

RESULTADOS A DISTANCIA DEL «ESCOPLAGE» SUBFASCIAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS VARICES PRIMITIVAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES *

P. CIANI, L. MANNESCHI, P. GRASSO, A. LOMBARDI y N. MADDII

**Ospedale di Camerata. Divisione di Chirurgia Generale.
Firenze (Italia)**

El tratamiento de las varices de los miembros inferiores, excluidas las ocasionadas por síndrome postflebítico, consiste:

- En una cuidadosa preparación del cayado.
- El completo «stripping» de la safena.
- La ligadura de las comunicantes.

Entre las últimas resultan de particular importancia, desde el punto de vista clínico, las de la cara interna de la pantorrilla, ya por que les corresponden los síntomas más graves e invalidantes (1, 8), ya por que, dando ramas colaterales, no quedan interrumpidas por el simple «stripping» de la safena (4, 13, 14).

En cuanto a su tratamiento se han propuesto numerosas técnicas quirúrgicas, cada una de las cuales tiene aspectos negativos. Así, la ligadura extrafascial no permite siempre encontrar con facilidad las venas y, a menudo, las consiguientes manipulaciones dejan una piel mal irrigada que favorece la aparición de complicaciones (8), por lo cual el cirujano se limita en general a tratar las venas evidentemente insuficientes. La técnica «de las coloraciones», por contra, no es aplicable a todos los casos por la rareza con que estas condiciones se verifican (8) y por que obliga a la práctica de una flebografía, que conviene limitar en lo posible (2, 4). Por último, la técnica de ligaduras subfasciales de **Linton** (10) obliga a una amplia incisión longitudinal que a menudo afecta, en su cabo distal, tejidos de trofismo intensamente alterado, alarga de modo notable el tiempo de intervención y deja una amplia cicatriz.

Como alternativa de esta técnica, desde principios del 1970, tratamos las venas comunicantes (perforantes) de la pantorrilla con el método del «escoplage» descrito por **Rosati** y cols. en 1977 (12).

Este método, modificación del de **Cigorruga** (1968) (6), consiste en practicar una única incisión en el tercio superior de la cara interna de la pierna,

* Traducido del original en italiano por la Redacción.

con un giro de su eje longitudinal (unos 30°) de poco curso con objeto de interrumpir el menor número de linfáticos y facilitar al mismo tiempo las maniobras sucesivas.

Expuesta así la fascia muscular, se incide longitudinalmente, siendo posible liberarla del vientre muscular por despegamiento digital y/o con espátula.

Las venas comunicantes quedan así expuestas y aparecen como delicados cordones que unen la fascia al músculo (fig. 1). Contra la que aconseja **Cigorraga** (6), estas venas no se interrumpen por laceración instrumental sino que se cierran con hemoclips y luego se seccionan, evitando de esta manera la formación de hematomas o posibles supuraciones, dejando el campo operatorio siempre pulido mientras poco a poco se progresa en el despegamiento (fig. 2 A y B). El uso de los hemoclips como apósito-instrumento permite alcanzar también zonas relativamente distantes con una pequeña incisión. De hecho es posible intervenir sobre toda la cara interna y posterior de la pierna hasta evidenciar la safena externa que queda íntimamente adherida a la fascia (fig. 3). También esta vena puede ser ligada y seccionada, pero por su notable variedad de desembocadura (7, 11) no es posible tener la certeza de haber alcanzado su cayado. Por tanto, en los casos en que haya sido demostrada su insuficiencia, preferimos tratarla con los métodos tradicionales (preparación de su cayado en zona poplítea y «stripping») a fin de no correr el riesgo de dejar un largo muñón causa de recidivas y graves complicaciones tromboembólicas. Única excepción es el caso de que una flebografía haya demostrado su modo de desembocadura (5).

Quizás, en presencia de una pierna muy larga y de tejidos en particular adherentes puede resultar difícil alcanzar la vena más distal del grupo de

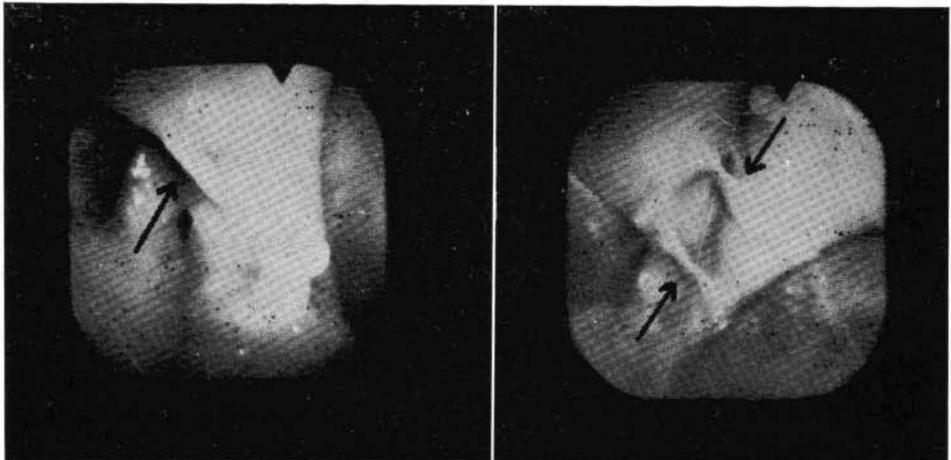


FIG. 1.—Las venas perforantes aparecen ante el ojo del operador como sutiles cordones a tensión entre la fascia y el músculo. (Las fotografías intraoperatorias han sido obtenidas por gastroscopio Fujion FG-QBF.)

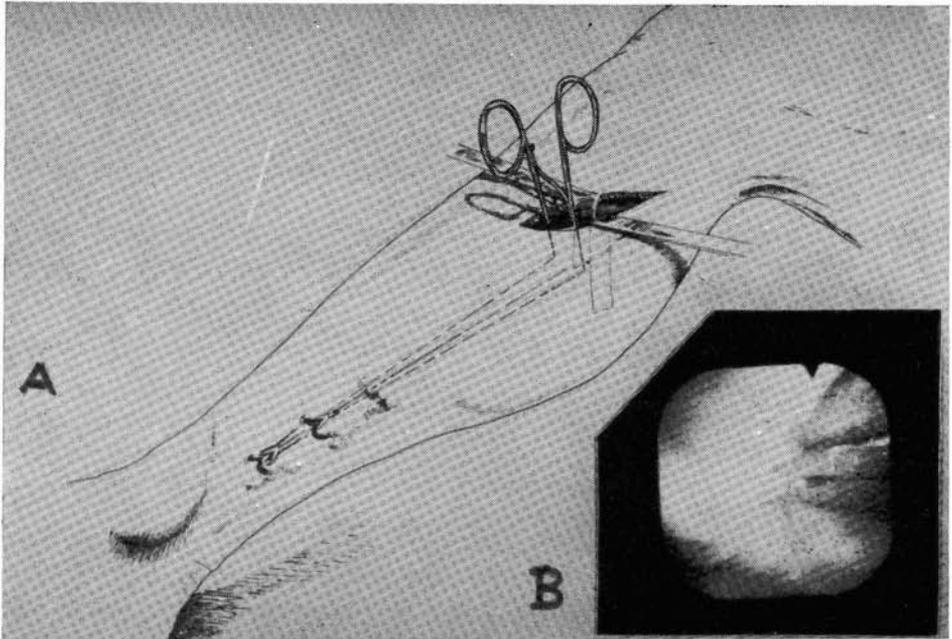


FIG. 2.—Esquema de cómo se aplican los hemiclips con el apósito instrumento (A) y comprobación intraoperatoria (B). (Fujion FG-QBF.)

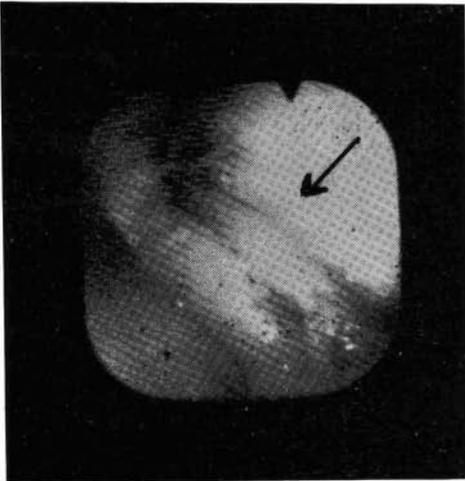


FIG. 3.—Safena externa, íntimamente adherida a la fascia, tal como aparece a través de la incisión para efectuar el «escoplage». (Fujion GF-QBF.)

Cockett, la cual siempre debe ser tratada. En estos casos cabe recurrir a la técnica original de **Cigorruga** (6), intentando interrumpirla con una valva a ciegas, o bien, como es nuestra costumbre, practicando una corta segunda incisión paralela a la utilizada para exponer la raíz de la safena interna y ligarla subfascialmente. Tal maniobra resulta, además, facilitada por la precedente práctica del «escoplage».

Por último, la aponeurosis se sutura con puntos sueltos, en tanto la piel se cierra con sutura intradérmica.

Esta técnica, que ofrece todas las ventajas de las intervenciones subfasciales, resulta de simple y rápida ejecución y falta de complicaciones específicas, tanto que la hemos aplicado para conseguir un tratamiento radical incluso en pacientes en los que las venas comunicantes no resultan clínicamente insuficientes.

Objetivo del presente estudio es valorar los resultados obtenidos en este tipo de pacientes asociando el «escoplage» a la safenectomía mediante «striping».

Material y método

Del 1.º de enero de 1971 al 31 de diciembre de 1975 se han operado, en nuestra División Quirúrgica General, 1.866 casos de varices de los miembros inferiores: 540 (29 %) varones; 1.326 (71 %) mujeres; 976 (52 %) eran del lado izquierdo (279 varones y 697 mujeres) y 890 (48 %) del lado derecho (261 varones y 629 mujeres).

Entre ellos hemos buscado los afectos de varices primitivas con venas comunicantes indemnes (523 pacientes, 28 %) dividiéndolos en dos grupos en base al tratamiento o no de las comunicantes de la pierna por «escoplage» (5, 12). Los pacientes de cada grupo han sido citados a control de forma randomizada hasta alcanzar el número de 200 para cada grupo: Intervenido de safenectomía, 60 (30 %) varones y 140 (70 %) mujeres; con «escoplage» sobreañadido 56 (26 %) varones y 144 (74 %) mujeres.

De cada paciente se ha obtenido un protocolo con datos objetivos como edema, recidivas, varices en zonas no tratadas, alteraciones tróficas, parestesias y un juicio global del paciente sobre el resultado conseguido.

El edema se consideraba leve, marcado o imponente en base a la total, parcial o falta de regresión tras el clinostatismo nocturno. De las recidivas o aparición de varices en zonas no tratadas se describía su localización, buscando su eventual causa y si había sido necesaria o no en aquel momento una posterior terapéutica y cuál y con qué resultado. De forma análoga se describían las discromías, distrofias cutáneas y los «ulcus cruris». Por último, hemos investigado la eventual presencia de anestesia o parestesias en los territorios interesados por el acto quirúrgico y un juicio global del paciente respecto al resultado estético y funcional.

Resultados

Para valorar de modo exacto los distintos tipos de tratamiento hemos subdividido los datos obtenidos de nuestro control en tres grupos:

- 1) Varices recidivadas por defecto de técnica operatoria: a) tratamiento incorrecto del cayado, 7 casos (1,75 %); safena accesoria residual, 11 (2,75 %). Total = 18 (4,50 %).

- 2) Varices aparecidas en zonas no tratadas: a) Muslo, cara posterior, 38 (9,50 %); pierna, cara externa, 9 (2,25 %); pie, dorso, 14 (3,50 %). Total = 61 (15,25 %).
- 3) Resultados desfavorables debidos al tratamiento o no de las comunicantes de la cara interna o posterior de la pantorrilla: a) recidiva cara interna y posterior en safenectomía, 12 (6 %); con «escoplage» asociado, 2 (1 %). b) Edema maleolar leve en safenectomía, 14 (7 %); con «escoplage» asociado, 3 (1,5 %); claro, 2 (1 %) en safenectomía sola; imponente, 1 (0,5 %); en safenectomía, 1 (0,5 %) con «escoplage» asociado. c) Alteraciones tróficas (piel atrófica, pérdida de pelos, discromía), 14 (7 %) en safenectomía, 3 (1,5 %) con «escoplage» asociado. Ulcus cruris, en safenectomía, 4 (2 %); con «escoplage» asociado, 0. Anestesia, en safenectomía, 0; con «escoplage» asociado, 1 (0,5 %). Parestesias, en safenectomía, 3 (1,5 %); con «escoplage» asociado, 8 (4 %).

El juicio global, dejado a criterio del paciente, ha resultado ser:

No satisfactorio, con safenectomía, 6 (3 %); con «escoplage» asociado, 1 (0,5 %). Modesto, con safenectomía, 10 (5 %); con «escoplage» asociado, 4 (2 %). Bueno, con safenectomía, 32 (16 %); con «escoplage» asociado, 25 (12 %). Optimo, con safenectomía, 152 (76 %); con «escoplage» asociado, 170 (85 %).

Consideraciones y conclusiones

Para efectuar esta revisión casuística hemos considerado el período que va desde 1971 a 1975, a fin de poder controlar los pacientes a mínima distancia, al menos de 5 años, y para valorar dos conductas quirúrgicas que se han sucedido en dichos años.

En un primer período las varices primitivas con comunicantes clínicamente indemnes eran tratadas por safenectomía («Stripping») previa cuidadosa preparación del cayado y resección de las eventuales tributarias tortuosas superficiales. Tras este método se añadió casi de modo constante (70 %) la sección subfascial de las comunicantes de las caras interna y posterior de la pantorrilla, previa colocación de hemoclips (5, 12).

Esta variación se ha efectuado con objeto de proceder a un tratamiento más radical, eliminando una posible causa de reflujos. De hecho, las perforantes de las caras interna y posterior de la pantorrilla son las más importantes clínicamente (8), ya que su insuficiencia mantiene patologías muy invalidantes, por ejemplo el ulcus cruris (1), y no pueden ser eliminadas con el simple «stripping» de la safena a la vez que parten a menudo de venas accesorias superficiales (4, 13, 14).

La suficiencia de las venas comunicantes ha sido investigada por los consiguientes métodos de semeiología física, a los cuales concedemos una buena atención, dejando la flebografía, de acuerdo con la literatura, para los casos en particular complejos o para las recidivas (2, 4).

Para valorar los resultados de los distintos tipos de terapéutica no creemos suficiente un juicio global, como con frecuencia se observa en la literatura, por no estar basado sobre claros hallazgos objetivos y subjetivos (9). Por otro lado, a menudo se consideran como recidivas aquellos casos que precisan de una nueva acción quirúrgica, en nuestros casos sólo el 3 %. Por tanto, nos hemos limitado a las observaciones propias del examen objetivo, dejando el juicio global sólo al no influible parecer del enfermo.

En cuanto a las varices por defecto de técnica operatoria, queremos resaltar la baja incidencia, respecto a la literatura, de recidivas por insuficiente tratamiento del cayado (1,75 %), lo que prueba la gran importancia que tiene una cuidadosa preparación de la safena en su desembocadura y la búsqueda de las diversas colaterales.

Es digno de anotar que las recidivas por dicha causa han sido tales como para indicar una nueva intervención en un notable tanto por ciento (33 % de casos) o de hacerla aconsejable en un tiempo posterior (16 %).

En cuanto a la aparición de varices en zonas no tratadas, lo hemos observado con cierta frecuencia en la cara posterior del muslo (9,5 %), aunque siendo en su mayoría un problema estético rara vez nos ha llevado a efectuar otra intervención (5 %). En cambio, pocas veces las hemos observado en la cara externa de la pierna (2,25 %), como prueba de la escasa importancia fisiopatológica que tienen las venas comunicantes en tal lugar (8).

En **resumen**, lo más importante de los hallazgos se refiere a los resultados desfavorables ocasionados por el tratamiento o no de las venas comunicantes de las caras interna y posterior de la pantorrilla. Resulta evidente que estas venas pueden, si no se tratan, volverse insuficientes y en un significativo número de casos llevar a consecuencias no despreciables. En efecto, respecto a las recidivas, la relación entre casos no tratados y casos tratados es de 6/1, mientras que para el edema perimaleolar en sus distintos grados es de 4/1. De igual modo, una relación claramente desfavorable existe respecto a la atrofia cutánea (4/1) y a la discromía (6/1). Y en cuanto al *ulcus cruris*, que es una de las más graves complicaciones del síndrome varicoso, incide aunque no en gran proporción (2 %) sólo en los casos no tratados.

Por último, a propósito del juicio global sobre el tratamiento expresado por los propios pacientes queremos hacer notar únicamente que, quizás, un resultado estético no perfecto puede oscurecer una buena recuperación funcional y que a menudo síntomas, como el dolor, se imputan a las varices cuando dependen de otra causa: gonartrosis, cialgias, etc.

De los resultados obtenidos nos parece poder afirmar que el «escoplage» subfascial se ha demostrado una técnica de ejecución simple, no alarga de modo claro el tiempo de operación (10'-15') y nunca ha llevado a complicaciones debidas específicamente a su práctica. La única excepción es una discreta presencia de parestesias en la zona del despegamiento, que desaparece con el tiempo hasta estabilizarse sólo en el 4 %.

Por consiguiente, el uso de esta técnica no debe quedar reservada a los

casos con llamativa insuficiencia de las venas comunicantes, sino también para los casos en que dichas venas resultan todavía indemnes, para efectuar así un tratamiento verdaderamente radical en consideración a la evolución de dicha patología y que constituye su historia natural.

RESUMEN

Tras una revisión de los métodos quirúrgicos de tratamiento de las varices primitivas (no postflebiticas) y su historia resumida, así como las ventajas y los inconvenientes de cada técnica, se expone la casuística personal según la safenectomía («Stripping») sola o asociada a «escoplage» de las comunicantes, así como los resultados en cada caso. Terminan con unas consideraciones conclusivas, recomendando la asociación «stripping» de la safena y «escoplage» de las comunicantes, aunque no sean insuficientes.

SUMMARY

After a revision of the procedures to treat the varicous veins (postphlebitic excluded), the personal casuistic is exposed. Saphenous vein stripping associated by «escoplage» are recommended.

BIBLIOGRAFIA

1. **Arnoldi, C. C. y Haeger, K.:** Ulcus cruris-crux medicorum. «Läkartidn», 62:2149, 1967.
2. **Belardi, P.:** Quando praticare una flebografia. «Terapia», 56:48, 1971.
3. **Belardi, P.:** Terapia chirurgica delle varici primitive dell'arto inferiore. «III Corso di Aggiornamento in Flebologia e Linfologia», Modena, 1976.
4. **Cavallini, A.; Maioli, M. y Curri, S. B.:** «La malattia varicosa degli arti inferiori. Fistole artero-venose congenite ed anastomosi artero-venose». Liviana Ed. Padova, 1963.
5. **Ciani, P.; Manneschi, L.; Grasso, P. y Lombardi, A.:** La tecnica dello escoplage sotto-fasciale nel trattamento delle varici degli arti inferiori. Simposio Internazionale. «Varici degli arti inferiori». Cortona, 1981.
6. **Cigorruga, J. R.:** El tratamiento quirúrgico de la insuficiencia de las comunicantes. «Rev. Bras. Cardiovasc.», 4:7, 1968.
7. **Haeger, K.:** The surgical anatomy of the sapheno-femoral and the sapheno-popliteal junctions. «J. Cardiovasc. Surg.», 6:420, 1962.
8. **Haeger, K.; Lundskog, O. y May, R.:** Varici. En **May, R.:** «La chirurgia delle Vene degli Arti Inferiori e del Bacino». Piccin Ed., Padova, 1978, p. 88.
9. **Jakobsen, B. H.:** The value of different forms of treatment for varicose veins. «Br. J. Surg.», 66:182, 1979.
10. **Linton, R. R.:** The communicating veins of the lower leg and the operative technic for their ligation. «Ann. Surg.», 107:582, 1938.
11. **May, R. y Nissl, R.:** Anatomia. En **May, R.:** «La Chirurgia delle Vene degli Arti Inferiori e del Bacino». Piccin Ed., Padova, 1978, p. 20.
12. **Rosati, I.; Orzalesi, R.; Grasso, P. y Corcos, L.:** El escoplage subfascial en el tratamiento quirúrgico radical de las varices de los miembros inferiores. «Angiologia», 29: 180, 1977.
13. **Shermann.** Citado por **Tosatti, E.:** Edemi cronici degli arti inferiori di interesse chirurgico. «Arch. Atti Soc. It. Chir.», 61.º Congr., 1959, p. 283.
14. **Tosatti, E.:** Edemi cronici degli arti inferiori di interesse chirurgico. «Arch. Atti Soc. It. Chir.», 61.º Congr., 1959, p. 283.