

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS VARICES ESENCIALES

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

POR

HECTOR AUGUSTO LONE GIRON

EXINTERNO DEL HOSPITAL GENERAL EN LOS SERVICIOS SIGUIENTES:
1o. CIRUGIA DE HOMBRES; 4o. MEDICINA DE MUJERES; UROLOGIA;
CIRUGIA DE NIÑAS; OTORRINOLARINGOLOGIA DE MUJERES; 4o. CIRUGIA
DE MUJERES; INTERNO RESIDENTE DE EMERGENCIA; EXINTERNO DEL
HOSPITAL DE LA GUARDIA CIVIL; PRACTICANTE DE LA TIPOGRAFIA
NACIONAL; PRACTICANTE DE LA PENITENCIARIA CENTRAL

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE
MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, C. A.—1953

UN POCO DE HISTORIA

A través de los escritos del llamado *Corpus Hippocraticum* se traduce los trabajos y experiencias de la escuela que fundara Hipócrates, son conocidos los primeros intentos quirúrgicos en el tratamiento de las várices. En dichos escritos se refiere que las venas tensas, dolorosas e inflamadas se tratan practicándoles incisiones en el mayor número de sitios posible; el traumatismo en estos distintos sitios de la vena ocasionado por las punciones, debía lesionar suficientemente la íntima a efecto de originar una trombosis. Se presumía que también la infección jugaba papel de importancia en la formación del coágulo.

Unos años más tarde, entre el año 115 y el 86 antes de J.C., Plucio describe en su obra *Vidas paralelas* una intervención quirúrgica por várices, pero no puso el nombre del cirujano que la llevó a cabo.

Celso, que murió en el siglo I de nuestra era, intervenía quirúrgicamente las várices haciendo venectomías mediante incisiones de la piel sobre las venas varicosas, que después de seccionarlas tocaba según parece los cabos con un cauterio o tirando de ellos, extraía tanta vena como le era posible; la hemorragia la controlaba con un vendaje compresivo.

Galeno, médico de Marco Aurelio y su hijo, también se ocupó operatoriamente en el tratamiento de las várices, pues practicando incisiones sobre la piel, las arrancaba del lugar y extendía en la pared inferior donde asentaban. No dejó ninguna información detallada de su técnica.

Oribasios, médico del emperador Juliano, aconsejó descubrir y aislar la vena en algunos puntos de su trayecto, ligarla y resecarla, además de extraer los segmentos intermedios.

Aecio fue el primero que puso en práctica la ligadura de la vena para tratar las várices, extirpando a continuación las

venas dilatadas. Después de estas maniobras colocaba al paciente un vendaje compresivo y le mantenía la pierna más alta que la cabeza.

Pablo de Egina, otro cirujano que se ocupó del tratamiento de las várices, colocaba en el muslo del paciente en su tercio superior inmediatamente por debajo del cayado de la safena un torniquete y poniéndolo a andar con el propósito de que la vena hiciera relieve, la marcaba sobre la piel con tinta de escribir. Seguidamente ponía al paciente sobre la mesa de operaciones en decúbito dorsal, practicando la ligadura de la safena interna en el tercio medio del muslo; nuevamente colocaba el torniquete por encima de la rodilla y en los puntos de la pierna donde las venas varicosas se hacían más dilatadas, efectuaba pequeñas incisiones de la piel con el fin de extirparlas y ligarlas. Esta técnica puede considerarse prácticamente como la precursora de la clásica de Trendelenburg y es posible que con ella Pablo de Egina tuviera algunos resultados satisfactorios.

Avicena, llamado el príncipe de los médicos, operaba las várices en la forma acostumbrada por Galeno; era partidario de las incisiones amplias, pero por el absoluto desconocimiento de asepsia prevaleciente en aquellos tiempos, tuvo resultados desalentadores.

Albucasis, en el siglo II, describe la técnica de las ligaduras múltiples y del arrancamiento de la vena, que nueve siglos más tarde describiera Mayo.

Guido Lanfranchi de Italia, en plena edad media describió su técnica operatoria en el tratamiento de las várices, que casi no difiere de la que describió Oribasios.

Ambrosio Paré, cirujano de príncipes y príncipe de cirujanos, comentó la técnica de Avicena y recordó a Pablo de Egina, cuando intervenía las várices en la parte superior de la pierna, que es donde se encuentran en su mayor parte.

Fabricio D'Acquapendente, en 1574, siendo profesor de Anatomía de la Universidad de Venecia, descubrió y describió las válvulas venosas en su libro *De Venarum Ostioliis*, dando con esto el primer paso respecto a la etiopatogénesis de las várices.

Fabricio de Hilden, cirujano de Colonia en 1589, dio a conocer la inversión de la corriente sanguínea venosa en los varicosos, pasando de la posición de decúbito a la posición de pie. Practicaba doble ligadura de la safena con extirpación del segmento intermedio.

Marco Aurelio Severinus, a mediados del siglo XVII, habló por primera vez del tratamiento de las úlceras varicosas, interviniendo las dilataciones venosas que las rodean.

Pierri Diones, en el mismo siglo de Marco Aurelio, hace alusión a válvulas venosas que ayudan en su ascensión a la sangre. Quirúrgicamente las trataba haciendo incisiones a lo largo de la vena safena interna y usaba el cauterio a la manera de Celso y Galeno.

Juan Luis Petit, en el siglo XVII, además de ocuparse extensamente de la etiología de las venas varicosas, era partidario de la escisión radical y la llevó a cabo repetidas veces.

Everard Home, a fines del siglo XVIII, dio gran importancia a la ligadura de la safena interna por encima de la rodilla, para el tratamiento de la úlcera varicosa.

Tomás Rima habló también de la corriente sanguínea en sentido inverso dentro de las venas en los varicosos. Destacó la técnica de exploración que años más tarde diera a conocer Trendelenburg y propuso la ligadura de la safena interna en el muslo para el tratamiento de las várices, operación que ya habían practicado Aecio y Pablo de Egina.

Sir Benjamín Brodie, contemporáneo de Rima, en 1846, exploraba las várices a la manera de éste, por lo que es justo que el nombre de Trendelenburg que lleva actualmente la prueba en el diagnóstico de las várices, sea transformado por el de Rima-Brodie-Trendelenburg. No era partidario del tratamiento quirúrgico de las várices por las complicaciones infecciosas acaecidas en el postoperatorio y hacía tratamiento conservador de la úlcera varicosa. Conoció de las recidivas varicosas de que años más tarde supieran los cirujanos que siguieron a Trendelenburg en su técnica.

Y así en esa forma, más o menos, se fueron sucediendo las ideas para el tratamiento de las várices hasta que llegamos a las de Madelung, que en 1884 dio a conocer su técnica quirúrgica y que describo detalladamente en el presente trabajo.

LOCALIZACIÓN CLÍNICA DE COMUNICANTES INSUFICIENTES EN EL DIAGNÓSTICO DE VÁRICES ESENCIALES

Si nos encontramos realmente frente a un enfermo afecto de várices esenciales, debemos proceder a investigar si existen comunicantes insuficientes que coadyuven en su presencia, juntamente con su localización.

Una vez admitido que la hipertensión venosa ortostática es transmitida a las venas superficiales, por una o varias comunicantes insuficientes por incompetencia o ausencia valvular, nos valem de los siguientes métodos para investigarlas e indicar así una terapéutica correcta, pero no sin antes advertir que existen cuatro grupos de comunicantes que pueden, al transformarse en incompetentes, dar lugar a la aparición de várices.

Primer grupo: Cayado de la safena interna.

Segundo grupo: Cayado de la safena externa.

Tercer grupo: Venas perforantes de muslo y pierna.

Cuarto grupo: Ramas extrapélvicas de la vena hipogástrica.

Además debemos hacer constar que no solamente puede existir insuficiencia única de cada uno de estos grupos por separado, sino también una combinación de dos o más, en cuyo caso debemos llamar a las várices mixtas.

PRUEBA DE TRENDELEBURG CON VARIANTES DESCRITA POR BERSTEN

Para realizarla acostamos al enfermo en decúbito supino sobre la mesa, le elevamos la extremidad hasta ponerla en dirección perpendicular con objeto de vaciar las venas varicosas, valiéndonos muchas veces para conseguir dicho fin, de suaves expresiones manuales; colocando en esta forma un torniquete inmediatamente por debajo del cayado de la safena interna y poniendo a andar al paciente, pueden ocurrir las cuatro contingencias siguientes:

Primero: Que las várices persistan a pesar de la compresión de la raíz del miembro. En este caso la sangre proviene de las anastomosis con las venas profundas situadas por debajo del cayado de la safena interna. El Trendelenburg es negativo.

Segundo: Que las várices permanezcan vacías; pero si la compresión se suprime, se llenan rápidamente por la masa sanguínea que llega de arriba abajo. De ahí se deduce que las válvulas del cayado de la safena interna son insuficientes. El Trendelenburg es positivo.

Tercero: Que las várices se llenen rápidamente a pesar de la compresión, lo que sucede gracias a las anastomosis con las venas profundas; pero si la compresión se suprime se llenan to-

avía más desde arriba, lo que ocurre porque la sangre llega a las venas superficiales por comunicantes situadas por debajo del cayado y por el propio cayado. El Trendelenburg es doble.

Cuarto: Que las várices se llenen independientemente de la compresión en el espacio de medio a un minuto, por una onda sanguínea que viene de abajo y asciende de un modo regular. La sangre proviene evidentemente de la periferia siguiendo su curso normal. El Trendelenburg es nulo.

Objeciones

Esta prueba en la forma descrita por Bersten, solamente sirve para diagnosticar si las várices dependen únicamente de la insuficiencia del cayado de la safena interna o son responsables de ellas otras comunicantes situadas por debajo y en el trayecto de dicha vena, pero no sirve para la localización de dichas comunicantes. Por otro lado es prácticamente inaplicable, a la altura del cayado de la safena externa, cuando se sospecha que las várices dependen también por insuficiencia de él, por la sencilla razón de que el torniquete no sólo abarca dicho cayado, sino también el tronco de la safena interna o alguna otra comunicante, y considerando que la circulación venosa retrógrada muy bien puede provenir de cualquiera de estos sistemas, la prueba puede inducirnos a un error diagnóstico que hay que evitar, porque nada ganaríamos con la ligadura del cayado de la safena externa si las várices siempre siguen su curso. Para evitar un diagnóstico erróneo de esta naturaleza es preferible emplear mejor la prueba de Schwartz que describiremos más adelante, para localizar el cayado de la safena externa y una vez localizado comprimirlo a efecto de apreciar si las várices realmente dependen de insuficiencia pura de él.

PRUEBA DE PERTHES

Para realizarla ponemos al paciente de pie, le colocamos un torniquete al nivel del cayado de la safena interna y lo invitamos a caminar o practicar flexiones enérgicas de la pierna. Gracias a estas maniobras las venas van colapsándose cuando no existen comunicantes insuficientes por debajo del cayado, por la derivación de la sangre del sistema venoso superficial al profundo,

hasta llegar así en esta forma al colapso completo; pero si soltamos el torniquete observamos que las várices se llenan de nuevo en sentido retrógrado, demostrándose así que las várices se originan por insuficiencia pura del cayado de la safena interna.

Objeciones

Las objeciones hechas a la prueba de Trendelenburg modificada y descrita por Bersten, muy bien pueden ser aplicadas a esta otra.

SIGNO O PRUEBA DE SCHWARTZ

Esta prueba consiste prácticamente en sentir los golpes en un lugar de la vena, producidos por percusiones en otro distinto, a distancia y en el mismo trayecto de la vena, valiéndonos de la sensación táctil de nuestros dedos. Estas sensaciones pueden apreciarse tanto en los dedos colocados en la parte proximal de la vena, como en la distal de los de la otra mano y nos hablan de la insuficiencia valvular.

Objeciones

Esta prueba diagnóstica adolece de la desventaja de que en los enfermos obesos no resulta con la fidelidad deseada, pero muy bien puede ser de utilidad aplicándola a distintas alturas, para señalar el punto donde queremos practicar una liberación y ligadura venosa.

PRUEBA DE OCHSNER Y MAHORNER

En el primer Servicio de Cirugía de Mujeres del Hospital General de Guatemala, se lleva a la práctica por su cuerpo de cirujanos y practicantes en la siguiente forma:

Sentado el cirujano en una silla observa a su enfermo con las piernas y muslos al desnudo, para ver el grado de dilatación de sus paquetes varicosos; seguidamente le invita a dar unas cinco vueltas alrededor del departamento clínico y fijándose como siempre en las várices, deduce sus grados de dilatación en la siguiente forma:

Primero: Andando el paciente sin el torniquete;

Segundo: Andando con torniquete aplicado en el tercio superior del muslo, inmediatamente por debajo del cayado de la safena interna;

Tercero: Con el torniquete en el tercio medio;

Cuarto: Con el torniquete aplicado en el tercio inferior de esta misma región; y

Quinto: Con el torniquete en el tercio superior de la pierna. De esto se deduce que si el máximo colapso venoso se observa cuando el enfermo lleva el torniquete en el tercio superior del muslo, es señal que el origen de las venas varicosas depende de una insuficiencia pura del cayado de la safena interna; pero si se obtiene estando el torniquete aplicado en el tercio medio y no en el superior del muslo, es que no sólo el cayado es el único responsable de los paquetes varicosos, sino también una o varias comunicantes situadas por debajo de él y así sucesivamente se sigue hasta la observación en el tercio superior de la pierna, para investigar en altura las comunicantes que puedan existir.

Ochsner y Mahorner dicen que de esta manera se sabe:

Primero: Si las válvulas de la safena interna son o no suficientes;

Segundo: Si las válvulas de las comunicantes son o no suficientes; y

Tercero: Si las venas profundas son o no permeables.

VENOGRAFÍA

El estudio de las venas varicosas podemos llevarlo más allá todavía de lo que las pruebas clínicas enunciadas anteriormente puedan darnos, pues en ocasiones se hace necesario visualizar las anomalías que puedan existir en las conexiones del sistema superficial con el profundo, es decir, venas comunicantes patológicas que estando incompetentes sean también responsables directas de la presencia de los paquetes varicosos superficiales, por reflujo del sistema venoso profundo al superficial; y aun más, sean las responsables de la alimentación de una úlcera varicosa al decir de la experiencia de Linton. Esta visualización la conseguimos mediante la radiografía venosa por inyección de sustancias opacas a los rayos X en las venas y debe llevarse a

la práctica únicamente en los enfermos en que las pruebas clínicas pongan en tela de duda el diagnóstico o que se les sospeche anomalías en el sistema venoso profundo, como decir insuficiencias valvulares o trombosis y en los enfermos varicosos muy obesos.

Se tiene entendido que con todas las sustancias opacas a los rayos X se obtienen buenas imágenes venográficas, pero se hace necesario advertir que en todas ellas, menos la llamada Nosylan, las inyecciones se hacen dolorosas. Esto ha impulsado a emplearla con más frecuencia últimamente, porque es sabido que cuando las inyecciones producen dolor, sea del tipo que fueren y principalmente fuerte, ocasionan corrientemente síncope que indudablemente no se registrarían con el Nosylan, que además tiene la otra ventaja de mantener durante la inyección los miembros inmóviles, esto por la misma razón de que no produce dolor durante ella.

De acuerdo con los resultados que nos den los exámenes clínicos, se escogerá así el método para toma venográfica de elección en cada caso, pero hay que advertir que algunas veces se ha hecho imprescindible proceder a nuevas radiografías por método distinto para concluir.

MÉTODOS PARA TOMAS DE PLACAS VENOGRÁFICAS

Con un torniquete puesto en el cuello del pie para impedir que las venas superficiales de la pierna se llenen con la sustancia opaca, se acuesta al enfermo en la mesa de rayos X; ya estando en la mesa el enfermo, se procede a darle una inclinación de 60 a 70 grados en Trendelenburg invertido, procurando que el pie forme ángulo recto con el plano de ella, con objeto de dejar libres los espacios interóseos. Acto seguido se inyectan de veinte a treinta centímetros cúbicos del medio de contraste en una vena subcutánea del pie y de preferencia en la superficial del lado interno del dedo grueso por ser más constante y fija; para la inyección se escoge una aguja delgada número veintitrés o veinticuatro y de bisel corto. Se hace constar que es conveniente que la ligadura salga en la placa, para ver si la sustancia opaca por su nivel no ha atravesado las venas superficiales hacia la pierna. Después de estas maniobras efectuamos la primera radio-

grafía inmediatamente de terminada la inyección, después otra y se precipitarse para el cambio de placas, pues es necesario ocurrir solamente el tiempo que dicho acto requiere.

Si estando ya las placas listas y al leerlas observamos que las venas superficiales se han llenado con el medio de contraste, es señal de que algunas venas comunicantes son insuficientes, las que pueden verse en la radiografía, pues de lo contrario no ocurriría tal cosa. Con este método hay que centrar el rayo en la rodilla.

Otro método

Con el método anterior no se puede obtener en una forma deseable una radiografía de la vena femoral, por la sencilla razón de que el medio de contraste llegaría a ella muy diluido. Para una toma de tal naturaleza y poder apreciar mejor sus anomalías, se hace preferible acostar al enfermo en la mesa de rayos X en decúbito prono e inyectar la sustancia opaca en la vena poplítea.

Con los métodos anteriores las radiografías de las venas se toman siguiendo el medio de contraste el curso normal de la corriente sanguínea; con el método que se describe a continuación la sustancia opaca sigue dirección contraria.

Descripción

Se acuesta al enfermo en la mesa de rayos X con una inclinación de 45 grados en decúbito dorsal y con la cabeza más alta que los pies; ya en esa posición se procede con el índice izquierdo a localizar el pulso de la arteria femoral a nivel del pliegue inguinal. Seguidamente se punciona por dentro de dicho dedo con una aguja número 20 adaptada a una jeringa de cinco centímetros cúbicos con suero salino, con el propósito de encontrar la vena. A continuación y sosteniendo la aguja con una pinza de forcipresión a nivel de la piel, efectuamos el cambio de jeringa por la que contiene la sustancia opaca; acto seguido se procede

a la inyección de veinte centímetros cúbicos de ella y faltando dos centímetros para terminarla, se efectúa la toma del primer venograma, ordenando al enfermo pujar y contener la respiración. Luego de esta radiografía, a los tres minutos se procede a la toma de la segunda, en la cual ya no debe existir ningún resto del medio de contraste. Cuando las válvulas son patológicas permiten un mayor reflujo y la estasis es muy marcada.

ALGUNAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS PARA EL TRATAMIENTO DE VARICES ESENCIALES SIGUIENDO EL CURSO DE LA HISTORIA

SAFENECTOMÍA TOTAL A CIELO ABIERTO

TÉCNICA DE RICORD, TERRIER Y ALGLAVE, Y MADELUNG Y DESCRITA POR CHRISTMAN

1º—El día anterior a la operación se marca sobre la piel con nitrato de plata el trayecto de la vena safena interna para orientar la incisión.

2º—Anestesia local, general o raquídea.

3º—Se practica la incisión en dos tiempos: Primero: incisión de la piel sobre el trayecto de la vena en su porción femoral. Segundo: en su porción tibial. La incisión femoral se inicia por debajo del pliegue inguinal y se termina a nivel de la rodilla; previa ligadura y sección del cayado de la safena interna, se aísla la vena procurando no herirla y disecando y seccionando las colaterales entre ligaduras. Después de efectuada la liberación completa de la vena se extirpa y se sutura la piel. Seguidamente se procede a la incisión tibial, liberando, disecando y seccionando las colaterales entre ligaduras en la misma forma como se hizo en su porción femoral.

4º—Se hace hemostasia cuidadosamente y se sutura el tejido celular y la piel.

Objeciones

Una intervención de tal naturaleza necesita de un prolongado reposo en cama, expone a graves infecciones postoperatorias, hay dificultad en la cicatrización de la herida y con espe-

cialidad a nivel de la pierna donde la circulación es escasa, golpea la moral del enfermo por lo antiestético de la cicatriz y es responsable de algún número de muertes por embolismo, no obstante poder ocurrir esto con cualquier tipo de intervención unido a otras complicaciones por el prolongado reposo en cama.

El fracaso de esta intervención se debe a que no se toma en cuenta el papel que juega un cayado de safena incompetente con sus colaterales, elementos éstos que constituyen el punto de partida en la recidiva varicosa.

Protzel e Icochea elevan el porcentaje de recidivas a un 80% a pesar de su pretendida radicalidad.

VENECTOMÍAS POR MANIOBRAS SUBCUTÁNEAS

TÉCNICA DE KELLER

1º—Liberación de la vena a través de una pequeña incisión.

2º—Ligadura y sección de la vena por debajo de ella.

3º—Introducción de un alambre en la luz de la vena por su cabo distal.

4º—Si el alambre choca en algún lugar de su recorrido se practica a ese nivel otra incisión, se libera la vena, se secciona y se saca por ella el alambre.

5º—Volviendo a la incisión superior se practica una ligadura de la vena sobre el alambre, del que tirando por su extremo inferior, se consigue en esa forma la extirpación del fragmento venoso en esa maniobra subcutánea por invaginación. Así sucesivamente se sigue la intervención en sentido distal.

TÉCNICA DE MAYO

Para practicarla nos valemos de su instrumento especial llamado enucleador que consiste en un vástago metálico con un mango en un extremo y un aro en el otro.

1º—Incisión de la piel cerca de la desembocadura de la vena.

2º—Liberación y sección de ella entre dos ligaduras.

3º—Introducción del cabo distal por la luz del aro del enucleador.

4º—Sosteniendo dicho cabo con unas pinzas por los hilos que sirvieron en su ligadura, empujamos por su mango el enucleador en el trayecto de la vena en un recorrido de 10 ó 15 centímetros.

5º—Después de este recorrido practicamos otra incisión a nivel del aro que se siente por el tacto, se libera la vena, se liga y se secciona entre el aro y la ligadura.

6º—En esa forma liberamos el fragmento venoso tirando de los hilos que dejamos en la incisión superior. Y así sucesivamente seguimos la intervención hasta la región maleolar.

TÉCNICA DE BABCOCK

En esta técnica nos valemos también de su instrumento especial, que consiste en un alambre de cobre de cerca de un metro de longitud, terminado en un extremo por una dilatación esférica de un centímetro de espesor y en el otro por una dilatación menor.

1º—Anestesia general o raquídea.

2º—Incisión de la piel por debajo del pliegue inguinal con objeto de liberar la vena safena interna.

3º—Se introduce el alambre por su dilatación menor en la luz de la vena a través del cabo distal.

4º—Si no es posible llevar dicho alambre hasta la región supramaleolar porque choque en algún lugar de su recorrido, practicamos otra incisión a nivel de la dilatación menor que se siente por el tacto; liberamos y seccionamos la vena y sacamos por ella dicho alambre.

5º—Volviendo a la incisión superior ligamos la vena sobre el alambre y tirando fuertemente por el extremo inferior de él, extirpamos la vena subcutáneamente por invaginación.

6º—Continuamos en esta forma hasta lograr extirparla en su totalidad o en su mayor parte hasta la región supramaleolar.

TÉCNICA DE BULL Y HIAT

Poco se diferencia de las anteriores, ya que el procedimiento se lleva a cabo con el enucleador de Mayo, pero sí tiene la ventaja sobre ellas de que se liga y secciona el cayado de la safena interna

y se ligan y seccionan las colaterales del cayado. Estos autores usan anestesia local en la intervención, que también es otra ventaja.

TÉCNICA DE COLE Y HOLDEN

Tiene mucho parecido con la de Babcock, solamente que estos autores usan un alambre de material plástico y perforado en uno de sus extremos para fijar el cabo distal de la vena por transfixión.

Por no ser rígido, dicen que el alambre hecho en esta forma sigue fácilmente el trayecto de la vena y lesiona mínimamente su pared.

TÉCNICA DE GRIMSON, HODGE Y SCHIEBEL

Se diferencia de la de Bull y Hiat, en que ellos cuando las várices son tortuosas y por lo tanto inabordables con el instrumento de Mayo, incinden la piel por encima de ellas y después de cuidadosamente liberadas las extirpan o cuando son de menor importancia, las atacan por un procedimiento parecido a la disección de Klapp.

Después de la intervención se coloca al enfermo un vendaje elástico y se le pone a andar a las veinticuatro horas.

Objeciones a las venectomías por arrancamiento subcutáneo

Estos tipos de intervención son susceptibles de ocasionar frecuentes recidivas, pues Robertson entre sus nueve operados las encuentra nueve veces y Sherman dice que no constituyen ninguna solución del problema en el tratamiento de las várices, ya que persisten las comunicantes que unen el sistema superficial al profundo, capaces si están insuficientes, como algunas veces, de reproducir la infección inicial.

Por el obligado reposo en cama en el inmediato postoperatorio, consecuencia de la anestesia general o raquídea, la intervención se ve agravada con trombosis y embolias, complicaciones éstas que también pueden ocurrir con cualquier otro tipo de intervención unido a otras. Bull y Hiat, de 562 operados la-

mentan una muerte, pero sus resultados han sido mejores al prescindir de la anestesia general o raquídea y ligar y seccionar el cayado de la vena safena interna con sus colaterales. Con una operación correcta obtienen un 89% de buenos resultados.

El arrancamiento subcutáneo se admite en la actualidad cuando las venas varicosas dependen del trayecto de la safena interna a lo largo del muslo, pero no a lo largo de la pierna en que las várices no dependen tantas veces de la insuficiencia de dicha vena, sino también de la insuficiencia de las comunicantes que forzosamente hay que ligar y de ser posible por debajo de la aponeurosis muscular para no observar recidivas.

TÉCNICA DE TRENDELENBURG

Es propuesta por dicho cirujano alemán en 1891.

Prácticamente esta intervención consiste en liberar la vena safena interna y ligarla en el tercio medio del muslo.

Modificada por otros cirujanos, en la actualidad lo que en realidad se hace es ligarla y seccionarla al nivel del cayado a ras de su desembocadura en la femoral, juntamente con sus colaterales.

TÉCNICA DE MORESCHI

Esta intervención consiste en practicar dos incisiones circulares, una por encima y otra por debajo de la ulceración varicosa, que abarquen piel, tejido celular y aponeurosis muscular. Estas heridas se deja que cicatricen por segunda intención.

TÉCNICA DE RINDFLEISCH Y FRIEDEL

Consiste en practicar una incisión de forma espiral desde la rodilla hasta la región maleolar y dejar que cicatrice por segunda intención. Cada vuelta de espira está separada de la próxima por una distancia de diez centímetros.

TÉCNICA DE SCHEDE-PETERSON

En la zona sede de las dilataciones varicosas, se practica una incisión circular o semicircular y sin mayor profundidad y se deja también que cicatrice por segunda intención.

*Objeciones a las técnicas de Moreschi,
Rindfleisch y Friedel y Schede-Peterson*

Los enfermos tratados con ellas necesitan de un prolongado reposo en cama, están expuestos a graves infecciones postoperatorias y a trombosis y embolias como en cualquier otra intervención, y quedan con la moral golpeada por lo completamente antiestético de la cicatriz. Estas técnicas ofrecen un absoluto desconocimiento del papel que juegan las comunicantes en la afección varicosa.

**TÉCNICA DE DELBET: ANASTOMOSIS
SAFENO-FEMORAL**

1º—Se libera la vena cerca de su desembocadura en la femoral con parte de ella, con objeto de ligar y seccionar alguna colateral anormal.

2º—Se liberan, ligan y seccionan a lo largo de la incisión las colaterales de la safena.

3º—Colocando dos pinzas elásticas a una distancia de ocho centímetros del abocamiento de la safena, una en ésta y otra en la femoral para interrumpir la circulación de retorno, procedemos a ligar y seccionar la vena a ras de su desembocadura y anastomosarla a la cara anterior de la femoral por debajo de la desembocadura de la femoral profunda.

4º—Hemostasia cuidadosa y cierre de la herida.

Objeciones.

Delbet ahondando sus ideas en el tratamiento de las várices, basó su método en la noción de que las várices dependían de la insuficiencia valvular en la vena safena interna. Esta razón fue la que lo impulsó a aconsejarla, abocando dicha vena por debajo de la primera válvula en la femoral e impedir en esta forma el reflujo sanguíneo en la posición de pie.

La técnica, si teóricamente es genial para el tratamiento de las venas varicosas, es harto difícil llevarla a la práctica, porque si una anastomosis veno-venosa es complicada estando sus paredes normales, mucho más lo será estando alteradas por el mismo proceso varicoso.

Se hace constar que siempre la técnica no resuelve las várices alimentadas por comunicantes insuficientes en el trayecto de la extremidad, lo mismo que es susceptible de trombosis a nivel de la sutura veno-venosa. Por las razones antes expuestas, esta técnica ya no encuentra eco en la cirugía varicosa.

TÉCNICA DE SECCA

Prácticamente consiste en aislar la vena safena interna desde la región inguinal hasta la rodilla, incidir la aponeurosis muscular y colocarla entre ésta y el músculo aductor o el sartorio en una especie de conducto.

TÉCNICA DE KATZENSTEIN

Es similar a la anterior, solamente que en ella se coloca la vena dentro del músculo.

Objeciones a las técnicas anteriores

Estos autores en sus geniales ideas, trataban de oponer al reflujo sanguíneo venoso la contracción muscular, pero no pensaron que estando las válvulas insuficientes, lo que conseguían era que dicho reflujo se llevara a cabo.

ALGUNAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS USADAS ACTUALMENTE PARA EL TRATAMIENTO DE VARICES ESENCIALES

TÉCNICA DE PARONA

Olvidada por mucho tiempo, es puesta en práctica por Bauer en la actualidad.

1º—Incisión longitudinal de la piel en el hueco poplíteo de cuatro a cinco centímetros.

2º—Incisión de la aponeurosis en la misma dirección.

3º—Liberación de la vena poplíteo y sus colaterales.

4º—Sección de las colaterales entre ligaduras.

5º—Ligadura de la vena en los ángulos de la herida con extirpación del segmento intermedio.

6º—Cierre de la aponeurosis, del tejido celular y piel.

7º—Aplicación de un vendaje de cola de cinc que alcance desde los dedos hasta la tuberosidad tibial.

La intervención debe ir precedida de una flebografía retrógrada de la femoral, que nos dirá si existe o no la insuficiencia profunda. Se hace constar que si la insuficiencia es sumamente acusada el vaso aparece muy alterado, lo mismo que con sus colaterales dilatadas que es preciso seccionar entre ligaduras previamente, para así liberar más fácilmente la vena de sus adherencias.

Objeciones

Los estudios de Bauer son hechos sobre la insuficiencia venosa profunda y basándose en el hecho de que los fenómenos acarreados por el estasis venoso tales como el edema crónico y

las alteraciones de la piel no se observan jamás en el muslo; propone la intervención para detener a ese nivel el reflujo sanguíneo consecutivo al déficit valvular.

Los resultados son altamente satisfactorios, aunque los beneficios se obtienen a veces hasta al cabo de varias semanas. La inmediata desaparición del dolor y definitivamente, es un hecho que es preciso destacar después de la operación aunque el edema tarde a veces meses en desaparecer.

CONDENSACIÓN DE LA TÉCNICA DE GARBER

1º—Resección alta del cayado de la safena interna.

2º—Sección entre ligaduras del trayecto de dicha vena y grandes tributarias a intervalos de dos y medio centímetros en el muslo y de dos centímetros en la pantorrilla desde el tercio medio del muslo hasta el tobillo, nunca esclerosis.

3º—Desconexión de la safena externa de la poplítea y subdivisión de ésta siguiendo la técnica antedicha.

Este autor, en 550 operados, solamente observa once recidivas y lamenta una muerte por ileo paralítico y otra por embolia pulmonar.

Objeciones

La técnica necesita de un largo tiempo para practicarse, golpea también la moral del enfermo por lo antiestético de tanta cicatriz operatoria y es responsable de infecciones por la práctica de tantas heridas.

TÉCNICA DE LINTON

1º—Dedicación a la cura de la úlcera varicosa si existe, ya sea con el tratamiento conservador o con la aplicación de injertos.

2º—Ligadura con resección alta del cayado de la safena interna y colaterales, combinando esta maniobra con ligadura baja o esclerosis distal.

3º—Se observa ambulatoriamente al enfermo durante seis semanas, haciéndolo que lleve un vendaje elástico.

4º—Después de las seis semanas se procede a la ligadura de las comunicantes. Para esto se practica una incisión de la piel en la pierna, en el lugar donde éstas asientan.

5º—Esta incisión y en la misma dirección, debe alcanzar también la fascia profunda.

6º—Diseción de piel y fascia profunda en forma de colgajo.

7º—Se ligan todas las comunicantes situadas por debajo de estas estructuras y se seccionan.

8º—Cierre de fascia profunda, tejido celular y piel.

9º—Colocada una curación en la herida operatoria, se inmoviliza la extremidad por diez días con una férula.

Las comunicantes insuficientes en mayor número y de mayor calibre se encuentran, de existir, en el lugar donde asentaba la antigua úlcera.

Comentario

Esta fase de la técnica de Linton, si parece resolver el problema de las comunicantes insuficientes en el tratamiento de las várices y es parecida al procedimiento de Martorell cuando trata las comunicantes incompetentes.

TÉCNICA DE MAIRANO

1º—Con el enfermo de pie, se hace una escarificación con una aguja de inyecciones en el punto donde se practicará la primera incisión, que es a nivel de la rodilla.

2º—Ya en la mesa de operaciones se practica la incisión antedicha, se libera la vena y se pasa por debajo de ella un hilo de catgut.

3º—Se levanta la extremidad del paciente a efecto de colocarla en un plano perpendicular a la mesa con el objeto de vaciar las dilataciones varicosas, valiéndonos algunas veces de suaves expresiones manuales para conseguir tal fin.

4º—Con las várices así vaciadas, se procede a la ligadura de la vena con el catgut que dejamos por debajo de ella.

5º—Colocando nuevamente la extremidad en el plano horizontal de la mesa, tiramos de la vena por los hilos de la ligadura e introducimos en ella en el sentido periférico una aguja a la que adaptaremos la jeringa que contiene la substancia esclerosante.

6º—Se inyecta la substancia esclerosante que consiste en solución de salicilato de sodio al 30% en una cantidad de diez a quince centímetros cúbicos; y cuando las várices son muy dilatadas y extensas, de treinta centímetros cúbicos.

7º—Se secciona la vena por encima de la ligadura y se introducen por el cabo proximal las sondas de Babcock hasta la unión safeno-femoral.

8º—Se practica otra incisión a nivel del cayado, para liberarlo, ligarlo y seccionarlo juntamente con sus colaterales.

9º—Ligando el cabo distal a la sonda y haciendo tracción por el extremo inferior de ella, efectuamos así subcutáneamente el arrancamiento de la vena en su porción femoral.

10.—Hemostasia cuidadosa y sutura de la piel en las dos incisiones.

11.—Aplicación de un vendaje compresivo a la extremidad.

12.—Trasladar al enfermo a su cama aconsejándole movimientos activos de su extremidad, pero no se levanta hasta el tercer día.

Objeciones

Mairano, considerando su método muy superior a la safenectomía total, afirma que:

1º—La gravedad del acto quirúrgico es nula y puede ser llevado a cabo en todos los enfermos.

2º—La radicalidad de la intervención es superior a la de la safenectomía total.

3º—La intervención puede efectuarse en forma completa, aun en los casos con complicaciones ulcerosas y eczematosas en evolución.

4º—El resultado estético es óptimo.

Por todo lo dicho puede considerarse que las indicaciones del método son muy amplias, mientras que las contraindicaciones son despreciables.

TÉCNICA DE VÍCTOR SALERAS Y RAMÓN BRULL

1º—Se marcan previamente con una substancia colorante los puntos donde deben practicarse las incisiones de la piel en el trayecto de la vena safena interna, que en este caso son el tercio medio del muslo y a nivel del cóndilo femoral.

2º—Aparte de esto se hace la primera incisión paralelamente al pliegue inguinal, con el objeto de liberar la vena hasta su des-

embocadura en la femoral y parte de ésta para ver si en ella no asientan colaterales anormales, pues de ser así se ligan y seccionan.

3º—Para la liberación de la vena hasta su desembocadura en la femoral se ligan y seccionan previamente las colaterales que se van encontrando, con el objeto de llegar fácilmente a ella y explorar parte de la femoral.

4º—Seguidamente se secciona la vena entre dos ligaduras a dos traveses de dedo por debajo de su desembocadura.

5º—Después, tirando de la vena por los hilos que sirvieron para ligar el cabo distal, se disecciona en sentido periférico con una torunda empapada en solución de novocaína al 1%, con el objeto de evitar el dolor y conforme las colaterales aparecen se ligan y seccionan, todo esto en un recorrido de diez o doce centímetros.

6º—Practicamos la segunda incisión en el tercio medio del muslo, se aísla y secciona la vena entre dos ligaduras y en la misma forma como lo hicimos en la anterior, la diseccionamos primero en sentido central ligando y seccionando las colaterales hasta que nos juntemos con la disección de la incisión superior, para proceder después a la disección en sentido periférico.

7º—Y así proseguimos sucesivamente hasta extirparla por completo en su porción femoral.

8º—Antes de ligar el cabo distal de la vena a nivel del cóndilo femoral, introducimos por su luz un *trócar* en dirección distal e inyectamos por él la sustancia esclerosante.

9º—Cierre de las incisiones.

10.—Colocación de una almohadilla en el trayecto de la vena reseca y fijada con esparadrapo, lo mismo que de un vendaje ligeramente compresivo.

11.—Desde la raíz de los dedos hasta un poco por debajo de la rodilla efectuamos un vendaje de cola de cinc, que evitará el edema postoperatorio y favorecerá la sínfisis endotelial de las paredes venosas.

12.—Se invita al enfermo para que regrese a su cama por sus propios pies y a que se levante cinco minutos cada hora durante el día.

13.—Al día siguiente, si el enfermo amanece bien, se le permite que abandone el hospital; a los siete días se le retiran los puntos y a los quince el vendaje de cola de cinc.

Objeciones

Como se ve, esta técnica es muy parecida a la de Mairano, sólo que no se vale de ningún instrumento especial.

Al decir de sus autores la operación no lleva un tiempo mayor de 30 a 45 minutos y los resultados satisfacen plenamente, pues hasta ahora no han observado hematomas ni infiltraciones profundas de los tejidos de la región, sólo ligeras equimosis por pequeñas sufusiones sanguíneas como con cualquier otra intervención. Los autores llevan poco tiempo de realizar su método, por lo que no pueden hablar de los resultados en épocas lejanas, pero sí suponen que serán iguales o mejores a los obtenidos con otras técnicas parecidas, ya que el porcentaje de trombosis y embolias pulmonares disminuiría sensiblemente, atribuibles hasta ahora a la safenectomía por arrancamiento subcutáneo.

OPERACIONES EMPLEADAS POR MARTORELL EN EL TRATAMIENTO DE LAS VÁRICES ESENCIALES

EN LA INSUFICIENCIA PURA DEL CAYADO DE LA SAFENA INTERNA

1º—Previamente al acto operatorio se marca sobre la piel el sitio del cayado con una solución alcohólica de violeta de genciana al 1%; dicha señal tiene cuatro centímetros de longitud y se hace en sentido vertical.

2º—Se libera la vena hasta su desembocadura en la femoral, ligando y seccionando todas las colaterales del cayado, sin importar el número, ya que muchas veces es irregular, pues lo importante es ligarlas todas.

3º—Ligadura con lino de la vena lo más cerca posible de su desembocadura y mejor ligadura con sección.

4º—Hemostasia cuidadosa y sutura de la piel.

5º—Desde este momento si el cayado es la única comunicación insuficiente, las várices quedan excluidas y deben esclerosearse químicamente.

6º—Se practica otra incisión a nivel de la rodilla y se libera la vena.

7º—Con objeto de que la sustancia esclerosante alcance las várices de la pierna, la inyectamos a partir de la incisión de la rodilla y en sentido periférico, pues si la inyectamos a nivel del cayado no alcanza la pierna o lo hace muy diluida.

8º—Se secciona la vena en el punto de la inyección ligando los dos cabos.

Dice Martorell que solamente se inyecta la sustancia esclerosante a partir del cayado, cuando las várices son muy poco voluminosas y exista interés por evitar una segunda incisión con finalidad estética o cuando exista la sospecha de otra comunicante en su porción femoral, caso en el cual también se buscan comunicantes a partir de la rodilla. La sustancia esclerosante empleada por Martorell consiste en yoduro de sodio al 30%, que tiene además la ventaja de ser opaca a los rayos X y por esta razón de poderse pintar con ella el trayecto de la safena en los venogramas necesarios y ver así las anomalías de dicha vena en sus comunicantes con el sistema profundo. Las cantidades inyectadas por Martorell son de diez centímetros cúbicos para la porción femoral y diez para la porción tibial. La anestesia empleada es local con novocaína al 1%. Después de todos los actos operatorios se coloca un vendaje de cola de cinc (pasta de unna) algo compresivo y con la extremidad del paciente levantada a efecto de que las venas varicosas en este momento se encuentren colapsadas y si existen gruesos paquetes a nivel de la rodilla se coloca también una rodillera. El objeto de la colocación del vendaje de cola de cinc con la extremidad del paciente levantada y con las venas colapsadas, es el de mantener el colapso de dichas venas varicosas en definitivo por fibrosis obliterante realizada en la sínfisis endotelial.

TRATAMIENTO DE LAS VÁRICES ESENCIALES PRODUCIDAS POR INSUFICIENCIA DEL CAYADO DE LA SAFENA EXTERNA

1º—Se marca previamente el sitio de su desembocadura en la poplítea.

2º—Colocado el paciente en decúbito prono, se traza una incisión longitudinal en el hueco poplíteo, incisión que abarca también acto seguido la aponeurosis.

3º—Se libera la vena cerca de su desembocadura, se liga, se secciona y se inyectan por el cabo distal diez centímetros cúbicos de suero salino hipertónico al 30%; esto cuando se quiere obtener un efecto esclerosante simple; pero cuando queremos obtener un venograma inyectamos diez centímetros cúbicos de solución de yoduro de sodio al 30%; en este caso la radiografía se tomará con la inyección.

Hay que tener presente que frecuentemente la anastomosis existente entre la safena interna y externa está dilatada, transmitiéndose a esta última la hipertensión venosa consecutiva a insuficiencia del cayado de la primera, y que el cayado de la safena externa a menudo no es único, sino que parece desembocar en la femoral o poplítea por varias comunicantes que semejan dos o tres cayados superpuestos de arriba abajo. Es evidente que en este caso debe procederse a ligarlos y seccionarlos todos.

TRATAMIENTO DE VARICES POR INSUFICIENCIA DE UNA COMUNICANTE PROPIAMENTE DICHA

1º—Previamente al acto operatorio, se señala con exactitud la situación de la comunicante, ya que de otra manera sería muy difícil encontrarla.

2º—Mediante una pequeña incisión se libera el tronco venoso superficial en el lugar donde emerge la comunicante y pasando un hilo de seda por debajo del mismo, por debajo y por arriba del origen de dicha comunicante, tiramos de los hilos para que ésta aparezca más fácilmente.

3º—Descubierta la comunicante en esa forma, practicamos una pequeña incisión en la aponeurosis ligándola y seccionándola lo más profundamente posible dentro del tejido muscular, evitando si las grandes incisiones musculares para que en ningún momento el tratamiento deje de ser ambulatorio.

4º—Hecha la ligadura y sección, por el extremo distal se inyecta la solución esclerosante.

TRATAMIENTO DE LAS VÁRICES ESENCIALES POR EL STRIPPER

En el primer Servicio de Cirugía de Mujeres del Hospital General, es improvisado el *stripper* con un cable de frenos de motocicleta conteniendo roscas en sus extremos con el propósito de enroscar en ellos las olivas, de las que existen en distintos tamaños para los diversos calibres venosos a tratar.

En dicho servicio se lleva a cabo el tratamiento en la siguiente forma:

1º—Colocación del enfermo en la mesa de operaciones en decúbito dorsal con las extremidades en ligera rotación externa.

2º—Antisepsia de la extremidad varicosa.

3º—Anestesia troncular con novocaína al 2% conteniendo adrenalina, que abarque los nervios femorocutáneo, crural, obturador y ramas que van al muslo de los nervios abdómino-genitales y génito-crural.

4º—Incisión de cuatro o cinco centímetros de longitud paralela al pliegue inguinal o en el pliegue, que tenga dos tercios por dentro y uno por fuera de la arteria femoral.

5º—Ligadura de pequeños vasos encontrados en el tejido celular.

6º—Disección y corte entre dos ligaduras, de todas las colaterales del cayado de la safena interna.

7º—Liberación del cayado hasta su desembocadura en la vena femoral, con parte de ésta para ver si en ella no asientan colaterales anormales, pues de ser así se procede también a ligarlas y seccionarlas.

8º—Se practica doble ligadura del cayado a ras de la femoral y su corte entre ellas.

9º—Ligadura por transfixión en el extremo del cabo proximal.

10.—Se practica una pequeña incisión por debajo de la ligadura del cabo distal y por ella se introduce el *stripper* que recorre la luz de la safena interna en dirección periférica.

11.—En el lugar donde el *stripper* choque por encontrar algún obstáculo infranqueable se practica otra pequeña incisión, se libera la vena, se liga y secciona entre el extremo del *stripper* y la ligadura y se saca por ella dicho instrumento.

12.—Practicando dos ligaduras de la vena sobre el *stripper* a ese nivel, volvemos a la incisión superior y tirando del *stripper* a través de ella algo fuertemente, efectuamos en esa forma el arrancamiento del fragmento venoso por vía subcutánea y así sucesivamente se prosigue con las mismas maniobras hasta la región maleolar, con el objeto de arrancar, si no toda, la mayor parte de la vena safena interna.

Hay que advertir que inmediatamente después de efectuada la ablación de un fragmento venoso, se hace compresión manual en el lugar donde él existía, por tres minutos, con el propósito de evitar las pequeñas hemorragias venosas que puedan existir.

13.—Sutura en la incisión superior del ligamento de Halamburn con el objeto de cerrar la fosa oval, sutura de fascia superficial y piel, lo mismo que de las otras incisiones.

14.—Colocación de pequeños apósitos en las heridas y de una venda elástica en toda la longitud de la extremidad, con el fin de evitar las hemorragias subcutáneas cuando el enfermo comience a caminar o hacer ejercicios inmediatamente que ha pasado la anestesia.

15.—Al día siguiente después de la operación, si el paciente amanece bien, puede invitársele a que abandone el hospital y a que regrese a los siete días para quitarle los puntos.

Objeciones

La operación lleva por lo menos de veinticinco a treinta minutos en ejecutarse, no deja tantas cicatrices, es susceptible de que el enfermo se levante o que haga ejercicios en cuanto la anestesia pasa. Hasta ahora no se ha registrado ninguna muerte por embolismo y el tratamiento se hace en una forma ambulatoria.

El tratamiento lleva poco tiempo de efectuarse en nuestro medio, razón por la que no podemos decir si efectivamente tenga resultados satisfactorios, ya que a un enfermo afecto de várices debe seguirse por años en cualquier cura operatoria que se haga en él. Lo que sí puedo decir es que en los Estados Unidos de Norteamérica este procedimiento quirúrgico ha ido desplazando poco a poco a todos los practicados hasta la fecha.

CONCLUSIONES

Cualquier técnica quirúrgica de las usadas actualmente en el tratamiento de las várices esenciales puede elegirse, o una combinación de ellas cuando nos pongan en ese camino los resultados de las pruebas clínicas diagnósticas y radiografías de las venas varicosas.

Br. HÉCTOR AUGUSTO LONE GIRÓN.

Vº Bº:

Dr. PABLO FUCHS.

Imprimase,

Dr. Carlos Mauricio Guzmán,
Decano.

Guatemala, 17 de noviembre de 1953.

BIBLIOGRAFÍA

ROBERTO ARROYAVE B.: *Venectomía de la Safena Interna*. Revista del Colegio Médico de Guatemala, número 2. 1953.

ROBERTO ARROYAVE B.: *Venografía*. Revista del Colegio Médico de Guatemala, número 1. 1953.

CTOR SALERAS y RAMÓN BRULL: *Tratamiento de las Várices Esenciales*. 1950.

LIO DANTE BAISTROCCHI: *Várices de los Miembros Inferiores*. 1950.

MARTORELL: *Várices y su Tratamiento Basado en la Flebografía*. 1947.

HSNER y MAHORNER: *Varicose veins*. 1939.

RISTOPHER: *Tratado de Patología Quirúrgica*. 1947.