

Tratamiento esclerosante de las venas varicosas

VITTORIO CORSETTI,

Ospedale «P. Lucchesi».

Reparto di Chirurgia Generale (Primario: Prof. G. P. Pedetta).

Pietrasanta-Lucca (Italia).

En la terapéutica de las venas varicosas el angiólogo tiene que decidir entre la intervención quirúrgica y la escleroterapia, o bien su asociación.

Es sorprendente el que exista tan poco acuerdo en el tratamiento de una enfermedad tan frecuente como la de las venas varicosas. La extirpación de las venas superficiales dilatadas sólo se puede conseguir con una intervención quirúrgica o con una cuidadosa escleroterapia.

Esta última terapéutica se practica extensamente en la Europa central desde hace más de cincuenta años. El tratamiento esclerosante creemos debe preferirse cuando las venas varicosas, de la magnitud que sean, puedan ser esclerosadas; presenta pocas complicaciones o efectos secundarios; y el paciente puede continuar su trabajo durante todo el tratamiento.

El tanto por ciento de éxitos es bueno y tiene pocos efectos colaterales. La intervención quirúrgica, incluso practicada por los mejores cirujanos, tiene un porcentaje de un 6 a un 10 % de complicaciones; requiere la hospitalización al menos de una semana; y a menudo deja cicatrices molestas como las propias varices.

Las varices del sector venoso, las varices reticulares (**Corsetti, Bezzouni**, en Rusia), las varices de la pierna y del muslo o de las paredes abdominales, las debidas a trombosis de las venas profundas, las venas perforantes insuficientes (**Fegan**, Irlanda), y las varices de embarazo (**Sigg**, Suiza), varices del Síndrome de Klippel-Trénaunay, telangiectasias, etc., pueden eliminarse con el tratamiento esclerosante sin inmovilización del paciente y sin interrupción de su trabajo.

Para obtener un resultado perdurable hay que eliminar todas las varices hasta la unión safeno-femoral en la fosa oval.

La inyección esclerosante, efectuada correctamente, alcanza sólo a las varices, mientras que las venas normales con circulación eficiente no se ven implicadas, de igual modo que las profundas, si la dosis es adecuada, ya que el agente esclerosante se diluye con rapidez.

No obstante, no se eliminan los factores constitucionales: debilidad del tejido conectivo y deficiencias valvulares, por lo cual siempre es posible la recidiva,

de la misma manera que tras la intervención quirúrgica. En otros términos, «eliminadas las varices, queda el varicismo». Por consiguiente, por el momento, ni la escleroterapia ni la cirugía pueden asegurar que no se produzcan recidivas. A pesar de todo, cabe afirmar que la fleboesclerosis, si bien no resuelve el problema varicoso, debe ser considerada como un adelanto respecto a la cirugía tradicional (**Faenza, Natali, Marmasse**).

La intervención quirúrgica comprende las técnicas habituales: Ligadura de la safena en su unión con la femoral y de todas sus colaterales a cualquier nivel, «Stripping» de la safena magna y/o de la safena minor o externa, ligaduras extrafasciales múltiples, resección de las varicosidades y ligadura subfascial de las perforantes.

La técnica esclerosante requiere gran experiencia. Aunque sencilla, los resultados pueden desilusionar si no se aplica bien el vendaje, ya que la propia técnica depende del absoluto mantenimiento ininterrumpido de una adecuada compresión inmediata a la inyección.

Los agentes esclerosantes son de composición química diversa. No deben ser tóxicos, aparte de ser innocuos tanto para la gestante como para el feto.

Dichos agentes (Variglobina, solución de ioduro sódico, Atossisclerol, hidroxipoliétoxi-dodecano, Trombovar, tetradecilsulfato de sodio, etc.), actúan sobre el endotelio determinando una acción irritativa que puede provocar una hinchazón y necrosis de la íntima, seguido de la formación de un trombo «muy adherente» a la pared del vaso. En contraposición a los agentes utilizados al principio de la escleroterapia (alcohol, percloruro de hierro (Pravaz), licor yodotánico (Vallette), hidrato de cloral (Porta), sublimato (Linser), solución yodo-yodurada (Schiassi), etcétera), no actuaban sobre el endotelio de las paredes venosas sino que ocasionaban sólo una trombosis intravascular, no sólidamente adherida a la pared y por tanto fácil de despegarse y ocasionar una embolia pulmonar.

La finalidad de la escleroterapia es producir un cordón fibroso que sustituya a la vena. Para obtener una obliteración permanente del sector venoso se tiene en cuenta la actividad fibroplástica de la pared vascular. Si el tejido fibroso de la pared de la vena tiene tiempo de actuar por completo, es muy improbable que la vena se repermeabilice de nuevo al suprimir la compresión, compresión que es esencial para asegurar una fibrosis permanente e irreversible del sector venoso.

El paciente es revisado en ortostatismo. Se inspeccionan los miembros con mucha atención y se marcan las dilataciones varicosas sobre la piel con una tintura. Acostando luego al paciente, se levantan los miembros en ángulo recto sobre el abdomen y se marcan, de igual modo, los orificios perforantes. Acto seguido se hace sentar al paciente en posición vertical sobre una camilla con las piernas en horizontal, dado que en esta posición las venas contienen suficiente sangre para la flebopuntura. Se punciona así la vena en el punto exacto, levantando a continuación el miembro unos 45° para vaciarlo de sangre e inmediatamente se inyecta el líquido esclerosante, seguido del vendaje compresivo, vendaje que se mantiene seis semanas.

Para el tratamiento esclerosante, se clasifican los pacientes en tres grupos:

1.º Pacientes con venas varicosas, pero sin síntomas. Son los que obtienen mejores resultados.

2.º Pacientes con varices gruesas asociadas a síntomas. Los resultados son como los de una intervención quirúrgica; las complicaciones son pocas y se evitan los gastos de hospitalización.

3.º Pacientes con grave insuficiencia venosa, asociada a grados variables de obstrucción proximal junto a una insuficiencia valvular de las venas profundas. Hay que explicar a los pacientes que aunque se puede conseguir una notable mejoría no se puede retornar a la normalidad, por lo que se aconseja la utilización de una contención elástica más o menos compresiva tras la escleroterapia. Como efectos colaterales se señalan: fiebre, pigmentación cutánea, necrosis por inyección perivenosa, recidivas. Incluso cabe considerar la embolia, si bien la mayoría de autores con un notable número de inyecciones no la refieren (**Sigg**, 592.000; **Seddon**, 400.000; **Bassi**, 120.000; **Faenza**, 100.000).

Podemos concluir que los resultados conseguidos con la escleroterapia son satisfactorios. **Feggan** dice que el 82 % de los pacientes estaban satisfechos; **Seddon** compara los resultados de 202 pacientes tratados unos con escleroterapia y otros con intervención quirúrgica, siendo similares.

La mayoría de los pacientes tratados por escleroterapia se adaptan bien a este tratamiento, ahorrándose la intervención quirúrgica. Los únicos casos reservados a la cirugía son aquellos de competencia safeno-femoral primaria en los que no se puede efectuar la compresión de una vena perforante.

Como sea, es necesario seguir tratando las venas varicosas para aliviar su sintomatología hasta que su origen real quede aclarado.

Técnica personal: Compresión «Short Time»

Esta técnica difiere de la habitual porque en esencia usa una compresión «short time». Una vez visto el enfermo se le coloca en ortostatismo. Se investiga la vena más dilatada empezando desde abajo. Se introduce en ella una aguja corta núm. 18 de calibre 5 a la que se aplica una jeringa de vidrio de 2 ml conteniendo un ml de hidroxipoliétoxi-dodecano. Se inyecta 0,1 ml del líquido para vaciar la aguja. Se adosa la jeringa a la pierna para evitar cualquier movimiento entre pierna y jeringa. Se hace acostar al paciente en decúbito supino sobre la camilla y se le hace levantar el miembro unos 45°, dejando pasar un cierto tiempo para que la sangre defluya poco a poco. Es innecesario hacerlo deprisa, ya que la aguja que contiene el líquido esclerosante no se ocluirá. Se toma la jeringa en una mano y con el dedo índice y el anular de la otra mano, colocados por encima y abajo de la aguja, respectivamente, comprimiendo la vena a unos dos centímetros de distancia de ella, se inyecta el contraste en el sector de vena aislado y vaciado. A fin de aumentar el tiempo de contacto y por consiguiente la acción del líquido, se mantiene la compresión unos 30".

Sucesivamente, sobre el punto de inyección se coloca una torunda de gasa y se aplica un vendaje elástico que comprende todo el miembro y el pie, haciendo deambular al enfermo durante unas tres horas a fin de eliminar la presión en las

venas superficiales, lo que ayuda a prevenir la dilatación venosa.

Este breve tiempo de compresión no ha ocasionado, como muchos autores afirman, la abertura del sector esclerosado; por lo cual con este tratamiento compresivo es posible, independientemente de poder practicar más inyecciones de una sola vez, efectuar un ciclo esclerosante en un tiempo realmente breve en relación al antiguo método, que requería al menos seis semanas entre tratamiento esclerosante y el siguiente, obligando al enfermo a soportar durante un mes y medio un vendaje bastante fastidioso por sí mismo y por las condiciones higiénicas del miembro.

En el curso de los años, este tipo de vendaje nos ha dado los resultados esperados. Nunca tuvimos que volver a practicar inyecciones esclerosantes en breve tiempo, como afirman los promotores del vendaje «Long Time».

Es por ello que consideramos que la compresión «Short Time» es suficiente para asegurar una fibrosis permanente e irreversible del sector venoso interesado.

RESUMEN

Se expone un procedimiento personal de esclerosis química de las varices.

SUMMARY

Chemical sclerosis of the varicous veins by a personal procedure is reported.

BIBLIOGRAFIA

1. Bassi, G. L.: Terapia sclerosante: la trombectomia. «Folia Angiologica», 1: 197, 1954.
2. Warter, A.: Varici e sindromi venose delle gambe. «Opera Medica», núm. 109, 1955.
3. Dolci, F.: Il trattamento sclerosante nelle tromboflebiti e flebiti superficiali. «Min. Med.», 1959.
4. Leu, H. J.: Complicazioni della scleroterapia delle varici. «Folia Angiologica», 3-4: 320, 1962.
5. Fegan, G.: Continuous compression technique of injecting varicose veins. «Lancet», II: 109, 1963.
6. Bassi, G. L.: Indications et résultats de la sclérose et de la chirurgie dans le traitement: 1) des crosses saphéniques; 2) des veines perforantes; 3) des troncs veineux superficiels. «Phléologie», 4: 331, 1965.
7. Reid, R. G. y Rothnie, H. G.: Treatment of varicose veins by compression sclerotherapy. «Brit. J. Surg.», 55: 889, 1968.
8. Faenza, M.: La malattia varicosa in una ventennale pratica flebologica. «Min. Med.», Ed., 1971.
9. Bezzouni, F.: The diagnosis and treatment of the communicant veins in primary varicosis. «Ph. D. Thesis», Moscow, 1970.
10. Sapin, G.: Propos sur la sclérose des crosses. «Phlébcologie», 23: 105, 1971.
11. Seddon, J.: Varicose Veins. «Brit. J. Surg.», 60: 345, 1973.
12. Hobbs, J. T.: Trattamento delle malattie delle vene. «Il Pensiero Scientifico», núm. 2, abril 1978.
13. Corsetti, V.: Trattamento sclerosante delle vene varicose: il punto sulla situazione attuale. «L'Avvenire Medico», 1980.
14. Corsetti, V.: La scleroterapia delle varici giganti. «Quaderni di Medicina e Chirurgia», 61: 13, 1981.