

ACTUALIZACION

ESTADO ACTUAL DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA
TACTICA QUIRURGICA

DRES. ELÍAS HURTADO HOYO y ALCIDES W. PAOLINI

Del Instituto de Perfeccionamiento Médico-Quirúrgico, Salas 1 y 2*, Hospital Durand, Buenos Aires

Es común reunir bajo la denominación de insuficiencia venosa crónica a un conjunto de manifestaciones clínicas (edema, pigmentación, celulitis indurativa, úlcera, etc.) que son propias de una etapa evolutiva avanzada, cuando no terminal y difícilmente reversible, de un proceso cuyo comienzo se remonta a una flebopatía. Deseamos destacar la importancia del aspecto fisiopatológico del problema con miras a encauzar un tratamiento quirúrgico efectivo. Es por ello que, con Geza De Takats, creemos más apropiado el calificativo de "complicaciones de insuficiencia venosa"⁵⁻⁶.

En el cuadro 1 esquematizamos el proceso fisiopatológico

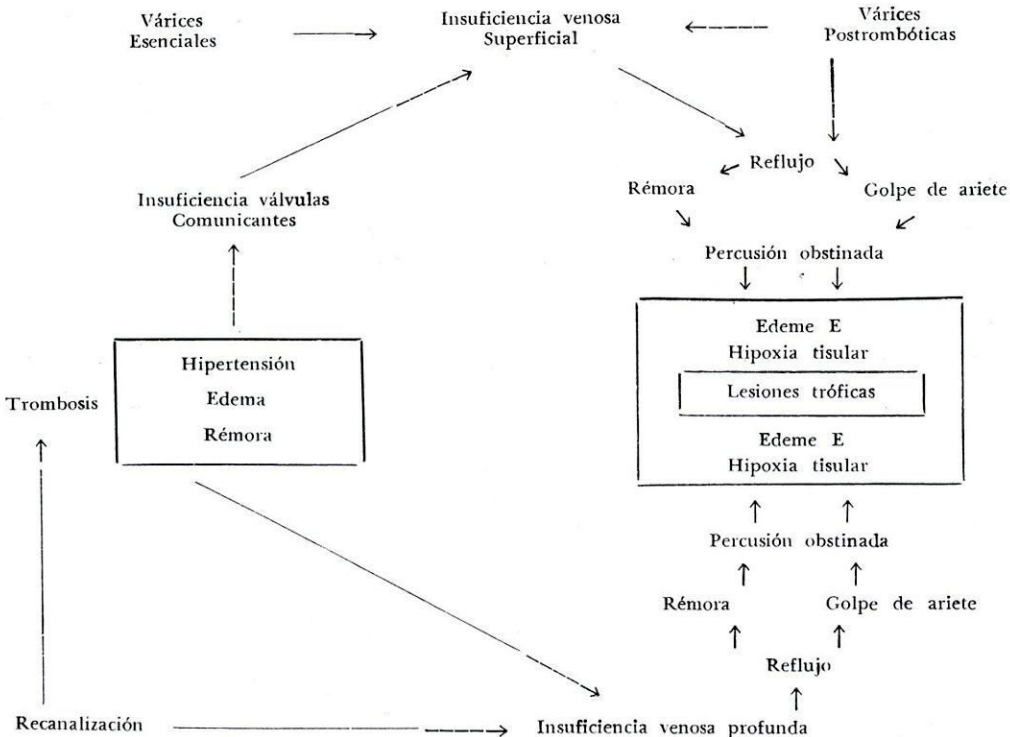
por el que desde la insuficiencia venosa (de los sistemas venosos superficial o profundo) se llega a las complicaciones.

Enumeramos a continuación las causas más comunes de insuficiencia venosa y esquematizamos los distintos procedimientos quirúrgicos propuestos para su tratamiento. Nuestro objeto es establecer la táctica quirúrgica más conveniente en cada caso.

VÁRICES ESENCIALES

El factor preponderante está constituido por el reflujo a través de la válvula ostial insuficiente; la terapéutica estará dirigida a contrarrestarlo.

CUADRO 1



* 4ª Cátedra de Cirugía, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Buenos Aires.
Recibido para su publicación el 20 de octubre de 1964.

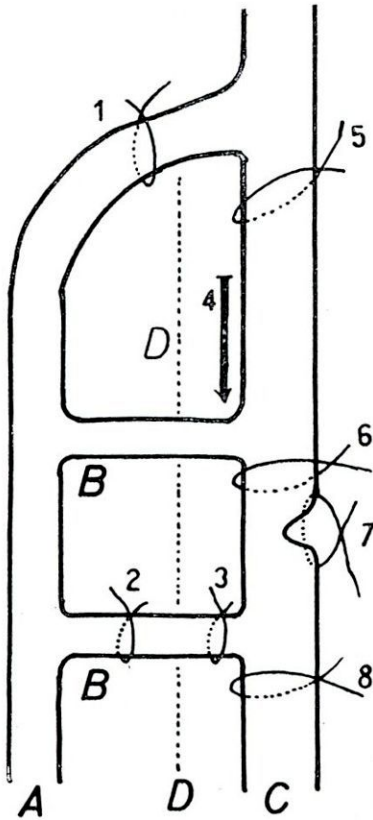


FIG. 1.

las) cuyo diagnóstico no es sencillo. El tratamiento aún no está resuelto.

b) *Por insuficiencia de las comunicantes*: el reflujo a través de la válvula insuficiente; se suma posteriormente el que resulta de la descompensación del sistema venoso superficial por la sobrecarga a que está sometido. Incluimos aquí las venas perforantes de Linton que desde las masas musculares del miembro y a través de la aponeurosis desembocan en el sistema venoso superficial, pues en caso de disfunción valvular pueden provocar iguales alteraciones.

c) *Postrombóticas*: en este caso el reflujo de la columna venosa profunda adquiere máxima importancia pues aparte de causar (por percusión obstinada, rémora y golpe de ariete) dolor y producir trastornos tróficos, por la sobrecarga, origina la insuficiencia secundaria del sistema de comunicantes y del sistema venoso superficial, con lo que se cierra el círculo vicioso.

El diagnóstico se confirma con la flebografía o mejor aún con la flebomanometría. Este tipo de estudios tiene importancia pues pueden mostrar una insuficiencia valvular venosa profunda que será necesario corregir mediante el tratamiento quirúrgico, o bien su ausencia, lo que dirigirá la atención hacia el sistema venoso superficial o de las comunicantes⁸⁻¹¹.

De acuerdo con lo expuesto creemos útil agrupar a los enfermos con complicaciones de insuficiencia venosa en 3 grandes grupos (cuadro 2).

Varios son los procedimientos quirúrgicos propuestos para resolver el problema que plantea la

CUADRO 2

<p>A) Con insuficiencia del sistema superficial (y/o de los comunicantes)</p>	}	<p>Esenciales Por fístulas arteriovenosas Por insuficiencia de las comunicantes</p>
<p>b) Con insuficiencia del sistema profundo</p>	}	<p>Congénitas Postrombóticas Por insuficiencia prolongada del sistema superficial</p>
<p>c) Con insuficiencia de tipo mixto</p>	}	<p>Con preponderancia superficial Con preponderancia profunda</p>

VÁRICES ADQUIRIDAS

a) *Por fístulas arteriovenosas*: es necesario distinguir: 1) las traumáticas, generalmente únicas, en las que el reflujo, la hipertensión venosa y la rémora, consecuencias de la comunicación anómala, dan lugar a la instauración de fenómenos fisiopatológicos conocidos (cuadro 1). El tratamiento consiste en suprimir la comunicación patológica, y 2) las congénitas, generalmente múltiples (microfistu-

patología venosa de los miembros inferiores. Los resumiremos en forma somera para evitar la confusión que generalmente impera alrededor de los distintos nombres propios con que se las conoce y además puntualizaremos sus fundamentos fisiopatológicos.

Recurrimos para ello al esquema clásico de la circulación venosa en los miembros inferiores (fig. 1) donde 'A' representa al sistema superficial formado por ambas safenas, "B" al sistema de las

venas comunicantes, "C" al sistema venoso profundo y "D", corresponde a la aponeurosis superficial del miembro. Los clasificamos según se actúe por fuera de la aponeurosis o por dentro de la misma (cuadro 3).

5) *Operación de Linton*: también conocida como Linton Hardy, consiste en la ligadura y sección de la vena femoral superficial por debajo de su unión con la vena femoral profunda. Se agrega la fleboextracción de las safenas varicosas¹².

CUADRO 3

Tipo de intervención	Sistema sobre el que actúan	Nombre	
Supraaponeurótica	Superficial	Trendelenburg-Mayo Willauer	
	Comunicante	Ligaduras escalonadas	
Infraaponeurótica	Comunicante	Linton II Cigorruga y col.	
	Profundo	Vena femoral	Linton I
		Vena poplítea	Bauer Valvuloplastia venosa extraluminal
		Vena poplítea, tibiales y peroneas	Degni

SUPRAAPONEURÓTICAS

1) *Operación de Trendelenburg-Mayo*: comprende la ligadura y sección del cayado de la safena interna (en su desembocadura en la vena femoral) y de sus colaterales, a lo que se agrega la fleboextracción de toda la vena. Una intervención similar se practica sobre la vena safena externa (Operación de Willauer).

2) *Ligaduras escalonadas*: consiste en efectuar ligaduras supraaponeuróticas de las comunicantes individualizadas previamente a lo largo del miembro.

INFRAAPONEURÓTICAS

3) *Operación de Linton II*: (ligadura de las comunicantes y perforantes a cielo abierto). Se lleva a cabo mediante incisiones practicadas hasta la aponeurosis, a lo largo de la pierna, en las caras interna, externa y posterior de la misma. Individualizadas las venas comunicantes y perforantes se las liga y secciona por debajo de la aponeurosis¹⁰.

4) *Operación de Cigorruga*: (Sección subaponeurótica de comunicantes). Practicando una incisión oblicua o longitudinal en el tercio superior de la cara interna y/o externa de la pierna hasta la aponeurosis, se introduce por ella una valva maleable que al deslizar va seccionando las comunicantes y perforantes a cielo cerrado³.

6) *Operación de Bauer*: comprende la ligadura y resección de la vena poplítea en el hueco poplíteo. Se han sugerido algunas modificaciones en nuestro país basadas o en el momento de su aplicación (precoz u operación de Ferrando y Diez como tratamiento preventivo en el período posttrombótico inmediato) o en la vía de abordaje⁴⁻⁷.

7) *Valvuloplastia venosa extraluminal*: con agujas atraumáticas se practican en la vena poplítea plegamientos invaginantes de la adventicia, sin tomar la íntima con lo que se consigue la construcción de un remedo de válvula venosa que actúa amortiguando el reflujo¹³.

8) *Operación de Degni*: por medio de una incisión extensa en el hueco poplíteo y cara posterior de la pierna se realiza la resección de las venas poplítea, tibiales y peroneas.

Debemos añadir además la *operación de Delbet*, hoy en desuso, que consiste en la resección del cayado de la safena interna y la anastomosis del extremo de ella con la vena femoral común. Su indicación exclusiva sería la presencia de insuficiencia ostial pura sin dilatación varicosa de la vena safena interna; y la *operación de Warren*, indicada excepcionalmente, en los casos de insuficiencia venosa profunda pura con sistema superficial y válvula ostial suficientes; consiste en la anastomosis termino-terminal safenopoplíteo.

Es obvio que el objeto principal que guía a los 4 primeros procedimientos es impedir el reflujo del

sistema superficial o de comunicantes mediante la ligadura, resección y/o fleboextracción.

En la insuficiencia venosa profunda, impedir el reflujo significa ligar el tronco venoso principal por donde retorna el 90 % de la sangre del miembro. Normalmente las válvulas venosas no impiden el reflujo (que es si se quiere fisiológico, al cesar la acción del corazón, sino que lo atenúan o amortiguan. La valvuloplastia venosa extraluminal intenta cumplir con este requisito sin llegar a interrumpir la vía de retorno venoso principal.

Del simple cotejo de los cuadros 2 y 3, surge la táctica quirúrgica a seguir: en los enfermos del grupo A o sea con insuficiencia del sistema venoso superficial y/o comunicante, en una faz más o menos precoz y sin trastornos tróficos marcados, se efectúan operaciones supraaponeuróticas tipos 1 y 2 (Trendelenburg-Mayo, Willauer y ligaduras escalonadas). Una excepción en este grupo lo constituyen los enfermos que en una etapa ulterior llegan a sufrir trastornos tróficos importantes; en tal caso se realiza además de las intervenciones supraaponeuróticas tipo 1, operaciones infraaponeuróticas tipo 4 (Cigorraga), pues es más efectiva que la simple ligadura escalonada y por otra parte es menos cruenta y dotada de menor morbilidad que la de Linton II cuyo objetivo es similar (tratar el sistema venoso de comunicantes insuficientes). En cuanto al grupo de enfermos con insuficiencia venosa profunda pura (que en esta etapa muy raramente llegan a manos del cirujano) son preferibles las operaciones del tipo 7 (valvuloplastia venosa extraluminal). Este procedimiento puede acompañar a cualquiera de los anteriormente citados (Trendelenburg-Mayo, ligaduras escalonadas, operación de Cigorraga o Linton II) en los casos mucho más numerosos con insuficiencia venosa del tipo mixto.

Las operaciones de mayor envergadura que interrumpen importantes vías de retorno venoso (Bauer, Linton y Hardy o Degni), se reservan para casos extremos, generalmente recidivas de terapéuticas anteriores. De estas 3, preferimos la operación de Bauer pues tiene una base fisiopatológica más sólida (interrumpir el reflujo a nivel de la vena poplítea con una intervención menos cruenta que la de Degni) y por los últimos resultados publicados por su autor¹⁻².

Hemos esbozado las indicaciones, técnicas y táctica del tratamiento quirúrgico de las complicaciones de la insuficiencia venosa. Además, no deben dejarse de lado una serie de medidas terapéuticas de orden médico: a) el tratamiento de los trastornos mecánicos de la marcha (el pie plano transversal o convexo que adquiere importancia en cuanto al componente doloroso), b) el tratamiento postural del edema, que consiste en descansar varias veces al día

con las piernas elevadas, evitar la estación prolongada en posición de pie, la deambulacion con vendaje elástico, evitar las posiciones viciosas que pueden perturbar el drenaje venoso etc.

No es nuestro propósito ocuparnos de la terapéutica de la trombosis venosa en su periodo agudo, pero aún así debemos destacar la importancia que tiene en el sentido profiláctico. Si es precoz y adecuado, retarda, dado que es casi imposible que impida, la aparición del síndrome postrombótico. Bauer ha señalado al respecto la trascendencia del factor tiempo en cuanto a la aparición de las secuelas.

Cabría añadir por último para completar el esquema terapéutico las medidas de orden cosmético en lo que atañe al mantenimiento de las lesiones tróficas, especialmente de las úlceras varicosas, que en casos avanzados necesitan del aporte de ciertos recursos de la cirugía plástica (injertos).

BIBLIOGRAFIA

1. Bauer G.: *The etiology of the leg ulcers and their treatment by resection of the popliteal vein*. Journ. Intern. of Chir., 8: 937, 1948.
2. Bauer G.: *Rationale and results of popliteal vein division*. Angiology, 6: 169, 1955.
3. Cigorraga J. R., Iparraguirre J. G., Braga O. y Apaga M. R.: *El tratamiento quirúrgico de la insuficiencia de las venas comunicantes. Técnica de la sección subaponeurótica*. Bol. y Trab. Soc. Argent. Cirujanos, 19: 281, 1958.
4. Cottini G., Siano Quirós R. y Pesce E.: *Vía de elección para la ligadura y resección de la vena poplítea*. XVIII Jornadas Quirúrgicas, Soc. Argent. Cirujanos, Paraná, 2: 319, 1960.
5. De Takats G.: *Síndrome postflebitico*. Medic. Panamer. 10: 285, 1958.
6. De Takats G.: *Vascular Surgery*. W. B. Saunders & Co., Ed., Filadelfia, 1959.
7. Ferrando H. A. y Diez E. D.: *Resección precoz de la vena poplítea como profilaxis de las secuelas postrombóticas*. Bol. y Trab. Soc. Argent. Ciruj., 40: 15, 1956.
8. Gil Mariño A., Lacour R., Paolini A. W. y Ororbía J.: *Valoración comparativa entre el estudio clínico, la flebografía y la flebomanometría en las flebopatías de los miembros*. XXI Jornadas Quirúrgicas, Soc. Argent. Cirujanos, Corrientes 1963. En prensa.
9. Hurtado Hoyo E., Lacour R. y Wacholder V.: *El factor simpático en la trombosis venosa aguda*. Prensa Méd. Argent., 50: 2316, 1963.
10. Linton R.: *The postrombotic ulcerations of the lower extremities. Its etiology and surgical treatment*. Ann. Surg., 138: 415, 1953.
11. Paolini A. W.: *Registro de la presión venosa ambulatoria de los miembros inferiores. Técnica empleada e interpretación de resultados*. Bol. y Trab. Soc. Argent. Cirujanos, 280: 11, 1962.
12. Piulachs P.: *Úlceras de las extremidades de origen vascular*. Salvat Ed., Barcelona, 1950.
13. Siano Quirós R., Barrantes N. E., Longhi E., y Paolini A. W.: *Valvuloplastia venosa extraluminal*. Bol. y Trab. Soc. Argent. Cirujanos, 18: 517, 1962.