

## **Terapéutica quirúrgica y resultados del síndrome postromboflebítico de los miembros inferiores \***

LEONARDO CORCOS y GIAMPERO PERUZZI

**Unità di Chirurgia Generale, Casa di Cura Villa Donatello  
(Direttore: Prof. F. Carrá). Firenze (Italia)**

### **Definición**

Se entiende por Síndrome Postromboflebítico de los miembros inferiores la sintomatología regional consecutiva a una trombosis venosa profunda previa, con o sin varicosis superficiales secundarias (**Browse, Burnand, 1981; Pratt, 1964**).

Tal sintomatología se ha caracterizado, en nuestra casuística, por trastornos subjetivos y objetivos (tabla I).

### **Etiopatogenia**

La trombosis venosa profunda se produce por las causas que se citan a continuación: Enfermedades caquetizantes, enfermedades infecciosas, traumatismos, partos, operaciones (en especial de la pelvis).

En muchos casos no es posible aclarar la causa y se catalogan de «criptogenéticos». Una cuidadosa anamnesis permite evidenciar algunos de los siguientes factores favorecedores. Edad (media 45-55 años). Sexo femenino en el 70 % de los casos. Profesiones en las que se requiera el ortostatismo prolongado. Indumentaria demasiado adherida. Alimentación desordenada y pobre en residuos. Obesidad. Alteración de los tejidos (varices preexistentes, arteriosclerosis, traumatismos previos). Hipercoagulabilidad sanguínea. Anticonceptivos orales. Tabaquismo. Familiaridad. Malformaciones congénitas (vasculares, esqueléticas, neuromusculares). Enfermedades neuromusculares adquiridas. Cardiopatías.

Al inicio de la enfermedad no es posible distinguir, en general, las formas inflamatorias de aquellas en las que la trombosis aparece de forma primaria.

La enfermedad evoluciona de manera espontánea, en período de tiempo variable desde meses a años, hacia la recanalización, a la cual acompaña la destrucción valvular de las venas profundas y de las comunicantes (**Foot, 1901; Owens, 1973**).

La alteración hemodinámica que se produce es la causa directa de la insuficiencia venosa. La aparición frecuente pero no constante de las varices secundarias incide como factor agravante en la evolución de la enfermedad (**Gioffrè y Spinelli, 1979**).

(\*) Traducido del original en italiano por la Redacción.

TABLA I  
SINTOMATOLOGÍA SUBJETIVA Y OBJETIVA DEL SÍNDROME

Síntomas subjetivos	Síntomas objetivos
Dolor difuso continuo de tensión.	Edema incoercible y/o escleroedema subcutáneo.
Dolor sural nocturno (calambres).	Cianosis cutánea.
Dolor sural diurno postural.	Distrofias cutáneas:
Fácil cansancio.	— Discromías.
Prurito y/o cutáneoparestesias.	— Eczema.
Incapacidad de tomar una posición antiálgica.	— Ulceras.
Remisión parcial de la sintomatología con la marcha o el decúbito supino.	— Gangrena venosa.
	Varices difusas y/o telangiectasias.

TABLA II  
393 OPERACIONES POR VARICES DE LOS MIEMBROS INFERIORES

343 por varices primitivas	(87,2 %)
50 por varices secundarias	(12,8 %)

TABLA III  
73 PACIENTES VISTOS POR EL SÍNDROME

44 operados	(61 %)
29 no operados	(39 %)

TABLA IV  
INDICACIONES QUIRURGICAS

50 operaciones por Síndrome de insuficiencia venosa crónica	(100 %)
42 operaciones por el mismo Síndrome más varices	(84 %)
10 operaciones por el mismo Síndrome más úlceras	(20 %)
4 operaciones por el mismo Síndrome más eczema	(8 %)

TABLA V  
RESULTADOS DE 10 OPERACIONES RADICALES 80 %  
RESULTADOS DE 10 OPERACIONES PARCIALES 20 %

40 curados	96 %
2 no curados	4 %
15 curados con secuelas	30 %
23 sometidos a vendajes	46 %
10 sometidos a esclerosis química	20 %
2 con deshiscencias o necrosis cutánea	4 %

TABLA VI

## SECUELAS

7 casos de edema persistente	14 %
4 casos de neuralgia sural recurrente	8 %
2 casos de varices residuales asintomáticas	4 %
2 casos de úlceras persistentes	4 %

**Material y método**

La selección de los enfermos se ha hecho siempre sobre base clínica, valorando la permeabilidad de la circulación profunda por medio de los clásicos signos objetivos. Si se efectúa de forma cuidadosa, tiene suficiente garantía aceptable.

Desde 1975 hasta hoy hemos sometido a intervención por el Síndrome en estudio en la parte distal de los miembros inferiores a 44 pacientes, con un total de 50 operaciones. Seis eran portadores de síndrome bilateral.

El total de estas intervenciones representa el 12,82% de todas cuantas hemos efectuado (393) por varices de los miembros inferiores de nuestra casuística.

Los 44 operados representan el 61 % de los observados por Síndrome post-tromboflebitico (tabla II). El restante 39 % está constituido por los no sometidos a operación, dado que la sintomatología era leve o por que no se había producido aún la recanalización de la circulación profunda (tabla III).

En este último grupo se comprenden los portadores del Síndrome bilateral en los que no se pudo programar una operación de recanalización del sistema profundo.

**Técnica operatoria**

Nuestra técnica nace de la necesidad de efectuar una completa desconexión entre sistema venoso superficial y profundo y la safenectomía de ambas safenas, reduciendo al mínimo posible el traumatismo quirúrgico en la pierna, cuyo trofismo está ya profundamente comprometido por la enfermedad.

La desconexión se obtiene efectuando la ligadura subfascial de las venas comunicantes de la pierna, mientras la safenectomía interna se efectúa de manera tradicional.

Hemos evitado practicar las amplias incisiones descritas por Linton, Felder, Cockett y las múltiples oblicuas descritas por Palma para la ligadura subfascial de las comunicantes de la pierna (Gioffrè y Spinelli, 1979).

Por tanto, hemos seguido la norma de Rosati y colaboradores para el tratamiento de las varices esenciales, intentando reducir en lo posible la extensión de la herida. Por medio del uso de valvas estrechas, profundas e iluminadas es, en efecto, posible la ligadura subfascial de las comunicantes de la cara interna y posterior de la pierna y la safenectomía de la externa desde la poplítea hasta el tercio inferior de la pierna a través de una herida de unos 3-4 cm en la cara posterior-interna, en el límite entre los tercios superior y medio (figs. 1 a 3).

La sección de las comunicantes debe ser sistemática y completa, dado que se ha demostrado también que las comunicantes de pequeño calibre y con válvulas aún presentes son ya sede de alteraciones parietales y por tanto predis-

ponentes a la recidiva de la enfermedad o causa de resultados no satisfactorios.

Cuando es posible, es necesario intentar por disección cuidadosa separar las comunicantes del propio pedúnculo vasculonervioso a fin de reducir una frecuente secuela postoperatoria representada por la sensación subjetiva de hipotermia e hipoestesia cutánea del territorio operado (**Corcos**, 1979).

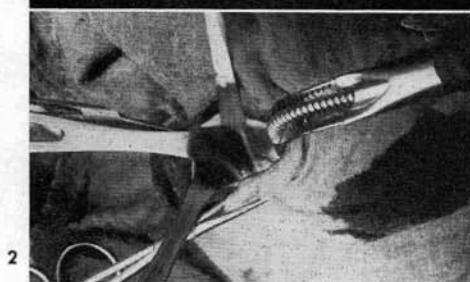
De igual modo, durante la preparación y resección de la safena externa, hay que tener cuidado de respetar el nervio sural y la arteria sural que la acompañan.

La varicectomía queda reservada a los casos en que la extensión y volumen de las varices secundarias contribuyen de modo evidente al determinismo del síndrome de insuficiencia venosa.

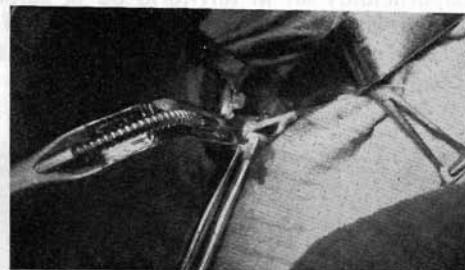
Todos los miembros tratados eran sede del síndrome de insuficiencia venosa con trastornos subjetivos y objetivos.



1



2



3

Fig. 1.—A través de la pequeña herida del tercio superior de la pierna, las dos valvas (una de ellas luminosa) alcanzan la región poplítea para la ligadura de la safena externa en su desembocadura.

Fig. 2.—Visión del precedente campo operatorio con la safena externa aislada por una cinta.

Fig. 3.—Caso de la figura anterior. Invertida la posición de la valva, la dirección es ahora el tercio medio de la pierna donde se observa la safena externa en un plano más superficial cargada sobre un hilo y, en un plano más profundo, una comunicante a tensión a punto de ser seccionada entre «clips».

De estos, 42 (84 %) presentaban también varices secundarias, 10 (20 %) úlceras por lo común en la región maleolar o supramaleolar interna, 4 (8 %) eczema húmedo por la coparticipación del sistema linfático.

En 40 casos (80 %) ha sido posible practicar la operación radical según la técnica descrita, tras una breve preparación médica, habiéndose obtenido la curación por primera intención, incluso de pequeñas heridas practicadas en territorio distrófico.

En 10 casos (20 %) la presencia de escleroedema indurado, eczema y úlceras resistentes a los tratamientos habituales preoperatorios ha impedido la práctica de incisiones quirúrgicas por debajo del tercio superior de la pierna.

No obstante, recordemos que nuestra técnica permite efectuar a través de la herida del tercio superior de la pierna la interrupción de la mayor parte de las comunicantes y de la safena externa.

En la práctica, tal operación, considerada parcial, cabe de igual modo consi-

derarla radical puesto que sólo falta la safenectomía distal interna y externa y la eventual varicectomía. Por otra parte, las venas superficiales que transcurren por la pierna groseramente alteradas están por lo común escleroatróficas.

El 96 % (48 intervenciones) han llevado a la curación, entendiendo por tal término la desaparición de la sintomatología subjetiva de las varices secundarias, del eczema y de las úlceras. Las úlceras planas y de escasas dimensiones curan en seguida de la operación, mientras que las extensas precisan de un injerto cutáneo libre que no se desarrollaría sin el tratamiento quirúrgico previo del Síndrome. Ejemplo, las figuras 4 y 5.

Aceptamos dentro del concepto de curación la persistencia de discromías cutáneas y de escleroedema subcutáneo, si bien con tendencia a atenuarse con el tiempo, en unos meses o años.

En un caso no se obtuvo la curación completa por la persistencia de varices superficiales en el territorio de la safena externa sin que el paciente haya querido reintervenirse, pero se consiguió una buena estabilidad con terapéutica médica y elastocompresiva. Otro caso se considera no curado por eczema recidivante (tablas 4-5).



Fig. 4.— Paciente de 60 años de edad, con Síndrome postromboflebitico que muestra extensas úlceras desde cerca de veinte años, sometido hace pocos días a la operación radical bilateral, según la técnica descrita. El fondo de la úlcera se ve granulando con intensidad.



Fig. 5.— Paciente de la figura anterior, a quien hace 15 días se le han practicado injertos cutáneos libres con satisfactorio crecimiento.

En los 15 casos curados con secuelas comprendemos 7 miembros edematosos en los cuales el tratamiento médico proporciona una progresiva mejoría.

En 4 pacientes se observó neuralgia sural atribuible a trauma quirúrgico del nervio sural superficial, que se resolvieron en pocos meses.

En 2 casos se observó la persistencia de varices residuales no acompañadas de sintomatología, no programándose revisiones quirúrgicas o escleroterapia.

En 2 casos recientes el primer injerto cutáneo sobre dos amplias úlceras no ha dado resultado satisfactorio, siendo preparados para un segundo injerto.

A consecuencia de edema postoperatorio se practicaron 23 vendajes previos a la salida del hospital, con resultado estable (tablas 5-6).

## Conclusiones

El Síndrome postromboflebitico distal de los miembros inferiores debe consi-

derarse siempre como enfermedad quirúrgica a corto plazo tras una adecuada valoración clínica y preparación médica.

La valoración clínica es suficiente para determinar la permeabilidad de la circulación profunda y, en cuanto se relaciona con este problema, las distintas investigaciones instrumentales y radiológicas son superfluas. Esto vale para la busca de comunicantes preoperatoriamente, que en cualquier caso deben ser seccionadas.

La técnica descrita resulta poco traumatizante y de fácil ejecución.

Todos cuantos signos acompañan al Síndrome regresan con rapidez, salvo el escleroedema y la discromía, y los resultados son estables a distancia.

Siempre es útil valerse de la terapéutica compresiva.

## RESUMEN

Se expone un método operatorio radical, con escasa incidencia de secuelas, para el tratamiento del Síndrome postromboflebítico distal de los miembros inferiores.

La indicación operatoria se establece sólo por la clínica, tras la aparición de los signos de recanalización del sistema profundo.

La intervención consiste en una típica safenectomía interna y en la ligadura de las comunicantes de la pierna por vía subfascial. A través de esta vía se efectúa la safenectomía externa.

Este método se ha aplicado en 50 casos con óptimos resultados.

Se concluye que los resultados no parecen modificarse por haber establecido la indicación basándose sólo en la clínica y no por medio de investigaciones instrumentales y radiográficas; y que el método expuesto se muestra eficaz, bien tolerado y de simple ejecución.

## SUMMARY

The Authors's treatment in the distal postthrombophlebitic syndrome is exposed. The surgical indication is established by clinical means only, without instrumental and radiographic researches. The procedure is effective, simple and well tolerated.

## BIBLIOGRAFIA

- Browse, N. L. y Burnand, K. G.: La SPTF. di vista moderno. In «Malattie delle Vene». Ed. Med. Scient. Intern., 373, 1981.  
Cockett, F. B. y Jones, D. E. E.: The ankle blow-out syndrome. A new approach to the varicose ulcer problem. «Lancet», 1: 17, 1953.  
Corcos, L.: Morfología de las venas comunicantes de la pierna y su significado en la génesis y en el tratamiento quirúrgico de las varices primitivas. «Angiología», 31: 12, 1979.  
De Palma, R. G.: Surgical therapy for venous stasis. «Surgev», 76: 910, 1974.  
Felder (cit. por Frileux): «Nouveau Traité de Techniques Chirurgicale. Chirurgie des Veines», vol. V: 522, 1970.  
Foote Rowden, R.: «Venas varicosas». López Libreros, Editores, Buenos Aires, 1901.  
Gioffre, L. y Spinelli, F.: «Chirurgia delle Vene degli Arti», Masson, Italia, Editori: 219, 1979.  
Linton, R. R.: Surgery of the veins of the lower extremity. «Min. Med.», 32: 38, 1949.  
Owens, J. C. y Anderson, L. L.: Indications for surgical treatment of the postphlebitic syndrome. «Surgery», 1: 81, 1957.  
Owens, J. C.: Peripheral blood vessels. Vascular Surgery. In Hill, G. J.: «Outpatient Surgery». Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1973.  
Pratt, G.: Classification and surgical treatment of the SPTF. «Surg. Gyn. Obst.», 118: 284, 1964.  
Rosati, I. y coll.: El escoplage subfascial en el tratamiento quirúrgico radical de las varices de los miembros inferiores. «Angiología», 29: 180, 1977.