

LUGAR DE LA CIRUGIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD POSTFLEBITICA DE LOS MIEMBROS INFERIORES*

(Resumen)

M. PERRIN

Lyon (Francia)

Voy a intentar resumir nuestra opinión actual en Francia sobre el lugar de la Cirugía en las secuelas de las flebitis de los miembros inferiores. En realidad, me parece más apropiado el término enfermedad postflebítica, ya que se trata, como relató **Leriche**, de una afección no estabilizada de potencial evolutivo.

Su frecuencia es probablemente superior a las de las arteriopatías crónicas de los miembros inferiores.

La mayoría de aquellos enfermos tienen un tratamiento médico, dentro del cual la contención elástica es un elemento importante. Según dice **Cranley**, se trata de una enfermedad que no cura por completo y obliga a soportar una contención elástica toda la vida. Asimismo, es innegable que, aún sometidos a un correcto tratamiento, algunos enfermos ven agravar sus trastornos.

¿Cuáles son, pues, las posibilidades de la cirugía?

Intentaremos responder a esta pregunta, siguiendo este plan: Primero, exponiendo las operaciones de que disponemos, sin entrar en detalle pero señalando su valor; luego, discutiremos sus indicaciones, insistiendo en los métodos de exploración.

I. Medios quirúrgicos en la enfermedad postflebítica

Pueden dividirse en dos grupos de innegable importancia.

A) Métodos que intentan corregir las lesiones fisiopatológicas existentes a nivel de los ejes venosos superficiales y profundos.

1. *Contra la insuficiencia venosa superficial postflebítica*

a) *Resección de la red safena*. La insuficiencia valvular de la safena interna (SI) o de la safena externa (SE) rara vez es aislada. La insuficiencia valvular safénica o de sus ramas, al revés que en las varices esenciales, se desarrolla de abajo a arriba. En ciertos casos la SI es sólo insuficiente a nivel de la pierna o femoral inferior. En este caso es conveniente respetar la porción terminal, sector valvulado, que puede constituir un precioso capital.

En la práctica, recomendamos proceder al «stripping» de arriba a abajo. Si

* Traducido del original en francés por la Redacción. Conferencia pronunciada en el Congreso Nacional de Angiología y C. Vascular Español. La Coruña (España), junio 1986.

existe hipodermatitis, preferimos detener el «stripping» por encima de ella, procediendo a la esclerosis química de la safena subyacente, lo mismo que de sus colaterales.

b) *Cirugía de las perforantes*. Pretende suprimir el reflujo de la red profunda a la superficial, posible por la insuficiencia valvular de las perforantes. **Linton** y **Cockett** han subrayado este mecanismo fisiopatológico. La ligadura de estas perforantes puede hacerse por diferentes métodos.

Ligadura extrafascial o supraaponeurótica, previo estudio velocimétrico o radiológico de las perforantes de gran calibre insuficiente, o por incisión retrotibial de Cockett.

Ligadura subfascial de las perforantes de la pierna posteriores o postero-externas. Esta ligadura puede hacerse por vía latero-interna (**Linton**) o posterior (**Felder**). Esta última es la que nosotros preconizamos, ya que hace la resección de la SE más fácil, permite un abordaje más claro de las perforantes postero-externas y, sobre todo, muy importante, produce menos necrosis cutáneas a nivel de la cicatriz operatoria.

Quiero insistir en la importancia que tiene la preparación local de este tipo de cirugía de las perforantes. Aparte de combatir la infección y trastornos tróficos, el edema debe ser atacado por contención elástica y cierto tiempo de reposo con elevación de la extremidad. Creemos que no debe intervenir hasta que la piel ha cicatrizado; lo que otros omiten, haciéndolo cuando las úlceras están en vías de curación y estériles.

2. *Contra la obstrucción o insuficiencia valvular profunda*

Estos métodos se proponen paliar los trastornos fisiopatológicos ocasionados por la obstrucción o repermeabilización de la vía venosa principal: Ya en presencia de una obliteración, creando una nueva vía de derivación; ya, en caso de repermeabilización, con válvulas insuficientes responsables del reflujo mayor en ortostatismo, interponiendo un sector venoso con válvulas funcionales.

a) *Transposición de la SI contralateral en las obstrucciones ilíacas (Palma-Dale)*: Consiste en transponer por vía suprapúbica la SI del miembro sano, dejando su ostium in situ, al miembro enfermo anastomosando la extremidad distal de la SI citada a la vena femoral patológica. Satisfactoria en el plano teórico, esta intervención presenta en la práctica problemas de calibres y, según **May**, la mitad dejan de ser permeables. Tampoco deja de tener inconvenientes la creación de una transitoria fístula arteriovenosa complementaria.

b) *Transposición de la SI homolateral en casos de obliteración de la vena femoro-poplítea*: Propuesta por **Varren**, consiste en usar la SI homolateral, dejando su cayado en su lugar, y anastomosando el extremo distal a la vena poplítea por debajo de la rodilla o a las venas de la pierna. A pesar de los argumentos teóricos favorables, hoy día está abandonado por varios problemas.

c) *Interposición de un segmento venoso valvulado al sector subinguinal*: Procedimiento, en principio, bastante distinto que pretende paliar el reflujo hacia el eje venoso profundo en ortostatismo, y que ha sido recomendado por **Kistner**. El sector venoso interpuesto, cuya competencia valvular ha sido comprobada antes, puede ser un segmento de SI homo o contralateral anastomosado látero o término-terminal a la V. femoral superficial o a un segmento de la V. axilo-humeral.

Se puede también reimplantar la V. femoral superficial término-terminal a la V. femoral profunda si las válvulas de ésta son componentes.

Técnica interesante, pero que con el tiempo ve cómo las válvulas del sector interpuesto degradan su función en un tercio de los casos.

Hay que citar también las operaciones de objetivo antireflujo:

— La ligadura de la V. femoral superficial (**Linton**) o de la V. poplítea (**Bauer**), que no han probado su eficacia.

— Intervención de **Psathakis**, con ayuda de un tendón siliconado a nivel poplíteo, sin mayores informaciones que la del autor.

— Más interesante es la propuesta por **Kistner**, encaminada en especial para las insuficiencias valvulares profundas denominadas primitivas.

B) Métodos quirúrgicos encaminados directamente a las lesiones tisulares, que tienen bastantes limitaciones en la enfermedad postflebítica.

— *Hipodermectomía*: Propuesta por **Vigoni**, conduce por vía lateral interna a nivel de la pierna a resear el bloque de hipodermitis en su totalidad entre la dermis y el músculo. Sólo útil en las hipodermitis localizadas, presentan con frecuencia necrosis cutáneas.

— *Injertos dermo-epidérmicos*: De utilización antigua. La colocación de un injerto dermo-epidérmico debe estar precedida siempre de la exéresis del tejido esclero-retráctil cutáneo y de los tejidos periulcerosos, incluía la resección de la aponeurosis muscular.

II. Indicaciones y resultados del tratamiento quirúrgico en la enfermedad postflebítica

La cirugía en la enfermedad postflebítica nunca debe ser sugerida como una resolución definitiva de los problemas que tiene tal afección. No obstante, es innegable que muchas veces, a pesar de un tratamiento médico correcto, las lesiones se agravan.

Su sintomatología está representada por:

— Un edema difícil o imposible de controlar con contención adecuada.

— Algias que hacen el trabajo imposible al final del día y que sólo ceden con el decúbito con las piernas elevadas. Es raro que estas algias revistan la máscara de una claudicación al esfuerzo.

— Hipodermitis evolutiva.

— Úlceras de las piernas, sobre todo en su forma recidivante. Entre nosotros es la complicación que conduce con mayor frecuencia a la cirugía (67 úlceras recidivantes por 218 intervenciones efectuadas entre 1969 y 1985 en nuestra serie). Si queremos resumir en una frase las indicaciones quirúrgicas en la enfermedad postflebítica, podemos decir que resultan de los fracasos del tratamiento médico.

Pero, cuando se ha discutido una indicación operatoria, es imperativo que vaya precedida de un examen clínico y exámenes complementarios que permitan identificar de forma precisa y detallada los mecanismos fisiopatológicos causales, sabiendo que pueden ser múltiples.

El *balance clínico* lleva a métodos no agresivos (no invasivos) que tienen la ventaja de que pueden repetirse cuando uno desea juzgar la evolución del proceso.

— El *examen Doppler* en decúbito, en ortostatismo y ortodinamismo, practicado a la vez sobre las venas superficiales y profundas y sus comunicantes.

— La *reopletismografía* que aporta una apreciación global de los trastornos fisiopatológicos.

— La *fotopletismografía* es sin duda el método que en la actualidad proporciona la mejor apreciación global de la severidad del síndrome postflebítico.

— La *medida de presiones* por vía hemática antes y después del ejercicio.

El protocolo de **Schanzer** permite definir un índice de suficiencia valvular (venous sufficiency index). Según sus resultados, puede ponerse en evidencia el trastorno fisiopatológico predominante. Nosotros lo creemos difícil de realizar y de interpretar.

— La *flebografía* es un examen indispensable ante cualquier decisión quirúrgica. Nosotros realizamos, de rutina, una flebografía ascendente femoral y poplítea dinámica.

La *flebografía ascendente* con torniquete y prueba de dorsi-flexión del pie proporciona excelentes datos morfológicos sobre la red venosa profunda infrainguinal y la búsqueda de perforantes insuficientes.

La *flebografía femoral* con la Prueba de Valsalva da datos morfológicos sobre la zona infrainguinal y dinámicos sobre el reflujo que hay en la red superficial y sobre todo en la profunda. Nosotros somos muy aficionados a considerar la importancia de esta última siguiendo la clasificación **Kistner**.

La *flebografía poplítea dinámica* permite apreciar el reflujo en la safena externa. La red profunda infrapoplítea y la búsqueda de perforantes insuficientes en la pierna.

En cuanto a la medida en que la intervención quirúrgica pretende corregir en esencia los trastornos fisiopatológicos predominantes, nos ha parecido lógico discutir las indicaciones y los resultados en función de los tipos de intervención.

A) *Resección de la red safénica*: En principio sólo debe ser propuesta en caso de un síndrome postflebítico bien compensado a la exploración funcional y resumido a una insuficiencia de safena interna y/o safena externa. Y todavía debemos estar seguros, antes de proceder a una fleboextracción de la safena interna, de que existe una insuficiencia ostial, lo que no siempre es el caso. Es indudable que un gran número de fleboextracciones de safena interna no está justificado en la enfermedad postflebítica. En nuestra experiencia, la úlcera postflebítica trata por fleboextracción de las dos safenas, internas y externa, se traduce por un 80% de fracasos, probablemente por ignorancia de otros procesos fisiopatológicos asociados o no tratados.

B) *Insuficiencia de las perforantes de la pierna*: Representa la lesión más frecuente. **Linton** y **Cockett** ya habían insistido sobre esta noción y **Schanzer** la considera el trastorno fisiopatológico predominante (60%). Su tratamiento parece, pues, lógico teniendo en cuenta los resultados a largo plazo, muy satisfactorios.

La vía subaponeurótica es la indicada en caso de lesiones tisulares extensas. Los resultados en el tratamiento de las úlceras son buenos (ausencia de recidivas ulcerosas), con una proporción variable entre el 66,2% y el 91,7%.

La ligadura de las perforantes por vía supraaponeurótica no nos parece que deba ser abandonada por completo en beneficio de la vía subaponeurótica.

Practicada según técnica de **Cockett** o por incisiones escalonadas como propone **Palma**, tiene sus indicaciones en presencia de lesiones hipodérmicas localizadas

o úlceras de aparición reciente sin base esclerosa en clara relación con una gran perforante insuficiente.

C) *Cirugía restauradora:*

— *Operación de Palma:* Exploraciones funcionales nos han demostrado que en la mayoría de los casos el síndrome de obliteración o repermeabilización iliaca está bien compensado.

En nuestra serie, entre 31 operaciones de Palma efectuadas entre 1969 y 1983, llegamos a las conclusiones que siguen, que las operaciones han experimentado un retroceso sensible. Si algo menos de la mitad de los «pontages» quedan permeables, la proporción entre resultado clínico y «pontage» permeable está lejos de ser concluyente. La operación de Palma, pues, debe quedar reservada al síndrome postflebitico iliaco (tipo II de Cockett) responsable de edema que afecte a todo el miembro inferior, mal compensado a las exploraciones funcionales con un gradiente de presión significativo entre las dos venas femorales.

— *Transposición de la safena interna homolateral en las obstrucciones fémoro-poplíteas* (intervención de **Warren-Husni**): Según nuestra experiencia lleva al fracaso 9 veces de cada 11, por lo que la hemos abandonado.

— *Interposición de un segmento venoso valvulado:* En el sector suprainguinal debe quedar reservado a casos bien precisos. Nosotros la proponemos a enfermos en los cuales la evolución clínica es francamente peyorativa, aparte del tratamiento conservador y en los casos en que la flebografía femoral ha demostrado un reflujo mayor en la red profunda (Estadio IV de Kistner).

En los casos en que el estudio preoperatorio pone en evidencia una insuficiencia venosa superficial y un reflujo por las perforantes, estos trastornos fisiopatológicos son tratados quirúrgicamente, por lo común en la misma sesión operatoria.

Sobre este punto nos atenemos a las conclusiones de **Bergan** de Chicago. Hemos analizado una serie de once enfermos operados según dicho principio con 18 meses de curso. En el aspecto clínico con 75% de buenos resultados, en tanto que por estudio flebográfico sólo podemos demostrar un 45% de resultados perfectos.

En resumen, para terminar, diré que la cirugía en la enfermedad postflebitica ha entrado en una fase donde la mejor apreciación de los trastornos fisiopatológicos causales permite un tratamiento más apropiado.

Su tratamiento queda en esencia médico, aunque la cirugía constituye en ciertos casos un recurso justificado.

Creemos que todavía se propone a la cirugía enfermos que sufren un estado demasiado evolucionado donde las lesiones tisulares son irreversibles.

RESUMEN

El autor considera que la aplicación de la cirugía en la enfermedad postflebitica ha entrado en una fase en la que la mejor apreciación de los trastornos fisiopatológicos causales permite un tratamiento más apropiado. Si bien, en principio, el tratamiento es médico, en ciertos casos la cirugía es un recurso justificado. Se hace un profundo análisis de estas últimas posibilidades.

SUMMARY

With regard to Surgical application in Postphlebitic disease, the Author considers the better appraisal of causal physiopathologic disorders permitting a most appropriated treatment. Even though the treatment is mainly a medical one; in certain cases, Surgery is a justified resource.