

### Reflexiones en torno al estado actual de la cirugía venosa

La Angiología y Cirugía Vascular de nuestro país tiene un reconocido prestigio en el diagnóstico y terapéutica quirúrgica en Patología Venosa. No obstante, en los últimos años se advierte una desaceleración tanto en la publicación de trabajos de investigación clínica como en las aportaciones a Congresos, inercia especialmente en evidencia si se observa la tendencia inversa en publicaciones internacionales.

Paralelamente, diversos datos objetivos, como la Encuesta publicada por la SEACV para el año 1994, y representativa de la actividad asistencial del 65 % de los Cirujanos Vasculares adscritos a la misma, son indicativos de que los procedimientos quirúrgicos son profusamente utilizados para resolver las enfermedades venosas.

De una gravedad y trascendencia ciertamente inferior a otras enfermedades vasculares, las venosas tienen, no obstante, planteamientos terapéutico-quirúrgicos a revisar en función de una no menos importante cronicidad en algunas de sus patologías.

En los últimos quince años las Exploraciones Funcionales Hemodinámicas han producido concretos e importantes cambios conceptuales en la fisiopatología venosa, que han afectado necesariamente a tácticas y técnicas quirúrgicas.

Conceptos como el de Hipertensión Venosa (HTV) o Reflujo Valvular han podido ser cuantificados e interrelacionados con determinadas situaciones clínicas, y han sustituido a otros más ambiguos como el de insuficiencia venosa.

A modo de ejemplo, hoy día tenemos la posibilidad de conocer en qué casos las distintas técnicas correctoras de la HTV del SVS no van a ser terapéuticamente definitivas porque simultáneamente existe una HTV en el eje Ilio-Fémoro-Poplíteo.

En función de todo ello: ¿estamos avanzando?

En la Cirugía de la HTV del SVS, durante décadas, un criterio táctico incuestionable ha sido que cuanto más radical y extensa fuera la resección varicosa mayor posibilidad de evitar recidivas. La fleboextracción clásica, tal como fue descrita por *Babcock* y *Mayo* a principio de siglo y con la cual todos los Cirujanos Vasculares del país hemos adquirido nuestra primera experiencia en el manejo de los vasos, se basa en planteamientos tácticos anatómo clínicos.

Pero cuando, a partir de 1980, esta valoración ha sido además hemodinámica, muchos de sus conceptos se han cuestionado. Así, existe una tendencia, avallada por un número cada vez mayor de autores, que propugna la preservación de ambas safenas basándose en que existe imposibilidad de objetivar reflujo patológico a nivel Safeno-Femoral en más del 50 % de las extremidades varicosas, porcentaje que alcanza el 75 % en el caso del confluente Safeno-Poplíteo.

Esta tendencia conservadora se intenta extender también a Safenas con válvulas ostiales claramente reflucentes, proponiendo plicaturas laterales, bandings externos o clips endosafenos, técnicas todas ellas de cierta complejidad y morbilidad y que contrastan con la simplicidad técnica que comporta la ligadura del confluente safeno-femoral.

No obstante, los escasos trabajos publicados presentan resultados clínicos y hemodinámicos que no son desfavorables para la progresión de estas técnicas.

La valoración, mediante Duplex con codificación cromática, de la columna hidrostática de presión en que puede descomponerse la extremidad varicosa, llevó a mediados de los ochenta a que un hemodinamista aventurara los mismos resultados satisfactorios de la fleboextracción tradicional con la sola ligadura de los puntos de reflujo identificados y con nula o mínima resección de paquetes varicosos.

La técnica CHIVA y algunas de sus posteriores variantes (OCRAM, Rosario) por su evidente originalidad, pero sobretodo, por su radical cambio conceptual en la táctica de la cirugía de las varices, suscitó y seguirá suscitando durante algunos años más encendidos debates que no siempre han mantenido objetividad en sus argumentaciones.

De planteamiento táctico complejo y de difícil aprendizaje, pero de técnica operatoria relativamente simple y realizable bajo anestesia local y de forma ambulatoria, a menudo los autores que la propugnan basan excesivamente sus argumentaciones en este último aspecto, lo que estimo constituye un error. En la actualidad, y con alguna excepción, todas las intervenciones sobre las varices pueden ser realizadas con técnicas anestésicas simples, sentido estético, y con la suficiente mínima agresividad para que no precisen ingreso hospitalario, y por tanto ello no constituiría un valor añadido a la técnica CHIVA y similares.

A igualdad de morbilidad, el punto importante del debate debería centrarse en si constituye una ventaja apreciable la preservación del SVS frente al riesgo de mayores recidivas a medio y largo plazo..., pero éste es un referente difícilmente realizable porque, a pesar de la notable experiencia acumulada, la casuística es prácticamente inexistente para las técnicas tradicionales.

En todo caso, y sobre el CHIVA, los grupos que en nuestro país empiezan a acumular notable experiencia deberán decirnos, dentro de escasos años, cuál es este referente, que sin duda constituye la asignatura pendiente de esta técnica.

Sobre la HTV Secundaria a Secuela Post-flebitica, el grado de aceptación, por parte de los Cirujanos Vasculares, de las diversas técnicas que se han ido proponiendo ha sido muy desigual.

En razón de ello, y con la ligadura sub-facial de perforantes como excepción, no es posible hallar en la bibliografía estudios prospectivos, bien estructurados, que permitan valorar la efectividad de las transposiciones y de los by-pass veno-venosos.

La posibilidad de corregir el reflujo actuando sobre el punto de origen, la válvula, tampoco ha despertado entusiasmo. Las series que refieren los resultados de la Valvuloplastia Externa (bandings de diversos tipos, plicaturas) no son en absoluto valorables por ser cortas y, sobretodo, de insuficiente seguimiento.

No obstante, y desde que *Kistner* publicase, en

1964, la posibilidad de corregir por via endoluminal la incompetencia valvular, han habido diversas experiencias de cierto interés.

Para la HTV Primaria del Sector Fémoro-Popliteo, con series que superan el medio centenar de pacientes y seguimientos que oscilan entre los 3 y 25 años, los buenos resultados, entendiendo como tales la remitencia de los signos clínicos de HTV evolucionada, se sitúan entre el 60 %-75 %.

En la Secundaria, si bien inicialmente son semejantes, caen por debajo el 40 % a los 2 años de la intervención.

No obstante, cuando la valoración se efectúa mediante Duplex y Pletismografía, sólo un porcentaje pequeño de las extremidades intervenidas muestran una normalización absoluta. Probablemente, ello sea debido a que la Valvuloplastia tiene su hipótesis de actuación terapéutica en que la recuperación de la función valvular a nivel proximal (Femoral) tenga alguna incidencia sobre la HTV a nivel distal (Popliteo-Tibial) y, en consecuencia, el estado previo de este último sector y del sistema de venas perforantes sería determinante en el resultado.

Por ello, es preciso que el planteamiento táctico pre-operatorio se base en un protocolo exhaustivo de tipo hemodinámico y angiográfico dinámico, y por ello también los mejores resultados, en cuanto a remitencia de las úlceras, se obtienen cuando a la valvuloplastia se le asocia la ligadura subfacial de las perforantes, cuyo deterioro valvular permanece irreversible aunque se haya eliminado el reflujo a nivel femoral.

En ciertas situaciones de fibrosis intensa, la valvuloplastia es técnicamente inviable y, en todo caso y por la endebles que siempre manifiesta el aparato valvular, la válvula protésica, en fase de experimentación y con problemas de trombogeneidad, parece la alternativa razonable pero aún lejana.

Mientras tanto y en las extremidades con HTV mal tolerada, refractaria a la terapia conservadora, la Valvuloplastia Interna, precedida de un meticuloso estudio hemodinámico, es una alternativa no rechazable.

No es difícil adivinar el feliz estado de ánimo de *JW. Lawen* cuando, en 1938, al publicar la primera trombectomía venosa, iniciaba el artículo con la frase: «... a the ideal thrombectomy through a femoral venotomy...» A doce años aún de la introducción de la sonda de Fogarty, el material trombótico proximal

era extraído por un rudimentario sistema de succión y el distal por expresión.

No hay registros bibliográficos sobre los resultados iniciales, pero sí aparecen como alentadoras las publicaciones de *Mahorner*, *Fontaine* y otros a partir del 1950, quienes ya dispusieron de la Heparina en el postoperatorio.

En sentido inverso a la Valvuloplastia, en los veinte años siguientes la trombectomía venosa fue una intervención muy practicada cuando existía trombosis del sector Ilíaco, lo que permitió un amplio seguimiento, que a su vez propició, a finales de los setenta, una debatida reflexión.

De ella es un exponente, que conserva toda su vigencia para quien esté interesado en el tema, el artículo publicado por *J. M. Capdevila* en esta misma Revista a inicios del año 1988.

La retrombosis frecuente del Sector Ilíaco y el reflujo residual y permanente en el Sector Fémoro-Poplíteo todo y permeable, llevaron a concluir, a través de estudios prospectivos y randomizados, que la técnica no mejoraba los resultados de la descoagulación. Los tratamientos fibrinolíticos a mediados de los años ochenta terminaron por apuntillar la trombectomía venosa, de la que sólo se reflejan tres procedimientos en la encuesta de actividad asistencial de 1994.

No obstante y a tenor de publicaciones de los últimos cinco años, se estaría produciendo un replanteamiento a nivel de sus indicaciones y también de la táctica quirúrgica. En un país tan refractario a la intervención como los Estados Unidos, autores del prestigio de *Rutherford* incluyen, en la última edición de su tratado, la trombectomía venosa como alternativa terapéutica en las trombosis ilíacas.

En 1984 se publicaron resultados preliminares del Scandinavian trial, estudio que compara de forma prospectiva y randomizada los resultados de la trombectomía asociada a fístula arteriovenosa versus descoagulación en las trombosis del Sector Ilíaco.

A los seis meses la permeabilidad flebográfica del sector era del 76 % en los enfermos trombectomizados, frente al 35 % en los que habían seguido descoagulación. Todo y aceptando que la permeabilidad flebográfica no es sinónimo de efectividad funcional, había en la serie un dato de enorme interés y que comportaría revisar la importancia de mantener permeable un sector avalvulado, como el ilíaco: a igual-

dad de oclusión/reclusión del sector femoral -39 % vs 37 %-, la clínica en forma de secuela valorable afectaba al 7 % de las extremidades trombectomizadas, mientras alcanzaba al 42 % de las no intervenidas.

La incidencia global de TEP en el estudio fue del 4 %.

Estos datos se han confirmado a lo largo del mismo estudio y son corcondantes con publicaciones sobre todo de autores centroeuropeos en los últimos tres años.

En consecuencia, parece ser que estamos ante un resurgimiento de la técnica, con dos connotaciones distintas respecto a los años setenta: por un lado, una mayor agresividad en la combinación de una o más técnicas; por otro, precisar de forma rigurosa los criterios de selección: tiempo evolutivo, sector y factores etiológicos.

Los protocolos mediante Heparinas de BPM y otras medidas profilácticas, instaurados de forma generalizada a finales de los años ochenta, son incuestionables en su efectividad a la hora de analizar la remitencia de la enfermedad tromboembólica en el medio quirúrgico, con especial mención del traumatológico.

La incidencia clínica del TEP estaría, actualmente, entre márgenes del 2 % al 7 % en pacientes con trombosis venosa perceptible, si bien estudios prospectivos mediante gammagrafías seriadas insisten en que los episodios subclínicos o desapercibidos serían dos o tres veces superiores.

En este contexto, las indicaciones básicas para practicar una intervención de recurso, como es la interrupción de la Vena Cava Inferior, no han variado, si bien ciertas características flebográficas del coágulo en el Sector Ilio-Cava siguen siendo motivo de discrepancia en cuanto a ir más allá de la descoagulación.

En Norteamérica, con 600.000 TEP's/año, un 5 % de mortalidad en los que son postoperatorios y donde la mayoría de traumatólogos son reacios a la utilización de HBPM, existe una mayor indicación de interrupción profiláctica de la Vena Cava.

El clip ideado por *Adams* y *De Weesse*, en 1966, fue profusamente utilizado a lo largo de una década, pero la notable morbi-mortalidad (10 %-12 %) postoperatoria en pacientes con la función cardiorrespiratoria muy debilitada, llevó, en plena época de auge de la cirugía endovascular, al desarrollo de los filtros intracava.

La relativa facilidad técnica de implantación de éstos ha propiciado su uso frecuente e indiscriminado,

sobre todo en los Estados Unidos y Francia. Ello ha permitido que con cierta rapidez conozcamos ya sus limitaciones e inconvenientes. Complicaciones como la migración endocava, pero también a aorta y retroperitoneo, la trombosis masiva y el embolismo recurrente empiezan a ser comunicados en la bibliografía: de los 89 artículos publicados sobre la técnica en las ciento cincuenta revistas de mayor aceptación internacional durante los primeros diez meses de 1995, 66-75 % lo fueron sobre diversas de estas complicaciones.

Por su elevada casuística -199 implantes- cabe reseñar el seguimiento realizado con cinco diseños diferentes en el Centro de Veteranos de Iowa, con un 8 % de embolismo recurrente, un 12 % de migración y un 5 % de trombosis masiva post-implante.

A pesar de existir más de una docena y media de

modelos de filtros registrados, actualmente se están investigando nuevos diseños que mejoren el anclaje y reduzcan el embolismo recurrente, a la par que requieran introductores de menor calibre.

Si los futuros filtros reducen sus complicaciones intrínsecas, sin duda disminuirá la morbilidad del procedimiento. Globalmente, en términos absolutos, se puede mantener inalterada, si no se produce una reflexión que limite sus indicaciones.

Indicaciones que los Angiólogos y Cirujanos Vasculares, en función de una larga y a menudo difícil experiencia, tenemos hoy día precisas y claras.

*Dr. Josep Marinello Roura  
Barcelona (España)*