

Nuevo método táctico en la cirugía de las varices

Reporte preliminar (*)

Prof. J. Mc COOK

Director del Instituto Nacional de Angiología y Profesor de Cirugía de la Universidad La Habana (Cuba)

INTRODUCCION

La cirugía de las varices es tan antigua como la propia Humanidad. En ninguna otra patología resulta posible acopiar tanta riqueza en los procedimientos empleados y tanto paralelismo entre ellos y la dinámica del desarrollo de los conocimientos esenciales relativos al tema; de tal suerte que en cada etapa histórica ha sido posible contar con un procedimiento «ideal» y su correspondiente pionero.

En la actualidad parece existir común acuerdo respecto a que el tratamiento quirúrgico del síndrome varicoso tiene que ser encarado desde un doble punto de vista: estratégico y táctico. **Estratégicamente**, hay que lograr la interrupción, a nivel de los cayados de las safenas internas o externas o a nivel de las comunicantes insuficientes, del reflujo retrógrado sanguíneo desde el sistema venoso profundo al superficial (aspecto curativo), así como la supresión de los paquetes varicosos en evitación de recurrencias por insuficiencia de nuevas comunicantes (aspecto preventivo), procurando que los principios enumerados anteriormente se apliquen con carácter específico en cada paciente y, más aún en cada extremidad, teniendo en cuenta la notable variabilidad anatómica del sistema venoso tanto en estado normal como patológico, la edad, patologías o complicaciones asociadas, etc. **Tácticamente**, multitud de métodos o procedimientos actuales se ajustan a estas directrices, encontrándose en la etapa de valoración de sus resultados a corto y largo plazo.

El objetivo de este trabajo es presentar un nuevo método que, sin apartarse de estas directrices, hemos venido realizando en el Instituto Nacional de Angiología, con resultados inmediatos satisfactorios.

FUNDAMENTOS

En el curso de algunas safenectomías internas realizadas con fleboextractor tipo Myers (6) pudimos comprobar cómo en lugar de la extracción de la vena,

(*) Trabajo presentado al VII Congreso Internacional de Angiología, Lieja (Bélgica), septiembre 1970.

plegada en acordeón sobre el instrumento, permanecía «in situ» sólo que abierta longitudinalmente en toda su extensión. En realidad se había practicado una «safenotomía longitudinal extensa». La comprobación de que tal situación no añadía riesgos inmediatos, bajo el punto de vista de formación de grandes hematomas, y de que tales pacientes se comportaban en el futuro como si hubiesen sido realmente safenectomizados, nos llevó a aplicar este principio al manejo de los paquetes varicosos y de las comunicantes que,

como las pretibiales y las perforantes de Cockett entre otras, escapan por lo común al radio de acción del fleboextractor, conservando, no obstante, en todas sus partes la safenectomía según norma habitual.

NUESTRO METODO

Nuestro método consta de los siguientes pasos:

1. Estudio clínico meticuloso de cada extremidad afectada, marcando con solución indeleble tanto los lugares donde se detecten comunicantes insuficientes como los gruesos troncos varicosos.
2. Safenectomía interna o externa, o de ambas, según la técnica habitual, cuando clínicamente hubiese sido demostrada la insuficiencia valvular a nivel de alguno o algunos cayados. Utilizamos el fleboextractor tipo Myers, de nylon, ideado por **Torres** (7), uno de nuestros colaboradores. Durante la maniobra de fleboextracción es importante observar la trayectoria seguida por el instrumento, al objeto de percatarnos de las comunicantes que es-

caparon a su radio de acción; de igual modo hay que mantener la pierna elevada en un ángulo no menor de 45°. En caso de varices recurrenciales en pacientes ya safenectomizados, este paso resulta, obviamente, innecesario.

3. Incisiones locales de un centímetro de extensión, siguiendo las líneas de Langer, en lugares alejados unos 5 cm de cada comunicante, o a veces entre dos de ellas en sitios equidistantes.
4. **Discisión de comunicantes y varicotomía longitudinal extensa con tijeras de Metzenbaum.** A través de las incisiones cutáneas introducimos la tijera

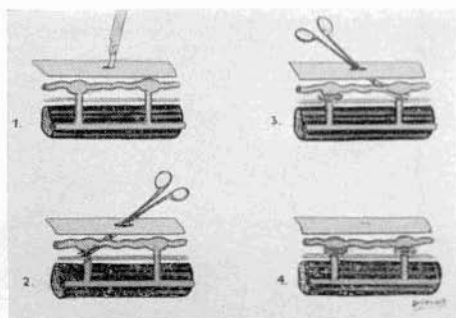


FIG. 1: Discisión de comunicantes con tijeras de Metzenbaum.

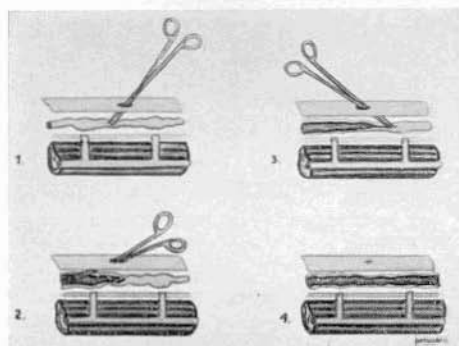


FIG. 2: Varicotomía longitudinal extensa con tijeras de Metzenbaum.

de manera que sus ramas se sitúen paralelamente a la aponeurosis, procediéndose a la sección de las comunicantes (fig. 1). Haciéndola girar sobre su eje longitudinal un ángulo de 90° , nos ponemos en situación de acometer la varicotomía longitudinal extensa (fig. 2).

5. Cierre de la piel y vendaje compresivo inmediato.

RESULTADOS

Hemos practicado este método en el transcurso del último año en alrededor de 100 casos con resultados inmediatos muy satisfactorios. En la figura 3 pueden observarse las alteraciones locales provocadas en una secuencia que comprende:

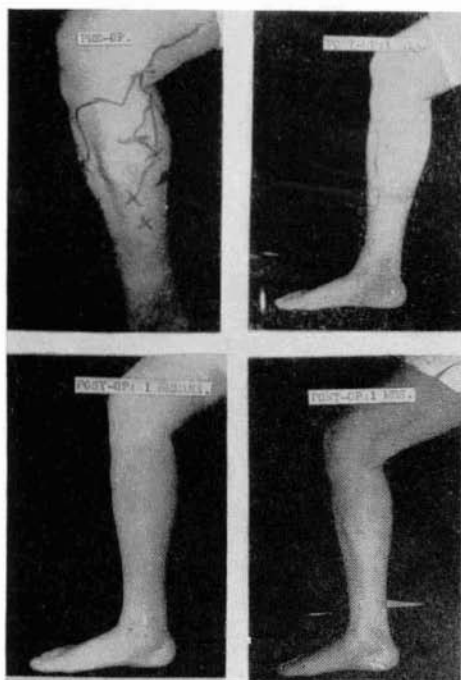


FIG. 3



FIG. 4

Fig. 3: Secuencia fotográfica: antes de la operación; al primer día de ella, a la semana y al mes de la intervención.

Fig. 4: Estudio flebográfico efectuado antes y después de la intervención efectuada según preconizamos.

antes de la operación; primer día; una semana después de la operación; y un mes después de la misma. Una muestra de su eficacia cabe observarla en un estudio flebográfico efectuado antes y después de la intervención (fig. 4). Esperamos la prueba del tiempo antes de tomar una posición definitiva.

Este reporte preliminar es posible conduzca a una más profunda valoración del método y a su enriquecimiento a la luz de la experiencia universal. Por el momento y a modo de conclusiones provisionales podemos señalar que no añade riesgos o complicaciones en comparación con otros procedimientos, aportando las ventajas de su simplicidad y rapidez.

COMENTARIOS

Debemos señalar que **Lorentz Heister** utilizaba, hace más de 200 años, las «incisiones longitudinales sobre los paquetes varicosos y compresión con vendaje». Aunque bastante alejado del entendimiento actual de la fisiopatología del síndrome varicoso constituye, sin embargo, el primer antecedente del método que hoy preconizamos. No obstante, en el curso de los últimos 20 años aparecen reportados algunos intentos incompletos del mismo. Así, **Benchimol** (2) recomienda la sección con tijeras de las comunicantes localizadas en el lecho de las úlceras. **Buzzi y Bertolotto**, la «destrucción subcutánea de los trayectos y golfos venosos con tijera de Sims-Finochietto», desde una incisión en el tercio superointerno de la pierna y sobre el trayecto de la safena interna. **Cigorrage** y colaboradores (4), la sección subaponeurótica de comunicantes insuficientes utilizando una lámina maleable. **Albenese** (1), la sección de las comunicantes con un escoplo a nivel de sus emergencias de los tabiques intermusculares.

Teniendo en cuenta que la valoración de los resultados obtenidos universalmente con distintos procedimientos nos ha permitido comprobar que no existe método alguno exento de recurrencias, estimamos oportuno e importante dejar aclarado que hasta el presente todos los métodos utilizados en cirugía de las varices se ha orientado hacia el control de sus consecuencias hemomecánicas y que el objetivo final sólo se logrará cuando con una nueva estrategia los estudios dirigidos hacia su etiopatogenia puedan ofrecer la perspectiva de una solución, hasta sin cirugía.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se señalan la trayectoria histórica de la cirugía de las varices y los objetivos estratégicos que la misma persigue en el momento actual.

Se plantean los fundamentos de un nuevo método táctico para el logro de esos objetivos.

Se describen las técnicas utilizadas para la discisión de comunicantes y la varicotomía longitudinal extensa con tijera de Metzenbaum, después de la safelectomía habitual.

Se anilizan los resultados inmediatos satisfactorios obtenidos en los primeros 100 casos operados en el Instituto Nacional de Angiología, presentándose la comprobación flebográfica de su eficacia.

Se destacan como las mayores ventajas del método su simplicidad y rapidez.

Se deja aclarado que hasta el presente todos los métodos utilizados en la cirugía de las varices se ha orientado hacia el control de sus consecuencias hemodinámicas y que el objetivo final sólo se logrará cuando con una nueva estrategia los estudios dirigidos hacia su etiopatogenia puedan ofrecernos la perspectiva de una solución, incluso sin cirugía.

SUMMARY

After a brief historical review of surgical treatment of varicose veins the author presents a new method consisting in «discission of communicating veins»

and «extensive longitudinal varicotomy». Short term results in his first 100 cases are presented, emphasizing simplicity and easy performance of the technic.

BIBLIOGRAFIA

1. — Albanese, A. R.: «Angiology», 13: 268, 1962.
2. — Benchimol, A. S.: «Insuficiencias venosas crónicas de los miembros inferiores», Buenos Aires, 1951.
3. — Buzzi, G. y Bertolotto, A.: «La Prensa Médica Argentina», 42: 2.513, 1955.
4. — Cigorrage, J. R. y colaboradores: «Bol. Soc. Argentina de Cirugía», 7 julio 1958.
5. — Heister, L. (citado por R. R. Foote: Varicose Veins. Butterworths Med. Pub., London, 1952).
6. — Myers, T. T.: «Peripheral Vascular Diseases», W. B. Saunders C.º, 1962.
7. — Torres, P.: «Rev. Cubana de Cirugía», 6: 375, 1967.