

## Tratamiento quirúrgico (cirugía clásica) de las varices de miembros inferiores

C. Fernández Morán

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.  
Hospital de León

La técnica clásica del tratamiento quirúrgico de las varices, es decir la fleboextracción (*stripping*) de ambas safenas insuficientes, la ligadura de las perforantes insuficientes, y la extracción de los paquetes varicosos, tal como la conocemos hoy en día, se puede considerar como una técnica segura, con escasas complicaciones y pocas recidivas, aunque se podría decir que no existe un método único de tratamiento quirúrgico, sino que los distintos tratamientos pueden ser complementarios y cada uno tener sus indicaciones concretas.

El tratamiento debe ir encaminado a solucionar el problema que presenta el paciente, es decir la desaparición de la clínica de la insuficiencia venosa, supresión de las venas varicosas, evitar las complicaciones y también resolver el problema estético.

A lo largo de la historia las cosas no han sido siempre de esta manera, haciendo un poco de recordatorio histórico, tenemos que ya en el Papiro de Ebers, ( 1550 a. C.) se habla acerca del tratamiento de las varices. En el siglo IV a. de C podemos observar en un bajorrelieve votivo, que se encuentra en el museo arqueológico de Atenas, la existencia de una vena safena varicosa.

Plutarco en su obra "Vidas Paralelas" nos describe la intervención de varices realizada al cónsul Cayo Mario, que solamente se dejó operar una extremidad (se supone que sin anestesia), pues considero que el remedio era peor que la enfermedad, esto ocurría en el año 86 a. C., entonces se ponía al descubierto toda la vena, y posteriormente se arrancaba.

En épocas posteriores se trataron mediante incisiones discontinuas, cauterización y ligaduras altas de las venas y posterior resección de las varices así como ligaduras percutaneas y desgarros de paquetes varicosos son un safenotomo subcutáneo.

Ya en épocas mas reciente, (1891) pero todavía lejanas Trendelemburg describe el test que lleva su nombre para la detección de la insuficiencia valvular, y propone la ligadura de la safena interna, pero sin llegar al cayado.

Ya en el siglo pasado se realizaba la resección de la safena interna pero mediante la exposición completa de la misma (métodos realmente cruentos).

Wayne Babcock, 1907 propone el uso del un fleboextractor similar a los actuales, seguían no obstante haciéndose incisiones grandes, y muy próximas, se ligaba y se extraía la safena pero sin llegar al cayado y las complicaciones postoperatorias todavía eran muy importantes, así como las recidivas.

El fleboextractor flexible se comienza a utilizar en 1947, por Myers, comenzando con las fleboextracciones de la safena completa.

Como podemos observar el tratamiento quirúrgico ha evolucionado en muchos aspectos tanto desde el punto de vista quirúrgico, como desde el punto de vista del planteamiento terapéutico con la llegada de los métodos de diagnóstico no invasivo como el doppler y el eco doppler que nos permite tener un mejor conocimiento de la hemodinámica de la patología venosa.

Las indicaciones básicas para el tratamiento quirúrgico, son principalmente las varices esenciales por insuficiencia de las venas safenas y la existencia de perforantes insuficientes.

El paciente antes de ir al quirófano precisa de un estudio no invasivo con doppler y/o ecodoppler (aunque este estudio debería ser realizado con anterioridad al planteamiento quirúrgico) para planificar correctamente la intervención quirúrgica, haremos la exploración con el paciente en bipedestación, si no se dispone de estos métodos utilizaremos la combinación del doppler bidireccional y de las maniobras clásicas:

- De Schwartz que nos informa acerca grado de insuficiencia de al S.I.
- de Trendelemburg que valora la insuficiencia valvular de los cayados de las safenas y de las venas perforantes y,
- de Perthes que nos informa del estado de sistema venoso profundo.

La flebografía que antes se usaba en ocasiones para un conocimiento exacto de las perforantes, esta prácticamente en desuso.

Con el paciente en bipedestación haremos un marcaje de las varices, así como de las zonas donde vayamos a realizar las incisiones para la ligadura de las perforantes insuficientes y la extracción de los paquetes varicosos, también es conveniente la localización del cayado de las safenas.

### Descripción de la intervención quirúrgica

El paciente se coloca en decúbito supino para la fleboextracción de la safena interna.

Se realiza una incisión a nivel inguinal paralela al pliegue inguinal de unos 5 cm. aproximadamente, aunque puede

variar según la constitución del paciente, la incisión se realiza próxima a la unión safeno-femoral, como referencia tomamos el pulso femoral (si previamente no hemos marcado la situación del cayado) se localiza y se disecciona la vena safena interna próxima al cayado se colocan dos pinzas de hemostasia y se secciona la vena safena, antes de realizar esta maniobra deberemos asegurarnos, de que se trata de la citada vena, localización superficial, no existencia de arteria acompañante y en caso de duda visualizaremos primero la vena femoral, para evitar errores de consecuencias no deseables, se sigue la vena en dirección craneal, y se procede a la sección y ligadura de todas las ramas del cayado: v. anterolateral, circunfleja ilíaca externa, epigástrica superficial, pudendas externas superior e inferior, v. postero medial, se continúa en sentido craneal hasta la fosa oval, a este nivel podemos encontrarnos con la arteria pudenda que en ocasiones dificulta las maniobras, no es lo ideal pero puede ser seccionada, visualizaremos la vena femoral, y se procede a pasar un cryle o una pinza en ángulo recto en la safena, próxima a la desembocadura en la femoral en la denominada línea blanca, es decir de tal manera que no dejemos un fondo de saco y sin que produzcamos una plicatura en la vena femoral, se dará una ligadura y un punto de transfixión, usamos para ello material no reabsorbible. Consideramos que se deben de ligar todas las ramas de la safena y de ellas todas las bifurcaciones visibles, y accesibles para evitar reflujos colaterales, se debe de realizar la ligadura del cayado en el lugar indicado para evitar las recidivas.

Se procede seguidamente mediante una incisión en el maléolo interno a la disección de la vena safena interna en su parte distal, se procede a la sección de la misma se liga el cabo distal, y se introduce el fleboextractor hasta la parte proximal de la safena, Si no existe dificultad al paso del fleboextractor no realizamos ninguna incisión intermedia, salvo en situaciones muy puntuales -cuando no se consigue hacer progresar el fleboextractor, bien por tortuosidad de la vena, o por grandes dilataciones, lo cual a veces se puede solventar movilizándolo la extremidad, -o cuando debido al excesivo tamaño de la vena safena sería excesivamente grande el túnel que se produce, al realizar la fleboextracción e una sola vez, con la consiguiente lesión que ello ocasiona. También haremos una incisión intermedia, si tenemos perforante a nivel del muslo para la ligadura de la misma En ocasiones tenemos que introducir el fleboextractor en sentido caudal.

A continuación realizamos la ligadura de las venas perforantes insuficientes, siempre al ras de la aponeurosis, otra causa posible de recidiva.

Mediante incisiones escalonadas, de un cm. aproximadamente, haremos la disección de los paquetes varicosos dependientes de la vena safena, una vez realizada la desconexión procedemos a la extracción de la vena safena, colocando un cabezal pequeño, y haciendo compresión manual en el trayecto de la misma, para evitar la hemorragia y el consiguiente hematoma.

Seguidamente haremos la extracción de los paquetes varicosos mediante pinza de mosquito, procurando siempre producir el menor daño posible al resto de los tejidos,



Figura 1.  
Marcaje previo  
a la intervención (Izda.)

Figura 2.  
Varices (Dcha.)



Figura 3.  
Incisión a nivel inguinal,  
safena y colaterales



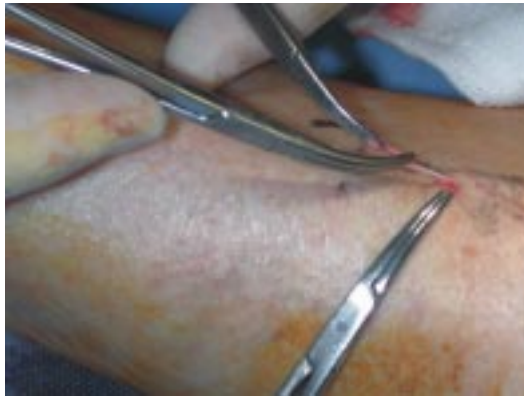
Figura 4.  
Incisión en maleolo  
interno

dos, cuando las venas son de tamaño pequeño podemos ayudarnos de los ganchillo para la extracción de las mismas.

Seguidamente realizaremos si se precisa la fleboextracción de la safena externa.

Muchas veces para esta cirugía, es necesario colocar la paciente en decúbito prono, para evitar recidivas por una incorrecta ligadura del cayado, por difícil accesibilidad.

Figura 5.  
Extracción  
de paquetes varicosos



Se realiza una incisión en el maleolo externo se visualiza y se disecciona la vena safena externa con sumo cuidado para no lesionar el nervio safeno, con las consiguientes parestesias postoperatorias tan molestas para el paciente., se introduce el fleboextractor hasta el hueco popliteo lo cual nos sirve de referencia y se realiza incisión a este nivel, se procede a visualización del cayado de la safena externa, a este nivel se debe ser muy meticuloso, por la gran friabilidad de la vena poplitea, la existencia de las venas gemelares, lo cual nos puede conducir a error a la hora de la ligadura de la safena externa, se realiza la desconexión de los paquetes varicosos y la ligadura de las perforantes, y se procede a la fleboextracción de la safena externa, evitamos colocar cabezal para no dañar las estructuras nerviosas próximas a la vena safena externa.

Se procede al cierre de las incisiones, habitualmente usamos puntos de daxon para el cierre de las incisiones de los cayados, en la fascia, solemos dar un punto de aproximación a nivel de la fosita oval de material reabsorbible con el fin de dejar cubierto el muñón del cayado para evitar recidivas por neoformación venosa a este nivel; en la piel usamos seda.

Se coloca un vendaje compresivo desde la raíz de los dedos hasta unos centímetros de la ingle.

El paciente esta en las primeras horas en reposo, con los pies ligeramente elevados.

Posteriormente comienza la deambulacion paulatinamente unos 5 o 10 minutos cada hora, procedemos a realizar la primera cura a las 48-72 horas, y la retirada de los puntos a los siete días.

Salvo en situaciones de riesgo no usamos profilaxis con HBPM.

El tipo de anestesia empleado varia según el estado del paciente y la edad, puede ser general, locoregional, etc.

Las complicaciones en el acto quirúrgico pueden ser la lesión nerviosa, la cual la podemos evitar con una disección cuidadosa, también puede ocurrir sección accidental de vena femoral, o poplitea con la consiguiente hemorragia, se debe proceder a la reparación inmediata. Puede ocurrir que si introducimos el fleboextractor, sin tener seccionada la safena proximal, se introduzca en la vena femoral y de origen e confusiones, que pueden tener fustas consecuencias.

Las complicaciones postoperatorias que se pueden presentar, son hemorragias, parestesias infección, flebitis y embolismo pulmonar aunque su incidencia es mínima, la más frecuente suele ser el hematoma, que puede ser más o menos molesto y que ocasiones precisará de evacuación.

### Bibliografía

- Leal Monedero J. *Insuficiencia Venosa Crónica de la Pelvis y de los Miembros Inferiores*. Mosby, 1997.
- Latorre Vilallonga. J. *Sintesis histórica de la Angiología. La angiología y cirugía vascular, a través de la historia*. Benálmadena: Centro de documentación Uriach, 1991.
- Callejas Pérez JM. *Historia de la Angiología y Cirugía Vascular del siglo XX. La angiología y cirugía vascular, a través de la historia*. Benálmadena: Centro de documentación Uriach, 1991.
- Peñafiel Marfil R. Epidemiología. Insuficiencia Linfovenosa de los miembros inferiores. *Servicio de documentación Científica Faes 1997*
- Martínez Pérez M. Insuficiencia Venosa Crónica. Síndrome Varicoso Esencial. Insuficiencia linfovenosa de los miembros inferiores. *Servicio de documentación Científica Faes 1997*
- Gutiérrez del Manzano JA, et al. Tratamiento de la insuficiencia venosa. Insuficiencia Linfovenosa de los miembros inferiores. Servicio de documentación Científica Faes. 1997
- Thomas F, O'Donnell, Jr and Mark D, Lafratu, *Varicose Veins cap 90 Vascular Surgery*, Henry Haimovici's
- Aksel G. Nordestgaard, Russel A. Williams. *Varicose Veins, Vascular Surgery*, Veith, Hobson, Williams, Wilson.
- Samaniego E. *Angiología medicina y sociedad en la historia*. Grupo división Faes.
- Bongera F. Tratamiento quirúrgico de las varices. En: *Formación Continua de Angiología y Cirugía Vascular para el médico general*. Barcelona: Frumtost-Zyma, 1991.
- Latorre Vilallonga J. *Patología venosa de los miembros inferiores*. Menarini.