

## **EL TRATAMIENTO DE LAS VARICES ESENCIALES CON CIRUGIA SEMIAMBULATORIA: EXPERIENCIA SOBRE 420 CASOS \***

E. CACCIATORE \*, S. VERRINI \*\* y A. BORALDI \*

**Divisione di Chirurgia (Primario: R. Bergamaschi).\* Servizio di Anestesia  
(Primario: M. Focherini).\*\* Ospedale B. Romazzini, Carpi (Modena) (Italia)**

En una Comunicación al IV Congresso Nazionale del Gruppo Italiano di Chirurgia Vascolare, Roma 1978, ya nos referimos a nuestra primera experiencia sobre el tratamiento de las varices esenciales con internamiento reducido a 24-30 horas.

En el último bienio nuestro grupo ha trabajado sobre el problema, alargando de modo considerable la casuística y perfeccionando lo más posible los problemas técnicos.

En el entretiempo, los trabajos aparecidos en la literatura flebológica han confirmado ampliamente que aquello que parecía sólo una tendencia se ha ido, por contra, transformando en un método codificado: reducir o abolir los tiempos de estancia hospitalaria en favor de una más moderna y ligera terapéutica ambulatoria.

Como ya expusimos a su tiempo y como confirmamos aquí, la reducción drástica de la tradicional estancia representa el fruto de toda una serie de mejoras técnicas, por un lado, y por otro un más profundo análisis de los problemas de fisiopatología venosa.

Ante todo el principio que nos inspira es el de operar las varices esenciales de la manera, podríamos decir, más «económica» posible:

1. Abolir los puntos de fuga safeno-femoral o poplíteo y perforantes.
2. Eliminar por entero la safena patológica por fleboextracción, pero sólo si es estrictamente necesario.
3. Evitar las inútiles y dañosas resecciones múltiples de ramas colaterales en favor de una buena esclerosis postoperatoria.

Sin más, de tal modo se gana en estética y en el funcionalismo del miembro, así como la elegancia quirúrgica, permitiéndose al paciente un mayor

---

\* Traducido del original en italiano por la Redacción.

confort postoperatorio que hace que el propio paciente solicite el retorno a su hogar.

La ventaja es indudable, ya que nos permite resolver dos grandes problemas: Por una parte psicológico, pues el operado evita largas y enojosas estancias, y por otra económica, por evidente y comprensible reducción de los gastos.

Veamos ahora con más detalle los principios técnico-tácticos a los que nos hemos atenido:

Ante todo, la *anestesia*, que se encaminará hacia una narcosis breve, reversible en poco tiempo, sin secuelas desagradables inmediatas o tardías.

El tiempo promedio de recuperación integral, juzgado con fáciles «tests» de coordinación otico-motriz y de capacidad de concentración, nos lleva a una anestesia combinada locorregional y general, que ya sea por su duración y por su escasa agresión del paciente comporta una vigilancia médica reducida a pocas horas, aunque siempre realizada en ambiente hospitalario.

La elección viene efectuada por cooperación con el cirujano basándose en el estado general, la edad, la serenidad y disponibilidad del enfermo previa visita preoperatoria, en la cual se controlan los requisitos y se aclaran las incertidumbres.

De rutina se suministra un parasimpaticolítico como premedicación, evitando sedantes o tranquilizantes capaces de aumentar la duración de la narcosis, aprovechando al máximo la colaboración del paciente.

La inducción se realiza de preferencia por vía parenteral con CTI34I (0,5 ml por kg) o un tiobarbitúrico (3,5-4 mg/kg), es decir, a dosis reducidas aunque utilizando la depresión inicial para la inyección en los puntos escogidos de un anestésico de larga duración. Se mantiene con una mezcla de N<sub>2</sub>O y O<sub>2</sub> y, poco antes de la fleboextracción, con una dosis partida del fármaco utilizado para la inducción.

La cobertura analgésica permitirá en este momento la ventilación espontánea en el aire ambiente.

El despertar será rápido, obteniéndose en pocos minutos respuesta a las órdenes verbales y a la hora la posibilidad de levantarse.

Respecto a las **incisiones** recordaremos sólo de paso que reduciremos al mínimo en la ingle la disección del tejido celular a nivel del cayado de la safena, aunque sin sacrificar completarla, intentando respetar las estructuras linfáticas, cuya agresión provoca fastidiosas linforreas e incluso linfedemas secundarios.

En el maléolo la incisión se practica lo más distal posible, casi a nivel del pliegue del tobillo, para ligar todos los confluentes radiculares safénicos.

Particular atención nos merece separar el nervio safeno, que hay que respetar para evitar las enojosas parestesias por neuritis traumática.

En esta zona, por la sutileza de la piel y la facilidad de necrosis aunque limitadas, evitamos con sumo cuidado sujetar con pinzas los labios cutáneos, buscando ayudarnos con instrumentos romos.

Los demás cortes necesarios, si se precisan, son muy breves: 1 cm e incluso menos, utilizando la punta de un bisturí triangular, según **Muller**. En la sutura usamos como máximo un punto de seda 4/0 atraumático.

La **fleboextracción** (stripping) es suave y gradual con tracción larga y progresiva, acompañada de la venda elástica que sigue la oliva hacia lo alto. La efectuamos manteniendo el miembro elevado, de abajo hacia arriba, siguiendo la normal disposición venosa de «árbol derribado».

El túnel es inmediatamente vaciado exprimiendo manualmente los coágulos hacia la incisión inguinal. Creemos que esta maniobra es fundamental para evitar los hematomas postoperatorios que pueden representar la máxima preocupación para el enfermo y la prolongación de la estancia.

El **vendaje elástico** lo colocamos bastante estrecho, incluso a veces circundando la pelvis en caso de muslos gruesos, para luego aflojarlo cuando llega a la sala de estancia y abolirlo al día siguiente. Se seguirá sólo en posición erecta en los 20 días sucesivos.

En cuanto al dolor postoperatorio, estamos de acuerdo por completo con **Dodd** y **Cockett**, según los cuales tras el «stripping» no debería subsistir. Cuando el enfermo se queja, buscamos con meticulosidad la causa (hematoma voluminoso rara vez, vendaje demasiado estrecho más frecuente, flebitis profunda nunca, al menos en nuestra experiencia). En los casos de **bilateralidad**, preferimos operar en dos tiempos, a fin de evitar prolongar en exceso la intervención, de por sí benigna, y para favorecer una pronta reanudación de la deambulación.

La **esclerosis intraoperatoria** no es nuestro hábito. Nos parece un poco demasiado a ciegas y por tanto nada previsible.

Por la mañana del día siguiente se revisa el miembro y se da de alta del hospital sin consejos limitantes particulares.

Alrededor del mes de la operación se programa la eventual escleroterapia de retoque de los ramos persistentes o no dependientes de los grandes puntos de fuga (ramos dérmicos, aberrantes, capilares, etc.). Según los casos se indican controles seriados sucesivos, que los creemos obligatorios por la propia naturaleza de las varices, enfermedad de alto potencial evolutivo.

En estos últimos cuatro años (1976-1980) hemos operado 420 miembros con una estancia media postoperatoria de 24-30 horas.

Hemos excluido, como es obvio, aquellos casos que han precisado uno o dos días más por motivos que escapan a problemas de técnica (edad avanzada, lesiones tróficas, etc.).

Como complicación citamos sólo un caso de hemorragia inmediata postoperatoria, por lesión de una arteriola del túnel, dominada sin embargo con una pequeña incisión suplementaria.

Los pacientes aceptan por lo común de buena gana el alta del hospital, aunque con cierta perplejidad. Sin embargo, es muy importante asegurarle y garantizarles un constante control y aclarar con paciencia la más pequeña duda.

Salvo raras excepciones, la reanudación de las propias actividades es inmediata y sin dificultad alguna.

## RESUMEN

Se expone la experiencia sobre 420 intervenciones de fleboextracción (Stripping) por varices esenciales, practicadas en régimen semiambulatorio, es decir con una estancia promedio de 30 horas. Se discuten los principios tácticos adoptados para mejorar la técnica quirúrgica, cuyo objetivo es el de reducir al mínimo el traumatismo operatorio. Los resultados cabe definirlos como excelentes tanto en el plano puramente técnico como en el de la reducción del coste.

## SUMMARY

Experiencia and results of the surgical treatment of the varicose veins (420 stripplings) with the patient on an semiambulatory basis are exposed and commented on.

## BIBLIOGRAFIA

- Cacciatore, E.:** La terapia vasotropa nel trattamento integrato del flebopatico. «Min. Cardioangiolog.», 25:499, 1977.
- Cacciatore, E.; Bevilacqua, G. y otros:** El tratamiento quirúrgico de la varicoflebitis aguda de los miembros. «Angiología», 29:68, 1977.
- Cacciatore, E. y Bevilacqua, G.:** Il trattamento semi-ambulatoriale delle varici essenziali. «Atti 4.º Reunione Gruppo It. Chir. Vasc., Roma», 1978.
- Dodd, H. y Cockett, F. B.:** «The Pathology and Surgery of the Veins of the Lower Limbs», Livingstone Ltd., Edinburg, London 1956.
- Ferguson, L. K.:** «Surgery of the Ambulatory Patient». Lippincott Ed., London 1942.
- Gorin, J. P.; Nossin, F. y Radier, P.:** Quelques aspects économiques de la chirurgie des varices. Plaidoyer pour un traitement ambulatoire. «Phléb.», 32:325, 1979.
- Muller, R.:** La phlébectomie ambulatoire. «Phléb.», 32:273, 1978.
- Nabatoff, A. R.:** Surgical technique for stripping the long saphenous vein. «Surg. Gyn. & Obst.», 145:81, 1977.
- Nabatoff, A. R. y David, C. C.:** Complete stripping of varicose veins with the patient on an ambulatory basis. «Am. J. Surg.», 124:634, 1972.
- Ryckaert, D. De Clercq:** Le traitement des varices par la chirurgie ambulatoire. «Phléb.», 32: 89, 1979.