

Neuralgia del nervio safeno interno en pacientes operados de várices esenciales en miembros inferiores

Neuralgia of the Internal Saphenous Nerve in Patients Operated on for Essential Varicose Veins of the Lower Limbs

Yuniesky Acosta Arias^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-6875-5894>

Hospital Docente Clínicoquirúrgico "General Freyre de Andrade". La Habana. Cuba.

*Autor para la correspondencia: yunieskyacosta@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La neuralgia del nervio safeno interno, posafenectomía, constituye la expresión natural de una lesión nerviosa de tipo troncular periférico y constituye un síndrome clínico frecuente pero poco estudiado desde todos los puntos de vista.

Objetivo: Valorar la neuralgia del safeno interno en los pacientes operados de várices esenciales en miembros inferiores.

Método: Se realizó un estudio descriptivo- retrospectivo en 60 pacientes operados (*stripping* o flebo-extracción) en el servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Docente Clínicoquirúrgico "General Freyre de Andrade" con el diagnóstico de várices esenciales en los miembros inferiores y presencia de neuralgia del nervio safeno interno. El estudio se realizó de enero a diciembre de 2017. Las variables estudiadas fueron: sexo, localización de la safenectomía (izquierda, derecha, bilateral), presencia de neuralgia en el nervio safeno interno. Se trabajó con valores de frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: 40 % de las safenectomías fueron bilaterales; 31,6 % en miembro inferior derecho y 28,3 % en el miembro inferior izquierdo. El 80 % eran mujeres (25 % lado izquierdo, 25 % lado derecho y 50 % bilateral) y el 20 % hombres (58,3 % lado derecho y

41,7 % lado izquierdo). Pacientes con neuralgia del safeno interno 23,3 % (41,7 % hombres y 18,8 % mujeres).

Conclusión: El reconocimiento adecuado de la neuralgia del safeno interno permite excluir otras complicaciones de tipo vascular y establecer medidas profilácticas para evitarla.

Palabras clave: neuralgia del nervio safeno interno; várices esenciales; safenectomía; *stripping*.

ABSTRACT

Introduction: Post-saphenectomy neuralgia of the internal saphenous nerve is the natural expression of a peripheral truncal nerve injury and constitutes a frequent clinical syndrome; however, it is rarely studied, from all points of view.

Objective: To assess neuralgia of the internal saphenous nerve in patients operated on for essential varicose veins of the lower limbs.

Method: A descriptive-retrospective study was carried out in 60 surgically intervened patients (*stripping* or phlebo-extraction) in the angiology and vascular surgery service of Freyre de Andrade Clinical-Surgical Teaching Hospital for a diagnosis of essential varicose veins of the lower limbs and manifestation of neuralgia of the internal saphenous nerve. The study was carried out from January to December 2017. The variables studied were sex, location of the saphenectomy (left, right, or bilateral), and manifestation of neuralgia in the internal saphenous nerve. We worked with absolute and relative frequency values.

Results: 40% of the saphenectomies were bilateral, 31.6% were performed in the lower right limb, and 28.3% corresponded to the lower left limb. 80% were women (left side: 25%, right side: 25%, and bilateral: 50%) and 20% were men (right side: 58.3%, and left side: 41.7%). Patients with neuralgia of the internal saphenous never accounted for 23.3% (41.7% were men and 18.8% were women).

Conclusion: The correct identification of neuralgia of the internal saphenous nerve allows to exclude other vascular complications and to establish prophylactic measures to avoid it.

Keywords: neuralgia of the internal saphenous nerve; essential varicose veins; saphenectomy; *stripping*.

Fecha de recibido: 26/05/2019

Fecha de aceptado:04/01/2020

Introducción

Las complicaciones que pueden presentarse en todo paciente operado de várices con safenectomía (*stripping*) son variadas, entre ellas se encuentran las relacionadas con el proceder quirúrgico como es la neuralgia (anestesia, hipoestesia, parestesia, disestesia) en el territorio del nervio safeno interno.^(1,2,3,4,5,6,7,8,9,10) En este trabajo se desea hacer referencia a la presencia de molestos trastornos neurológicos que surgen en el posoperatorio mediato y tardío.

Es conocido que la neuralgia del nervio safeno interno es una afectación dolorosa que se manifiesta, a lo largo el territorio de su distribución, por medio de fenómenos irritativos del nervio.^(11,12,13,14,15) Numerosos autores la catalogan como un síndrome clínico relativamente frecuente que pudiese simular una enfermedad vascular de los miembros inferiores (claudicación intermitente) o un síndrome radicular lumbar o neurológico periférico.⁽¹¹⁾ Lo sitios más afectados son la ingle, el muslo, la pierna a nivel de su cara antero-interna y el surco maleolar interno.^(11,12,13)

La detección precoz de la neuralgia es la base sobre la que se fundamenta su seguimiento y los criterios de su selección terapéutica.⁽⁶⁾

En la literatura médica de los últimos años se han encontrado más de 2000 referencias bibliográficas sobre el tratamiento quirúrgico de la insuficiencia venosa crónica en su forma más simple de expresión: las várices esenciales; sin embargo, tan solo 30 de ellas (7,5 %) se refieren al tema.^(13,15)

El problema investigativo se plantea con un enfoque epidemiológico, para caracterizar la neuralgia del nervio safeno interno mediante el empleo del método clínico. La idea básica fue caracterizar a la muestra seleccionada, para su tratamiento y control periódico.

Se insiste que el cirujano vascular debe asumir la responsabilidad de valorar con pericia cada vez más cuál es la mejor conducta terapéutica a seguir para evitar el surgimiento de esta complicación neurológica

El objetivo de la presente investigación es valorar la neuralgia del safeno interno en los pacientes operados de várices esenciales en miembros inferiores.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo- retrospectivo en 60 pacientes con el diagnóstico de várices esenciales en los miembros inferiores, de cualquier edad, ambulatorios e ingresados, todos operados mediante safenectomía (*stripping* o fleboextracción) en el servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Docente Clínicoquirúrgico "General Freyre de Andrade". El estudio se realizó de enero a diciembre de 2017. Se incluyeron los pacientes operados de várices esenciales mediante safenectomía y se excluyeron aquellos que se negaron a participar en la investigación

La valoración de la neuralgia del nervio safeno interno se realizó mediante el examen físico con exploración de la sensibilidad superficial (táctil, térmica y dolorosa) y con la presencia de signos y síntomas clínicos como la anestesia, la hipoestesia, la disestesia y la parestesia.

Se extrajeron de las historias clínicas las siguientes variables: sexo, localización de la safenectomía (izquierda, derecha, bilateral) y presencia de neuralgia en el nervio safeno interno. Para el análisis estadístico se confeccionó una base de datos en Microsoft Excel y se utilizó este mismo paquete para el procesamiento estadístico. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias absolutas y relativas.

Resultados

Se encontró un predominio del sexo femenino (n= 48; 80 %). En sentido general, hubo 40 % de safenectomías bilaterales y del miembro inferior derecho (31,7 %); contribuyeron a este resultado las mujeres, ya que en la mayoría (50 %) la safenectomía fue bilateral con similar proporción (25 %) en ambos miembros inferiores, mientras que en los hombres la localización más frecuente (58,3 %) fue en la extremidad inferior derecha (Tabla 1).

Tabla 1 - Distribución de los pacientes según sexo y localización de la safenectomía

Safenectomías	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Izquierda	5	41,7	12	25,0	17	28,3
Derecha	7	58,3	12	25,0	19	31,7
Bilateral	0	0,0	24	50,0	24	40,0
Total	12	100,0	48	100,0	60	100,0

Los porcentajes se calcularon sobre la base del total de la muestra en cada grupo.

Se constató una frecuencia de neuralgia del safeno interno de 23,3 %, más elevada en los hombres que en las mujeres (41,7 % vs. 18,7 %) (Tabla 2).

Tabla 2 - Distribución de pacientes según presencia de la neuralgia y el sexo

Variable	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Con neuralgia	5	41,7	9	18,7	14	23,3
Sin neuralgia	7	58,3	39	81,3	46	76,7
Total	12	20,0	48	80,0	60	100,0

Con neuralgia: presencia de anestesia, hipoestesia, parestesia, disestesia.
Los porcentajes se calcularon sobre la base del total de la muestra en cada grupo.

Discusión

La neuralgia del safeno interno, constituye la expresión natural 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 y parcialidad, resulta superfluo recordar que cuanto más proximal sea la lesión, tanto más extenso resulta ser el territorio afectado.^(1,11,16,17,18,19,20,21,22,23)

La interrupción anatómica o funcional del nervio safeno interno, solo sensitivo, determina trastornos demostrables de la sensibilidad 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.^(13,17) Se ponen de manifiesto por la anestesia o hipoestesia de las distintas formas de la sensibilidad superficial (táctil, térmica

y dolorosa), que pueden ser totales, si todas las fibras están comprometidas del mismo modo, o disociada cuando está interesada solo alguna sensibilidad. La pérdida de la sensibilidad epicrítica representa lo más significativo de la lesión de un nervio periférico.^(7,8,10)

Si la lesión resulta ser incompleta, los síntomas deficitarios podrían asociarse a fenómenos irritativos, demostrados por hiperestesias de las distintas formas de la sensibilidad, en particular por la dolorosa.⁽¹¹⁾

Los accesos dolorosos pueden estar provocados por las variaciones de la temperatura, por bruscos movimientos o cambios de posición, por la deambulación, o a veces surgen de un modo aparentemente espontáneo dejando, entre una y otra crisis, una sensación de torpeza del miembro o ninguna reliquia subjetiva.^(4,6,12)

El diagnóstico clínico de neuralgia del safeno interno se establece provocando una exacerbación cuando se efectúa una compresión a nivel de los puntos dolorosos de Vallaix en el tercio inferior del muslo, punto de emergencia del nervio en la fascia lata hasta el maléolo, o haciendo hiperextender el muslo (Lasague inverso).^(16,17,19)

No se ha podido establecer adecuadas comparaciones de los resultados obtenidos en la investigación por el método convencional debido a que los trabajos encontrados son muy heterogéneos y ello resulta ser una limitante del estudio, sin embargo, se encontraron estudios aleatorios en los que se establecen comparaciones entre el método convencional y el método de la cura hemodinámica de la insuficiencia venosa crónica (CHIVA).^(17,18)

Entre las complicaciones de la safenectomía tiene particular importancia la lesión del nervio safeno interno (la anestesia, hipoestesia, parestesia y disestesia) se identificaron en 14 de los 60 pacientes que representaron el 23,3 %. Entre los estudios encontrados en los que se aborda las lesiones neurológicas posquirúrgicas de la insuficiencia venosa predominan las comparaciones entre la cura hemodinámica de la insuficiencia venosa crónica (CHIVA) y la safenectomía convencional.^(3,4,6)

El registro de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular, refleja que la safenectomía es la modalidad quirúrgica más frecuente para el tratamiento de la insuficiencia venosa crónica mientras que algunos expertos se aprecian que el porcentaje de las safenectomías con respecto al total de procedimientos se va reduciendo y aumentando el de la cirugía conservadora, lo que se hizo muy evidente en el 2004, con 45,9 % de safenectomías frente a 42,5 % en la (CHIVA).^(20,21)

En una comparación establecida entre el método CHIVA y el convencional (safenectomía), el primero presentó una baja incidencia de lesiones nerviosas, neuritis o parestesias temporales: 2,5 %. En aquellos trabajos que han comparado las lesiones nerviosas entre estos dos métodos, se ha observado un menor número en el método CHIVA el cual ha sido estadísticamente significativo.⁽²¹⁾

A nivel de la incisión en el surco del maléolo interno, la vena safena se encuentra en íntimo contacto con el nervio, lo que favorece que durante la disección y la safenotración sea lesionado. La intensidad del traumatismo depende más de las dimensiones y de la forma de la propia oliva que de la forma con que se efectúa el *stripping*.^(15,18,19) La neuralgia del safeno interno, es un síndrome clínicamente mal conocido, tiene caracteres sintomatológicos bastante graves, si bien limitados en el tiempo merced sobre todo a la instauración de una adecuada terapéutica médica, cosa no fácil de conseguir en otras complicaciones neurológicas.⁽¹⁵⁾

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, las dimensiones y el lugar de las várices.^(19,20,21,22,23)

Se tuvo como limitante de esta investigación una muestra pequeña, puesto que se puede determinar la significación de la neuralgia del nervio safeno interno en un mayor número de pacientes.

Podemos concluir que el reconocimiento adecuado de la neuralgia del safeno interno permite excluir otras complicaciones de tipo vascular y establecer medidas profilácticas para evitarla. Se recomienda establecer un plan de acciones para evitar el surgimiento de la neuralgia del nervio safeno interno, desde la selección correcta de los pacientes, la técnica quirúrgica a emplear, tipos de várices, grado de insuficiencia venosa y seguimiento correcto de aquellos pacientes en los que se diagnostique dicha entidad clínica. Incorporar al factor neuralgia del safeno interno en el protocolo de actuación de la insuficiencia venosa crónica del Hospital “General Freyre de Andrade” para que el cirujano asuma la responsabilidad de evaluar con pericia cual es la mejor conducta terapéutica. Extender a otros centros nuestros resultados, para su posible aplicación. Crear equipo multidisciplinario incluyendo neurólogos y especialistas en medicina natural y tradicional.

Referencias bibliográficas

1. Porter JM, Moneta GL. Reporting standards in venous disease: an update. *J Vasc Surg.* 2015;21:635-45.
2. Eklof B, Rutherford RB, Bergan JJ, JP Vecan, Cougen RG, Collen FP, *et al.* Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: consensus statement. *J Vasc Surg.* 2014;40:1248-52.
3. Evans CJ, Fowkes FGR, Ruckley CV, Lee AJ. Prevalence of varicose veins and chronic venous insufficiency in men and women in the general population: Edinburgh Vein Study. *J Epidemiol Comm Health.* 2016;53:149-53.
4. Kurz X, Kahn SR, Abenhaim L, Delitee RF, Etraus RT, Crugenn PL, *et al.* Chronic venous disorders of the leg: epidemiology, outcomes, diagnosis and management: summary of an evidence-based report of the VEINES Task Force. *Int Angiol.* 1999;18:83-102.
5. Moffatt CJ, Franks PJ, Doherty DC, Martin R, Blewett R, Ross F. Prevalence of leg ulceration in a London population. *QJM.* 2014;97:431-7.
6. Labropoulos N. Hemodynamic changes according to the CEAP classification. *Phlebology.* 2013;40:130-6.
7. Brand FN, Dannenberg AL, Abbott RD, Kannel WB. The epidemiology of varicose veins: the Framingham Study. *Am J Prev Med.* 2017;4:96-101.
8. Lee AJ, Evans CJ, Allan PL, Ruckley CV, Fowkes FG. Lifestyle factors and the risk of varicose veins: Edinburgh Vein Study. *J Clin Epidemiol.* 2015;56:171-9.
9. Criqui MH, Jamosos M, Fronck A, Fromet TR, Braga UT, *et al.* Chronic venous disease in an ethnically diverse population: the San Diego Population Study. *Am J Epidemiol.* 2015;158:448-56.
10. Fowkes FG, Lee AJ, Evans CJ, Allan PL, Bradbury AW, Ruckley CV. Lifestyle risk factors for lower limb venous reflux in the general population: Edinburgh Vein Study. *Int J Epidemiol.* 2015;30:846-52.
11. Laurikka JO, Sisto T, Tarkka MR, Auvinen O, Hakama M. Risk indicators for varicose veins in forty- to sixty-year-olds in the Tampere varicose vein study. *World J Surg.* 2016;26:648-51.

12. Chiesa R, Marone EM, Limoni C, Volonte M, Schaefer E, Petrini O. Demographic factors and their relationship with the presence of CVI signs in Italy: the 24-cities cohort study. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2015;30:674-80.
13. McGuckin M, Waterman R, Brooks J, Roman Y, Trosar RE. Validation of venous leg ulcer guidelines in the United States and United Kingdom. *Am J Surg.* 2016;183:132-7.
14. Ruckley CV. Socio-economic impact of chronic venous insufficiency and leg ulcers. *Angiology.* 2015;48:67-9.
15. Carpentier PH, Cornu-Thénard A, Uhl JF, Partsch H, Antignani PL. Appraisal of the information content of the C classes of CEAP clinical classification of chronic venous disorders: a multicenter evaluation of 872 patients. *J Vasc Surg.* 2014;37:827-33.
16. Kahn SR, M'lan CE, Lamping DL, Kurz X, Bérard A, Abenhaim LA. Relationship between clinical classification of chronic venous disease and patient-reported quality of life: results from an international cohort study. *J Vasc Surg.* 2014;39:823-8.
17. Andreozzi GM, Cordova RM, Scomparin A, Martini R, D'Eri A, Andreozzi F. Quality of life in chronic venous insufficiency: an Italian pilot study of the Triveneto Region. *Int Angiol.* 2015;24:272-7.
18. Kistner RL, Eklof B, Masuda EM. Diagnosis of chronic venous disease of the lower extremities: the "CEAP" classification. *Mayo Clin Proc.* 2016;71:338-45.
19. Tassiopoulos AK, Golts E, Oh DS, Labropoulos N. Current concepts in chronic venous ulceration. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2016;20:227-32.
20. Van Cleef JF, Hugentobler JP, Desvaux P, Griton P, Cloarec M. Étude endoscopique des reflux valvulaires saphéniens. *J Mal Vasc.* 2016;17(Suppl B):113-6.
21. Sales CM, Rosenthal D, Petrillo KA, Kaplan RT, Harrison ED, *et al.* The valvular apparatus in venous insufficiency: a problem of quantity? *Ann Vasc Surg.* 2015;12:153-5.
22. Badier-Commander C, Verbeuren T, Lebard C, Michel JB, Jacob MP. Increased TIMP/MMP ratio in varicose veins: a possible explanation for extracellular matrix accumulation. *J Pathol.* 2015;192:105-12.
23. Lindner V, Reidy MA. Proliferation of smooth muscle cells after vascular injury is inhibited by an antibody against basic fibroblast growth factor. *Proc Natl Acad Sci USA.* 1991;88:3739-43.

Conflicto de intereses

El autor declara que no hay conflicto de intereses económicos, laborales, étnicos ni personales, relacionados con este artículo.