



Cirugía endoscópica de venas perforantes: una alternativa útil para el tratamiento de úlceras varicosas

Sr. Director:

Poco a poco se van imponiendo las prácticas menos invasivas en la cirugía. Con las técnicas endoscópicas el paciente se beneficia de una menor agresión y estancias hospitalarias más reducidas con una recuperación más rápida.

La prevalencia de úlceras venosas en Europa está en un rango entre el 0,5 y el 1%. La morbilidad y costes socioeconómicos son elevadas debido principalmente a las frecuentes recurrencias¹.

Los especialistas reunidos en Angiovasc 99, simposio celebrado en La Coruña, llegaron a la conclusión de que a pesar de las ventajas derivadas de la endoscopia, por el momento no es posible que se imponga en la cirugía vascular, debido a los inconvenientes derivados de esta técnica que serían el aumento del tiempo de intervención, una mayor curva de aprendizaje y que al trabajar con vasos sanguíneos, si se produce una lesión, se llena el espacio de sangre impidiendo una visión adecuada.

No obstante, existen indicios de que la cirugía endoscópica de venas perforantes produce mayores ventajas y menos complicaciones que la cirugía abierta^{1,2}. ¿Qué actitud tomar entonces?

Según nuestra experiencia, opinamos que la mencionada técnica puede ser ya en este momento una alternativa válida para el tratamiento de la patología producida por la insuficiencia venosa crónica. A continuación pasamos a explicar cómo hemos llegado a esta conclusión.

Nuestra técnica sigue las directrices de Gloviczki et al³ con pequeñas variantes. Utilizamos indistintamente anestesia general o epidural e isquemia con manguito neumático en el tercio superior del muslo a presión de 300 mmHg.

Utilizamos dos puertas de trabajo o una si disponemos del endoscopia con canal de trabajo. La variante de la técnica es la utilización del tubo de anestesia de 10 mm como tutor del endoscopia, procediendo a la disección del espacio subfacial, que es insuflado posteriormente con CO₂.

Una vez finalizado el proceso extraemos todo el gas introducido y aplicamos un vendaje comprensivo en cuatro capas.

El paciente puede deambular una vez pasado el efecto de la anestesia, a las 3 h aproximadamente, siendo alta hospitalaria después de 12 h de observación.

Los resultados son satisfactorios a todas luces. Utilizamos esta técnica en 5 pacientes con úlceras varicosas secundarias a insuficiencia venosa crónica sometidos a tratamiento conservador, que habían tenido al menos 3 ingresos hospitalarios.

Nuestros resultados a corto y medio plazo son muy buenos, cicatrizándose las úlceras entre los 8 y 12 días tras la cirugía, con seguimiento de varios meses.

Como complicación hemos de reseñar la aparición de un

gran hematoma con dolor en el trayecto (espacio subfacial), debido a la insuficiente hemostasia posquirúrgica y al inadecuado vendaje, que requirió una hospitalización de 7 días. Esto ocurrió en el primer caso de nuestra serie, tras el cual se extremaron las precauciones referidas a este tema, no repitiéndose posteriormente.

Aunque el número de casos es muy pequeño para sacar conclusiones, pensamos que la ligadura endoscópica de perforantes es una buena técnica de interrupción de los perforantes venosos incompetentes de la pierna.

Además, permite una total exploración del espacio subfacial. Se puede utilizar el mismo instrumental laparoscópico que utilizamos por cirugía general.

Creemos que el aprendizaje es mucho más corto si el cirujano tiene experiencia anterior en laparoscopia.

Los resultados de esta intervención en pacientes con tromboflebitis profunda son más pobres y con mayor número de recurrencias o nuevas úlceras⁴; por eso se debe revisar la indicación de la técnica individualizándola a cada paciente⁵ para sacar el mayor beneficio de la misma.

Por todas estas consideraciones pensamos que la ligadura endoscópica de las venas perforantes puede ser una alternativa sencilla y económica a las invalidantes consecuencias de la insuficiencia venosa crónica, produciéndose un cierre temprano de las úlceras con baja recurrencia o aparición de otras nuevas⁶, lo cual conlleva satisfacción en los pacientes⁷ que ven solucionado un problema que venían arrastrando tras haber fracasado múltiples tratamientos conservadores e incluso ingresos hospitalarios.

J. Baleztena, A. Otero, A.I. Vergara, C. Ondarra, E. Ganuza, M. Mozota, T. Rubio, R. Erce, J.J. Salvach y E. Otero

Servicio de Cirugía. Hospital García Orcoyen. Navarra.

Bibliografía

1. Sica GS, Forlini A, Sileri P, Russo F, Bulfi F, Gaspari AL. Insufficienza venosa profonda degli arti inferiori. *Minerva Cardiol* 1998; 46: 435-444.
2. Sato DT, Goff CD, Gregory RT, Walter BF, Gayle RG, Parent FN 3rd et al. Subfascial perforator vein ablation: comparison of open versus endoscopic. *J Endovasc Surg* 1999; 6: 147-154.
3. Gloviczki P, Bergan JJ. Atlas of endoscopic perforator vein surgery. Londres: Springer-Verlag Ltd., 1998.
4. Gloviczki P, Bergan JJ, Rhodes JM, Canton LG, Harmsen S, Ilstrup DM. Mid-term results of endoscopic perforator vein interruption of chronic venous insufficiency: lessons learned from the North American subfascial endoscopic perforator surgery registry. The North American Study Group. *J Vasc Surg* 1999; 29: 489-502.
5. Padberg FT Jr. Surgical intervention in venous ulceration. *Cardiovasc Surg* 1999; 7: 83-90.
6. Gloviczki P, Bergan JJ, Menawat SS, Hobson RW 2nd, Kistner RL, Laurence PF et al. Safety, feasibility, and early efficacy of subfascial endoscopic perforator surgery: a preliminary report from the North American registry. *J Vasc Surg* 1997; 25: 94-105.
7. Nelzen O. Prospective study of safety, patient satisfaction and leg ulcer healing following saphenous and subfascial endoscopic perforator surgery. *Br J Surg* 2000; 87: 86-91.