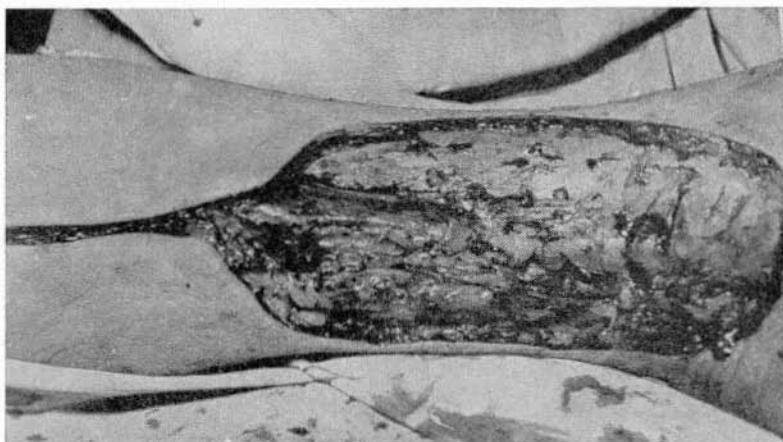


FIG. 2. Aspecto de la zona afecta después de extirpada la aponeurosis.

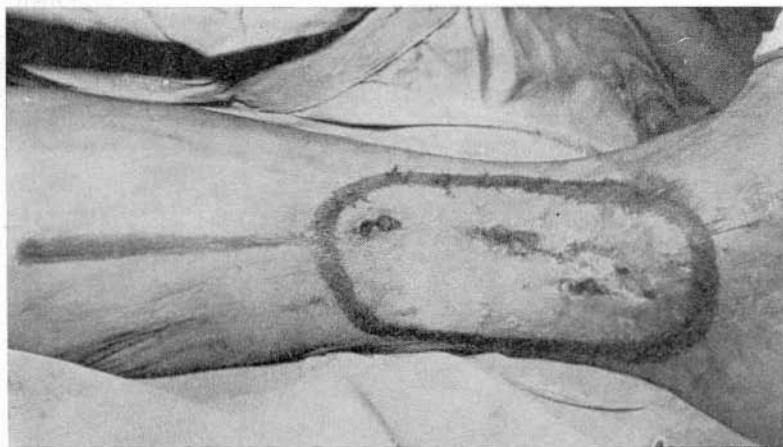


FIG. 3. Injerto colocado.

C. En los casos de trastorno venoso crónico inveterado, con ulceraciones tópidas en una zona escleroatrófica, con muy mal estado de la piel, en los que coincidan el síndrome varicoso, la insuficiencia profunda y la presencia de comunicantes incompetentes, es cuando cualquiera de las técnicas en uso puede conducir a la recidiva en corto plazo, pues no puede juzgarse el problema por cualquiera de sus aspectos tomado aisladamente, aunque aquél aparezca a primera vista como el más importante. Aquí es precisa una intervención que solucione el problema venoso superficial, las comunicantes incompetentes y que, por último, sustituya la piel enferma por tejido sano.

He aquí lo que podríamos llamar «desconexión venosa transaponeurótica reparadora».

En primer lugar se procede a la ligadura del cayado o cayados, seguida de fleboextracción.

El segundo tiempo consiste en practicar una incisión elíptica, que incluya toda la zona ulcerosa, con una prolongación en sentido ascendente (fig. 1).

Se procede a extirpar la zona patológica, resecando incluso la aponeurosis. Respecto a la porción superior de la incisión se actúa en forma semejante a la técnica anterior, o sea despegando la piel e incidiendo la aponeurosis, despegándola del mismo modo que aquélla, asegurándonos así una perfecta desconexión venosa (fig. 2).

Una vez terminada esta fase, puramente vascular, se procede a recubrir la zona afectada con un injerto cutáneo, tomado previamente del muslo o nalga, y a cerrar la aponeurosis y la piel de la porción superior de la incisión (fig. 3).

No hay que olvidar que por presentar este tipo de enfermos una insuficiencia venosa profunda, ya esencial ya a consecuencia de una avalvulación por flebitis, debe considerarse que su tratamiento no concluye al salir de la clínica sino que hay que guardar durante un postoperatorio más o menos largo, según los casos, una serie de medidas antiestáticas a base de media de goma, reposo postural, medicación tópica general y venosa, etc.

Haciéndolo así habremos dejado al enfermo en unas condiciones lo más parecidas posible a las fisiológicas, y podido así evitar el peligro de la aparición de una nueva úlcera, cosa muy de temer en este tipo de flebopatías.

RESUMEN

Los autores presentan las tres principales técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la «insuficiencia venosa» de los miembros inferiores. Se comentan sus indicaciones, sus ventajas y sus inconvenientes. Resaltan que el tratamiento de estos enfermos no termina con la operación, sino que hay que educarles en una serie de normas antiestásicas permanentes.

SUMMARY

The authors described the surgical treatment of chronic insufficiency of the lower extremity.