

LA NEURALGIA DEL NERVIIO SAFENO INTERNO TRAS «STRIPPING» EN EL TRATAMIENTO DE LAS VARICES ESENCIALES DE LOS MIEMBROS INFERIORES.

NUESTRA EXPERIENCIA *

F. LAVORATO, F. LONGONI, G. ROMAGNOLI y G. GUAZZONI

3.^a Clinica Chirurgicala dell'Università (Direttore: Prof. Walter Montorsi).

3.^a Patologia Chirurgicala (Prof. Stabilizzato, Francesco Lavorato).

Milano (Italia)

Introducción

Dentro del tratamiento quirúrgico de las varices esenciales de los miembros inferiores con safenectomía por «Stripping» pueden producirse complicaciones, algunas de ellas comunes a todo tipo de intervención quirúrgica (secreciones serosas, secreciones corpusculares, tromboflebitis del sistema profundo, embolia pulmonar, hematomas, supuraciones, retardo de la cicatrización, linforrea, etc.), otras, en cambio, son típicas de dicho tipo de intervención (dehiscencia de la sutura maleolar, hematoma del muslo, neuralgia del safeno interno, edema, hipoestésias, parestésias, disestésias, anestésias, etc.; excluida, obviamente, la ligadura de la vena femoral, por error).

Queremos referirnos a la persistencia de edema en el miembro operado, debido al retraso de adaptación al nuevo tipo de drenaje venoso, a la aparición de hematomas en el muslo ocasionados por la sonda «stripper» y, por último, a la persistencia de fastidiosos trastornos neurológicos.

En efecto, se trata de anestésias, disestésias y neuralgias de determinados territorios cutáneos cuyos nervios han sido dañados durante el acto operatorio. Uno de ellos es precisamente el Nervio Safeno Interno.

Definición. La neuralgia del Nervio Safeno Interno es una afección dolorosa que se manifiesta, a lo largo del territorio de su distribución, por medio de fenómenos irritativos del nervio.

Se trata de un síndrome clínico relativamente frecuente que puede simular una enfermedad vascular de los miembros inferiores (claudicación intermiten-

* Traducido del original en italiano por la Redacción.

te) o un síndrome radicular lumbar, pero que aún no ha sido suficientemente estudiado desde el punto de vista anatomofisiopatológico, sintomatológico, clínico, terapéutico o profiláctico.

Los lugares más a menudo afectados son la ingle, el muslo y la pierna a nivel de su cara anterointerna.

El objetivo de este trabajo es el de valorar la incidencia de tal complicación en el tratamiento de las varices esenciales por safenectomía por «stripping», las causas y las medidas profilácticas y/o terapéuticas para evitarla.

Recuerdo anatómico. El Nervio Safeno Interno es una rama del Nervio Femoral, nervio mixto originado en el plexo lumbar junto al ciático (fig. 1). A nivel de la cavidad pelvana, tras emitir varias colaterales, se divide en las cuatro ramas terminales:

1. N. Músculo cutáneo externo, que entre otros emite una rama colateral de cierta importancia, el N. Accesorio del safeno interno, que transcurre a lo largo del borde del M. Sartorio, satélite de la safena interna o magna.

2. N. Músculo cutáneo interno.

3. N. del M. Cuádriceps femoral.

4. N. Safeno interno, rama terminal, únicamente sensitivo, profundo e interno del N. Femoral. Se dirige hacia abajo por la cara interna sobre el lado externo de la vaina de los vasos femorales, en la que penetra en la unión del tercio superior con el medio del muslo, transcurriendo aplicado a la cara anterior de la arteria femoral hasta el anillo del adductor mayor. En su trayecto da una rama articular para la rodilla y una rama cutánea que, perforando la fascia lata entre el M. Sartorio y el M. recto interno, inerva la piel interna y posterior del muslo.

A nivel del anillo del adductor mayor, el nervio sale de la vaina de los vasos femorales y se coloca bajo el M. Sartorio. A la altura del cóndilo femoral interno se divide en dos ramas terminales: la rotuliana, que se distribuye por la piel suprarrotuliana, y la tibial, que continúa la dirección del tronco principal, pasa a través del M. Sartorio y perfora la fascia lata, haciéndose subcutáneo. Sólo en este punto se convierte en satélite de la safena magna, con la que desciende hasta la cara interna del tobillo, emitiendo en su curso varias ramas colaterales.

La más importante de ellas es la ya mencionada Nervio Accesorio del safeno interno, rama del N. músculo cutáneo externo.

El nervio termina a nivel del cuello del pie, dando algunas ramas, tanto para la articulación tibiotarsiana como para la piel de la región interna de la tibia y del pie.

Etiopatogenia. La Neuralgia del Nervio safeno interno tiene muy distintas causas, tanto por el nivel de la lesión como por su etiopatogenia.

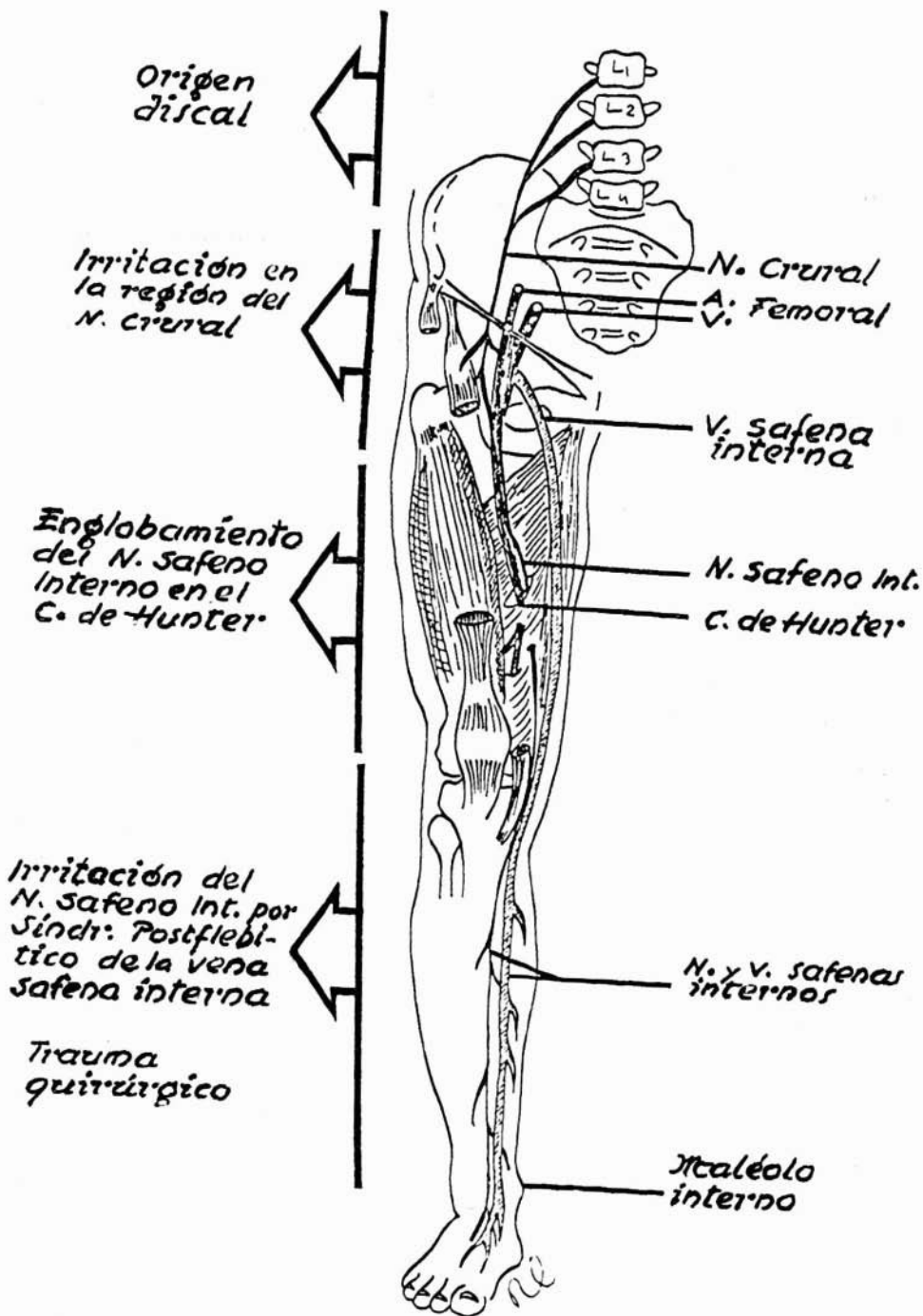


FIG. 1.

Cabe resumirlas esquemáticamente en: Lesiones que actúan a nivel lumbar, a nivel del triángulo de Scarpa, a nivel del conducto de Hunter y a nivel de la pierna.

Lesiones a nivel lumbar:

- a) Destructivas: Heridas penetrantes, Fracturas vertebrales, Abscesos osifluentes, Procesos inflamatorios, neoplásicos, inflamatorios del M. Ileo-psoas, inflamatorios renales y aneurismas de aorta abdominal.
- b) Irritativas: Artrosis raquídea lumbar, Hernia del disco y neuritis (agentes tóxicos, diabetes).

Lesiones a nivel del triángulo de Scarpa:

- a) Procesos inflamatorios, Traumatismos, Intervenciones quirúrgicas, neoplasias, aneurismas, pseudoaneurismas y linfadenopatías.

Lesiones a nivel del Conducto de Hunter:

Causas anatómicas, cirugía arterial, cirugía venosa, cirugía ortopédica.

Lesiones a nivel de la pierna:

Tromboflebitis de la safena magna y cirugía venosa.

Sintomatología. Creemos lo primero resaltar de forma precisa el cuadro clínico con que se presenta a continuación de una safenectomía por «stripping».

Durante esta intervención, en efecto, cabe ocasionar un daño al N. Safeno, ya a nivel inguinal, durante la disección del cayado o ligadura de las diferentes colaterales, ya a nivel del conducto de Hunter, cuando al «stripping» sigue un hematoma que engloba el nervio («Entrapment syndrome»), o bien a nivel de la pierna, por trauma directo y reiterado de la sonda sobre el nervio adherido a la safena durante el «stripping». Naturalmente se trata de una lesión nerviosa de tipo troncular periférico, cuya intensidad y cualidad sintomatológica depende tanto de la modalidad de la lesión (irritativa o destructiva) como de su totalidad o parcialidad. Es supérfluo recordar, además, que cuanto más proximal sea la lesión tanto más extenso es el territorio cutáneo afectado.

La interrupción anatómica o funcional completa del nervio safeno interno, sólo sensitivo, determina trastornos de la sensibilidad demostrables objetivamente en los territorios de distribución de dicho nervio, es decir, sobre la piel de la parte interna y posterior del muslo, región rotuliana, cara interna, anterior y posterior de la pierna, tibial y del pie. Se ponen de manifiesto por la anestesia e hipoestesia de las distintas formas de sensibilidad (táctil, térmica, dolorosa, barestésica, etc.), que pueden ser totales, si todas las fibras están comprometidas de igual modo, o disociadas, cuando está interesada sólo alguna sensibilidad.

El síndrome que acompaña a una grave lesión de un nervio sensitivo se distingue por algunas características: La sensibilidad profunda está poco alterada, tanto en intensidad como en superficie; la superficial protopática (térmica, dolorosa, táctil, genérica) representante de una función primordial (o talámica) está algo más comprometida que la precedente, aunque mucho menos que la epicrítica (o gnóstica cortical), que por contra es pobre de tonalidad afectiva pero bien analizable en sus características (percepción discriminativa de estímulos táctiles, térmicos y dolorosos ligeros). Por tanto, la pérdida de la sensibilidad epicrítica es lo más significativo de la lesión de un nervio sensitivo periférico.

Si, por contra, la lesión es incompleta, a los síntomas deficitarios pueden asociarse también fenómenos irritativos, demostrables por hiperestésias de las distintas formas de sensibilidad, en particular por la dolorosa. Se han citado hiperalgesia absoluta, incluso para ligeros estímulos, e hiperalgesia relativa, caracterizada por el hecho de que estímulos leves apenas son advertidos, mientras que los de mediana intensidad son percibidos de forma exagerada ya que despiertan intenso dolor. Tal fenómeno, denominado también anestesia dolorosa, no es raro en las lesiones parciales de los nervios sensitivos periféricos y es debido a que las fibras sensitivas quedan interrumpidas en parte y en parte irritadas. De ello deriva que los estímulos algógenos recibidos por ellos se proyectan a los centros corticales, donde elaborados se re proyectan a las correspondientes metámeras cutáneas bajo la forma de dolor. En estos territorios, no obstante, existe una hipoestesia que determina un trastorno en la intensidad de las aferencias corticales.

Siempre en el terreno perceptivo, hay que señalar las disestesias, que serían más propias de las lesiones corticales centrales, pero que pueden hallarse asimismo en esta patología.

El dolor es la expresión de la irritación de las fibras periféricas sensitivas y la neuralgia es la expresión del sufrimiento troncular, caracterizado por dolor continuo y paroxístico en el territorio de distribución del nervio, es decir, de la cara interna del muslo hasta la pierna, sin que quizá sean evidenciables lesiones desde el punto de vista semiológico-clínico. La calidad e intensidad de las manifestaciones neurálgicas varían de un caso a otro, pero cabe decir que la sintomatología se manifiesta por el cansancio continuo, pesado y profundo, o bien según aquellas crisis paroxísticas dolorosas caracterizadas por dolor tenebrante, lancinante, urente o pulsátil. Los accesos dolorosos, de distinta duración, pueden estar provocados por las variaciones de temperatura, por bruscos movimientos o cambios de posición, por la deambulación, o a veces surgen de modo aparentemente espontáneo, dejando, entre una y otra crisis, una sensación de torpeza del miembro o ninguna reliquia subjetiva. Sin embarog, siempre es posible despertar un dolor más o menos agudo comprimiendo el tronco nervioso en las zonas donde se halla superficial (desde el tercio inferior del muslo al maleolo), o bien aprovechando como plano rígido las formaciones osteoligamentosas (algias cinéticas).

El diagnóstico clínico de neuralgia del Nervio Safeno Interno se establece de hecho de modo inmediato provocando una exacerbación cuando se efectúa una compresión de los puntos dolorosos de Vallaix en el tercio inferior del muslo, punto de emergencia del nervio por la fascia lata, hasta el maleolo, o bien haciendo hiperextender el muslo (Lasègue inverso). Confirmación indirecta deberá buscarse comprobando una rápida y marcada mejoría del cuadro algico tras la inyección de Novocaína y/o hidrocortisona en los puntos dolorosos. Como síntomas subjetivos, aparte el dolor, cabe citar las parestesias, como son sensación de pesadez, torpeza, picor, hormigueo, punzadas y quemazón.

Estas sensaciones anormales pueden irradiarse a lo largo de todo el territorio del nervio traumatizado, cuando se comprima a nivel de la lesión en el lugar de la neurografía. Es preciso, además, recordar que, como los nervios, también los músculos son sensibles a la presión cuando existe una irritación neurítica. Tal dolor provocado puede ser más intenso que el del nervio, incluso capaz de impedir la movilización y ocasionar calambres y contracturas.

Material y método

Se han sometido a intervención quirúrgica por varices de los miembros inferiores 778 pacientes, en el período comprendido entre agosto 1974 y agosto 1980. El 51,9 % eran izquierdos y el 48,7 % derechos. El 61,8 % eran mujeres (29,2 % lado derecho y 32,5 % izquierdo, del total) y el 38,2 % varones (18,9 % lado derecho y 19,4 % izquierdo, del total). La asociación de insuficiencia de ambas safenas (magna y externa) se produjo en el 4,8 % (2,1 % derecha, 2,6 % izquierdas, del total), observándose 11,6 % recidivas (3,2 % derechas, 8,3 % izquierdas).

Técnica quirúrgica. Anestesia general. Primera incisión, transversal en ingle. Se aísla la safena interna en el cayado y se reseca. Se buscan con cuidado las colaterales y se seccionan tras ligadura. Segunda incisión, longitudinal algo interna en el maléolo interno, aislando la safena que se secciona tras haber ligado el cabo distal. A través de la boca del cabo proximal se introduce la sonda de Babcock y, una vez incanalada toda la safena, si durante su curso se señalan colaterales perforantes, se ligan y seccionan. Luego se procede al «stripping». En los casos en que se asocia «stripping» de la safena externa, se puede efectuar tanto en posición supina como prona.

Se ha dado el alta del hospital en un máximo de 5 días, controlándolos en el postoperatorio unos 7 días después de su salida y al mes. Controles que se demuestran necesarios y útiles para una mejor cuantificación de las complicaciones eventuales a tiempo medio de la intervención.

La indicación de intervención se ha hecho, en la mayoría de los casos, por paciente portador de varices esenciales, úlceras varicosas, varices recidivadas a por ruptura de sacos varicosos, en todos los casos unilateralmente y nunca antes de haber valorado con cuidado el caso, clínica, física e instrumentalmente.

Valoración clínica: anamnesis, inspección, palpación, auscultación.

Valoración física: pruebas funcionales para poner en evidencia la insuficiencia del ostium safeno-femoral (Rima-Trendelenburg), la permeabilidad de la circulación profunda (Perthes) y la insuficiencia de las venas perforantes (Pratt).

Valoración instrumental: flebografía.

Cuando el examen clínico y las pruebas funcionales no son convincentes ni claras (por ejemplo, anamnesis no clara, por vago episodio de flebitis o varicoflebitis), en pacientes obesos, en caso de grandes varices recidivadas, de comunicantes insuficientes no bien valorables clínicamente por ser demasiado numerosas, se hace aconsejable el examen flebográfico.

Las técnicas más usadas son: flebografía anterógrada, flebografía retrógrada, arterioflebografía, efectuada aprovechando el tiempo venoso de la arteriografía. Establecida la indicación de la intervención, se procede al acto quirúrgico. Más complejo, no tanto por la cirugía en sí como por la exacta cartografía, es actuar sobre las venas comunicantes o perforantes insuficientes. Se han propuesto numerosos tipos de intervención, variables por la profundidad con que se efectúa la ligadura:

- a) Supraaponeurótica superficial (**Homans**).
- b) Infraaponeurótica (**Linton**).
- c) A nivel de los músculos y tendones (**Felder**).
- d) A nivel de los colectores profundos (**San Roman**).

A ello puede juntarse la técnica de **Agrifoglio** que, con la de **Linton** y **Felder**, es la más usada. Se basa en la ligadura infraaponeurótica de las perforantes insuficientes por medio de tantas pequeñas incisiones longitudinales como sean necesarias, evitando así la única y larga incisión de **Linton** y **Felder**.

Discusión

Los resultados obtenidos con nuestra técnica quirúrgica son óptimos en el 95 % de los casos, en el sentido de que la sintomatología acusada por el paciente desaparece, a la vez que curando la enfermedad varicosa se eliminan las posibles complicaciones.

Entre las complicaciones de la safenectomía tienen particular importancia las de origen nervioso.

Las hipoparestesias secundarias a la intervención de safenectomía son superiores en tanto por ciento a la Neuralgia del Nervio Safeno Interno (76,7 %/2,3 %).

A nivel de la incisión maleolar interna, la safena magna contrae estrecho contacto con el nervio safeno interno (fig. 1), por lo que muchas escuelas aconsejan y adoptan el aislamiento del nervio de la safena, recurso que la mayoría de las veces nos parece insuficiente dado que, cuando el «stripping» anterógrado o retrógrado, la cabeza de la sonda traumatiza en su paso al nervio safeno en su trayecto por la pierna. La intensidad de tal traumatismo

depende más de las dimensiones y de la forma de la propia sonda que de la forma con que se efectúa el «stripping».

Estos trastornos neurológicos pueden subdividirse en: parestesias, hipostesias, disestesias y anestias. Tal patología, clasificada entre las complicaciones, debe considerarse frecuente en el postoperatorio. No reviste el carácter de complicación, puesto que la mayoría de las veces, por no decir en todas, se resuelve de manera espontánea en uno o dos meses sin tratamiento alguno y sin secuelas o inhabilitaciones funcionales.

La Neuralgia del Safeno Interno, aun siendo un síndrome clínicamente mal conocido, tiene caracteres sintomatológicos bastante graves, si bien relativamente limitados en el tiempo merced sobre todo a la instauración de una adecuada terapéutica médica, cosa no fácil de conseguir en las otras complicaciones neurológicas. La gravedad del cuadro clínico es tal como para simular una afección vascular arterial de los miembros inferiores (claudicación intermitente).

En nuestra casuística hemos encontrado 18 casos (2,3 %) entre 778 safe-nectomía.

El tratamiento en estos casos, obviamente distinto del empleado en las neuralgias del Safeno Interno de otras etiologías, ha sido médico exclusivamente: inyecciones de anestésico local y/o de corticosteroides.

En muchos casos hemos conseguido una rápida regresión de los síntomas, en tanto que en una minoría ha sido necesario repetir el tratamiento más de una vez, en ciclos cercanos, obteniendo siempre una marcada mejoría hasta la completa solución del proceso.

Conclusiones

Es conocido el tratamiento de la Neuralgia del Safeno Interno por englobamiento del nervio a nivel del conducto de Hunter, por tromboflebitis de la safena interna a nivel de la pierna, por irritación del nervio crural en la región inguinal y por causas que actúen a nivel lumbar.

En cambio, es discutida y distintamente apreciada la prevención de la Neuralgia del Safeno Interno producida por la safenectomía mediante «stripping» completo. Los autores de la escuela francesa programan un «stripping» de distinta longitud, indicado en particular a cada caso según la edad, el sexo y dimensiones y lugar de las varices. Estaría indicado, así, un «stripping» corto (desde el muslo al tercio superior de la pierna, bajo la meseta tibial) en mujeres relativamente jóvenes, con escasas varicosidades a nivel de la pierna y en las cuales tuvieran cierta importancia los problemas estéticos. Por el contrario, estaría indicado el «stripping» largo (de ingle a maléolo) en hombres con gruesas varices también en la pierna y sin problemas estéticos.

Está claro que con el «stripping» corto se está seguro de evitar el traumatismo de la sonda sobre el Nervio Safeno Interno a nivel de la pierna, pero es preciso a su vez esta seguro de que en su evolución la zona del miembro no tratada no se convierta en lugar de recidivas.

Si bien es verdad que en las varices por insuficiencia del ostium safeno-femoral, tratadas por «stripping» corto, la presión hidrostática a nivel del sector de safena residual es mínima, también lo es que la no aparición de recidivas en dicho territorio depende de la existencia o no de comunicantes insuficientes, presentes en el momento de la intervención y no tratadas o aparecidas luego, y del eventual tratamiento complementario efectuado (esclerosis peroperatoria endovenosa y/o perivenosa, puntos por transfixión percutánea).

Con el «stripping» largo queda asegurado, en efecto, un tratamiento completo de la enfermedad varicosa, pero curando una afección se corre el riesgo de provocar otra nueva en el paciente.

Corresponde, pues, al cirujano evaluar cuál es el futuro mejor para el paciente: las posibles recidivas asociadas eventualmente a complicaciones de estasis venosa hipertensiva, o bien garantizar un buen trofismo al miembro operado, si bien con el riesgo de la posible aparición de trastornos neurológicos como los señalados.

Creemos que el cirujano vascular debe asumir la responsabilidad de valorar cada vez cuál es la mejor conducta terapéutica a seguir basándose en los datos de anamnesia, cuadro clínico, posible evolución posterior de la enfermedad y exigencias del paciente, teniendo presente que el «stripping» largo proporciona una intervención radical y que las lesiones neurológicas menores, entre ellas la Neuralgia del Safeno Interno que con excepción reviste caracteres dramáticas, suelen ser bien soportadas, fáciles de dominar con adecuada terapéutica médica y que a menudo se resuelven de modo espontáneo, aunque lento.

RESUMEN

Se expone una complicación no siempre observada, pero no menos importante, de la intervención de safenectomía por «stripping» en el tratamiento de las varices de los miembros inferiores. En el curso de seis años, con una casuística de 778 casos de safenectomía, la Neuralgia del Safeno Interno se ha presentado en el 2,3%. Si por una parte tal complicación es mucho menos frecuente que otras de tipo neurológico (76,7%), su adecuado reconocimiento tiene doble importancia: permite una precoz terapéutica médica, de fácil ejecución, y excluir otras más graves complicaciones de orden vascular.

SUMMARY

Between the neurological complications of the stripping of the Saphenous vein, the Neuralgia of the Saphenous Nerve are commented on (2,3% on 778 strippings).

BIBLIOGRAFIA

- Agrioglio, G.:** «The surgical treatment of varicose veins: a method practised in Italy. The treatment of venous disorders». Hobbs J.T. Ed 138, Lancaster, 1977.
- Haimovici, H.:** Peroneal sensory neuropathy: entrapment syndrome. «Arch. Surg.», 105:586, 1972.

- Jones, N. A. G.:** Safenous neuralgia: a complication of arterial surgery. «Brit. J. of Surg.», 65:465, 1978.
- Lievre, J. A.:** La névralgie crurale. «Vie Méd.», 35:325, 1954.
- Montorsi, W.:** Le varici degli arti inferiori. «Min. Med.», 65:4133, 1974.
- Montorsi, W.; Ghiringhelli, C. y Longoni, F.:** La terapia chirurgica delle varici degli arti inferiori. «Ter. Ang.», 361, 1976.
- Mozes, M.; Quaknine, G. E. y Nathan, H.:** La névralgie du nerf saphène interne. «N. Press. Méd.», 4:2099, 1975.
- Perrin, M.:** Chirurgie des varices essentielles des membres inférieures. Encycl. Méd. Chir., Paris. «Techniques Chirurgicales, Ch. Vasc.», 4.2.11, 43160.