

# Extractos

COMPARACION ENTRE DISTINTAS MODALIDADES TERAPEUTICAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS ULCERAS VENOSAS RECURRENTE (Comparison of surgical modalities in the treatment of recurrent venous ulcer).— **V.S. Sottiurel** «International Angiology», vol. 9, n.º 4, pág. 231; **Octubre-Diciembre 1990.**

A pesar de que desde **Linton** se han propuesto una amplia variedad de posibles procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de las úlceras venosas crónicas, aún no ha aparecido el tratamiento que consiga unos resultados satisfactorios a largo plazo en las úlceras venosas recurrentes. La valvuloplastia parecía prometedora, pero no se ha publicado estudio alguno a largo plazo acerca de su utilización en el tratamiento de las úlceras venosas recurrentes. La elevada expectación despertada por la transposición venosa decayó cuando dicho procedimiento no pudo superar la prueba del tiempo. El trasplante valvular fue repopularizado por **Taheri**, sin embargo los resultados a largo plazo del trasplante valvular como tratamiento de las úlceras venosas crónicas son escasos. Según nuestra propia experiencia, alrededor de un 40% de las venas del brazo transplantadas contienen válvulas incompetentes.

El análisis de nuestros datos nos ha demostrado que en presencia de una incompetencia valvular del sistema venoso profundo, la disociación del sistema venoso superficial del profundo junto con la extracción del plexo venoso superficial, mediante

una ligadura de perforantes y «stripping» de la vena safena (LPSVS) no es un tratamiento adecuado para las úlceras venosas recurrentes. Para llegar a esta conclusión nos hemos basado en las 9/16 recurrencias de úlceras venosas profundas tras tratamiento con LPSVS. Por el contrario, únicamente 2/16 de las extremidades sometidas a LPSVS junto con valvuloplastia (n=13) y trasplante valvular (n=3) desarrollaron una úlcera venosa recurrente ( $p < 0,005$ ). Además, en 7/9 extremidades que habían presentado úlceras venosas recurrentes tras LPSVS se solucionó la úlcera venosa después de haber restaurado la competencia de las válvulas venosas profundas.

A pesar del pequeño número de pacientes que participaron en este estudio comparativo, los resultados parecen ser estadísticamente significativos de que el LPSVS, junto con la corrección de la incompetencia valvular venosa profunda, tiene menos probabilidad de desarrollar una úlcera venosa recurrente en comparación con el tratamiento con PLSVS de forma aislada ( $p > 0,005$ ).

En este estudio hemos querido resaltar la importancia de una evaluación preoperatoria detallada y una estricta selección de los pacientes. Únicamente se consideraron cualificados para el estudio los pacientes motivados y conformes con el mismo. Se cree que un rígido control postoperatorio y la correcta utilización de unas medias elásticas juegan un papel importante en el éxito de la cicatrización de la úlcera venosa.

A pesar de que la LPSVS junto con la restauración de las válvulas

venosas profundas parece ser un tratamiento prometedor de las úlceras venosas recurrentes, debe tenerse en cuenta que el tratamiento inicial de elección debe ser conservador, con botas neumáticas junto con medias elásticas. La intervención quirúrgica debería reservarse para aquellos casos que no presentan mejoría tras el tratamiento no quirúrgico.

LAS TECNICAS ENDOLUMINALES PERCUTANEAS DE TRATAMIENTO DE LA ARTERIOPATIA DE LOS MIEMBROS INFERIORES (Les techniques endoluminales percutanées de traitement de l'artériopathie des membres inférieurs).— **M. Henry, C. Amicabile, R. Beron.** «Angéiologie», año 43, n.º 1, pág. 11; **abril-mayo 1991.**

El tratamiento de las arteriopatías periféricas está en pleno trastorno por la llegada de múltiples procedimientos de tipo endoluminal. Todos ellos, lejos de oponerse a la cirugía suelen ser un complemento indispensable para acabar de obtener buenos resultados. No obstante, todavía es pronto para tener un conocimiento exacto de los beneficios que estos procedimientos pueden alcanzar y de cuáles son los más indicados en cada situación. Es preciso ensayarlos para tener conocimiento de sus indicaciones precisas, si bien en pocos años se ha podido obtener grandes beneficios en el tratamiento de lesiones cada vez más complejas y distales gracias a la mejoría del material utilizado. Ciertas in-

dicaciones son simples (cortas este-nosis), otras menos simples (lesiones extensas calcificadas, lesiones a nivel de las bifurcaciones, trombosis más o menos extensas).

Existen varios procedimientos. Por el momento podemos destacar varios de ellos:

— La balón-angioplastia parece el método de elección en la mayoría de los casos, sólo o complementado por otras técnicas. Sus complicaciones, trombosis precoces, deslaminaciones quedan limitadas por la colocación de endoprótesis.

— Las técnicas de recanalización están limitadas por la longitud de la oclusión y la presencia de calcificaciones. El Laser de Holmium es bastante prometedor, pero el Laser Saphir Nd Yag nos ha dado hasta el presente excelentes resultados.

— Los Aterotomos no han resuelto los problemas de la reestenosis.

— El Rotablator tiene indicaciones de elección: lesiones extensas, calcificadas de arterias distales en especial.

Las endoprótesis parecen disminuir la tasa de complicaciones precoces y las reestenosis.

Hay que intentar hallar las indicaciones respectivas de cada procedimiento, ayudados por la angiografía, pero también por los ultrasonidos y la angioscopia.

**SUTURA PERCUTANEA Y ESCLE-  
ROTERAPIA DE LA SAFENA IN-  
TERNA.— Ken Biegeleisen.**  
«Revista Panamericana de Flebo-  
logía y Linfología», Año I, N.º 1,  
pág. 23; febrero/abril 1991.

El tratamiento de elección de la dilatación varicosa de la safena in-

terna es, sin duda, la ligadura del cayado y la fleboextracción, por lo menos hasta la rodilla.

La escleroterapia y comprensión ha dado una recanalización y rápida recurrencia. El procedimiento del autor va encaminado a los pacientes que no quieren someterse a cirugía.

**Método:** Elección de la ligadura es a nivel del muslo algo cerca, pero no demasiado, del cayado de la safena interna. Elegido el lugar, anestesia local de la zona. Luego se inserta un catéter plástico dentro de la vena. La aguja no se retira porque la rigidez que le imprime a la vena será útil en los pasos sucesivos. Una vez que se tiene la seguridad que el catéter está fijo en el lugar correcto, se eleva la pierna y se realiza la inyección anterógrada del esclerosante.

A continuación con una aguja común de sutura, se realizan dos pequeñas punturas a cada lado del extremo del catéter. Esta misma aguja se introduce luego en una de esas pequeñas punturas y se saca por la otra, de modo tal que se crea un túnel para la ligadura.

Luego, usando el catéter con la aguja en el lumen de la vena, se eleva la misma y se procede a realizar una sutura con hilo de lino 3-0 debajo de la vena. La sutura entra por la segunda puntura y, mientras se presiona la vena contra el catéter intraluminal, se pasa la misma sobre la vena extrayéndose a través de la primera puntura. Sin ajustar la sutura, se coloca una torunda de gasa en forma temporaria.

Se procede a realizar la escleroterapia de manera usual. Si la inyección realizada previamente a través del catéter pareciera no ser suficien-

te, se realiza esclerosis por inyecciones tanto proximales como distales del sitio de la ligadura, de manera tal que se logra el tratamiento integral de la vena desde el tobillo hasta la ingle.

A continuación se retira la torunda de gasa colocada sobre la sutura y se liga la vena. El hilo de sutura se corta a ras de la piel. Se masajea la zona tratando de alisar lo mejor posible la piel, evitando que den arrugas como consecuencia del nudo que malograrían el aspecto estético de la técnica. De este modo se ha realizado la ligadura percutánea de la vena safena sin incisión alguna de la piel. El procedimiento completo de inyecciones y ligadura no lleva más de 10 a 20 minutos de tiempo.

El paciente es tratado luego como cualquiera que ha sido sometido a escleroterapia solamente. Si es necesario se realizan inyecciones adicionales en sesiones posteriores y si se forman trombos se procede a su evacuación con la técnica usual. Se realiza vendaje compresivo que se mantiene, durante 6 semanas aproximadamente, hasta que la vena no se palpe más.

**Resultados:** Se realizaron controles posteriores durante 18 meses término medio con un rango que oscila entre 7 y 36 meses. Queda establecida la necesidad de controles alejados por lo menos 3 a 6 años para determinar estadísticamente si los resultados son duraderos.

De acuerdo con los estudios del autor, si bien es un método aceptable de tratamiento, no presenta a largo plazo los mismos resultados exitosos del «stripping».

**Material:** Total de pacientes: 49 (26 hombres, 23 mujeres).