

Un nuevo proceder en la cirugía ambulatoria de las várices

Dr. Norberto Morales Olivera, Dr. Carlos del Risco Turiño, Dr. Jorge Herrera Zamora, Dr Gustavo Pérez Hechevarría, Lic. Oscar Companioni González

Hospital Provincial Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se muestra un nuevo procedimiento técnico en la cirugía de las venas varicosas, mediante escleroterapia in situ de la vena safena, introduciendo en ella un material de sutura de alta porosidad, humedecido con líquido esclerosante, seguido de ligadura escalonada transcutánea de la vena.

DeCS: VÁRICES; CIRUGÍA AMBULATORIA.

ABSTRACT

We show a new technical procedure in the Ambulatory Surgery of the varicose veins through IN SITU sclerotherapy of the safena vein , introducing a high porosity suture material wet with sclerosing liquid into it, followed by binding on ladder of the vein, transcutaneously.

DeCS: VARICOSE VEINS; CIRUGÍA AMBULATORY SURGERY.

INTRODUCCIÓN

Dentro de las afecciones vasculares, la enfermedad varicosa por cualquier causa ocupa un lugar destacado en el trabajo habitual del Cirujano Angiólogo. En nuestro medio se han realizado estudios que evidencian su elevada repercusión quirúrgica Escleroterapia; Líquido esclerosante.

(Jiménez Cassio JA. Importancia sociolaboral de las flebopatías crónicas. XXXII. Jornadas Angiológicas Españolas, La Coruña 1986.

Velazco A.: Estudio epidemiológico de Patología Venosa en Euskadi. Evaluación con Doppler. XXXIV Jornadas Angiológicas Españolas. Las Palmas. 1988)

Varios han sido los tratamientos utilizados hasta la fecha (1-8), es innegable que por diferentes motivos no satisfacen plenamente a los pacientes ni al personal médico dedicado a esta actividad.

Quizás esto justifique en parte la necesidad de búsqueda que en cuanto a terapéutica ha existido desde la época de Hipócrates hasta nuestros días. Sería difícil encontrar una patología quirúrgica que halla sido tratada de forma tan diversa en el transcurrir del tiempo como la enfermedad varicosa de los miembros inferiores.

Sin embargo, es incuestionable que la Safenoextracción en las últimas décadas junto a los diferentes intentos de escleroterapia, ha sido el método más universalmente aceptado. El mejor conocimiento de la anatomofisiopatología venosa ha influido determinadamente en la racionalidad de los tratamientos contemporáneos. De todas formas la safenoextracción con fleboextractor, a nuestro juicio, no deja de ser un proceder cruento para el que lo ejecuta, lo observa o para el propio paciente que a veces sufre las consecuencias de este desgarramiento venoso que como se produce en los trayectos safenos es bastante extenso, tomando en cuenta la longitud de estas venas. Nuestro criterio es similar al de otros que consideran al safeno extractor un método invasivo (9), sobretodo en tiempos en que la mayoría de los que se dedican a la actividad quirúrgica se esfuerzan, o por lo menos intentan lograr similares objetivos con menos penetración y agresión, ya sea con mínimos accesos facilitados en la actualidad por el desarrollo de una alta tecnología médica. Estas consideraciones y los antecedentes que han existido en nuestro país y nuestra provincia por crear un método que cumpliera con los puntos de vista actuales en cuanto a la cirugía de las várices que en todos los sentidos ha apuntado hacia la simplificación del método, buscando poca invasión, poder utilizar técnicas sencillas de anestesia como la local y ejecutar la misma ambulatoriamente hicieron que pensáramos en esta técnica. Este proceder permite el tratamiento in situ sin extracción o desgarramiento de la vena safena disminuyendo así el grado de invasividad en el acto quirúrgico que existe con el safeno extractor, lo que permite la aplicación de técnicas sencillas de anestesia al simplificar nuestro accionar sobre la vena facilitando más el carácter ambulatorio de este tipo de cirugía.

Nuestros pacientes fueron estudiados clínicamente y mediante estudios hemodinámicos no invasivos. No se realizó flebografías de rutina como propone

Mayall (10). Solamente en casos de dudosos resultados clínicos, hemodinámicos o ambos.

La comprobación histológica de la efectividad de la esclerosis fue comprobada en nuestro medio en un trabajo anterior (11).

TÉCNICA QUIRÚRGICA

1. Decúbito supino del paciente y preparación del campo quirúrgico.
2. Anestesia local por infiltración de lidocaína al 0,5 % por debajo del pliegue inguinal, utilizando las referencias anatómicas ya conocidas, para exponer el cayado de la safena interna (C>SI), su disección, ligadura de tributario y cabo proximal.
3. Anestesia local en región pre-maleolar interna para exposición de la vena distalmente, introducción del fleboextractor a través de la luz venosa, previa flebotomía, hasta 1/3 inferior del muslo o 1/3 superior de la pierna debajo de la rodilla; según se prefiera en cada caso. Por palpación digital se realiza la localización exacta del safeno extractor y en ese punto se hace infiltración del anestésico para poder disecar a ese nivel la vena. Una vez localizada, se le realiza otra flebotomía y se extrae el fleboextractor, el cual ya tiene sus dos extremos fuera de la luz venosa, lo que permite el siguiente tiempo.
4. El ayudante toma los dos extremos del safeno extractor y hace tracción manual del mismo, hacia la superficie. (Superficialización venosa forzada), lo que facilita una mejor identificación del trayecto venoso y de esta manera poder ligar la vena, por debajo del instrumento introducido en la luz. Para efectuar este paso el cirujano utiliza una aguja curva mediana, punciona la piel adyacente, a la vena (previa anestesia) y trata de ir por detrás del fleboextractor (que se mantiene traccionado), saliendo de nuevo a la superficie a través de la piel del lado contrario. Para poder proceder utilizamos una sutura gruesa 2-0 no reabsorbible, ambos casos se refieren con pinzas, para su posterior ligadura. Esta maniobra se repite en los tramos convenidos con el cirujano. Generalmente 3-4 traviesas de dedo entre uno y otro.
5. Terminado el enlace escalonado y aprovechando nuevamente el alambre se amarra en su cabo distal un hilo absorbente, el cual se humedece con el esclerosante venoso; hemos preferido el Polidocanol al 3 %. Se retira lentamente el safeno extractor a través de la flebotomía proximal, lo que permite la introducción del hilo esclerosante en la vena.
6. Terminado este tiempo, se procede al vaciamiento definitivo de sangre en el trayecto venoso, utilizando para ello primero la posición venosa y un cilindro preparado de compresa; el cual hacemos rodar en sentido caudo-cefálico por la parte interna del miembro, maniobra que debe hacerse con cuidado para evitar la salida intraluminal del hilo. En este momento ya podemos realizar la ligadura

escalonada de abajo hacia arriba para facilitar un último vaciamiento de la vena. Sobre la piel se coloca un pequeño protector plástico, evitando así el efecto constrictivo del hilo y las molestias que pudieran producirle al paciente, por tal motivo. Siempre ligamos los extremos venosos expuestos para evitar posibles sangramientos postoperatorios y además para fijar el hilo introducido en la luz vascular, que dejaremos definitivamente, para aprovechar su efecto de cuerpo extraño lo más tardíamente posible. (Fig.3).

7. En la región del muslo hacemos similar proceder que en la pierna, con la diferencia que aquí sólo hacemos dos ligaduras escalonadas, cuando más, teniendo en cuenta la existencia de comunicantes en este tramo y además por la mayor dificultad de superficializar la vena en este sector debido a que generalmente se encuentra enmascarada en la grasa subcutánea que hay en el muslo.

8. Finalmente, las comunicantes y otros trayectos varicosos, se extraen por los métodos ya conocidos utilizando anestesia local en las zonas previamente señaladas con tinta quirúrgica. En nuestro servicio utilizamos para este proceder, la técnica de microinsisiones y ganchos quirúrgicos.

9. Cierre de las heridas con el material ordinario. Apósito y vendaje compresivo. Este procedimiento nos permite evitar las lesiones traumáticas consecutivas al safeno extractor de la safena sobre los nervios y vasos adyacentes a la misma. La ambulatoriedad del método es obvia y la safenoesclerosis fue demostrada por biopsia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cacciatore E; Verrini S; Boraldi A.. El tratamiento de las várices esenciales con la cirugía semiambulatoria. Experiencia sobre 420 casos. *Angiología* 1983; (2): 70-72
2. Hordegen-Lüdin KM. La escleropatía en várices complementada con compresión local. Técnica escleroterápica de Sigg modificada. *Rev. Pan. Linf* 1994; 12(3): 38-40.
3. Stranbesand J; Seydenwitz: Ultrastruktur Sclerosierter Varizen. *La lette de la Phlebologie. ZIMA.SA Nyon.* 1988;8 (2):107-111.
4. Siigg K, Varizen Ulcus Crucis and Thrombose. *Pringer-Hiedelberg-New York.* 1976;(2):88-89.
5. Brunet P; Beauballet P; Pernas N, Thompson W; Torres O. Escleroterapia Compresiva. El mejor tratamiento de las várices actualmente? *Rev. Cub. Cir.*1972; 11. Sup: 43-46
6. Bollinger A. *Angiología. La Habana: Editorial Científico Técnica.* 1984.(2):315-318

7. Lavorato Longoni F; Romagnoli G; Guazzoni G. Neuralgia del nervio safeno interno tras. Safeno extractor en el tratamiento de las várices de los miembros inferiores. *Angiología* 1983;(2): 59-68.
8. Mayall R C. Diagnóstico Radiológico de las várices. *Angiología* 1990; 6:227-230.
9. Hernández F; González D; del Risco CA; Rodríguez E. Esclerosis física intravascular. Reporte 220 casos. *Temas. Ang. Cir. Vasc* 1975; 1 (2): 41-45.

Dr. Norberto Morales Olivera. Especialista de I. Grado en Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Manuel Ascunce Camagüey. Hospital Provincial Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba