

Cirugía venosa de la vena safena externa con anestesia local, cuatro años de experiencia personal

A. Cavezzi, C. Tarabini, M.G. Barboni, V. Carigi, M. Collura

Clínica Villa Erbisa. Bologna.
Clínica Stella Maris Unidad Vascular.
San Benedetto del Tronto. Italy.

Resumen

Objeto: desde 1990 nosotros hemos realizado cirugía ambulatoria de venas varicosas (VV), el propósito de este estudio es la revisión de los últimos cuatro años de experiencia de la cirugía de la vena safena externa (SSV), con anestesia local (LA) y con Duplex-color eco-guiado.

Pacientes y métodos: desde enero de 1996 hasta Diciembre de 1999, 92 miembros (78 pacientes, 61 mujeres y 17 hombres, promedio de edad 55,4) fueron operados de venas varicosas con anestesia local, con investigación pre-operatoria con Duplex-color eco-guiado. Tan pronto como fue aplicada la anestesia local, se les administró mepivacaina 0,4-0,25% y se realizó stripping segmentado invertido, con flebectomía de las venas varicosas con incisiones de (1-2 mm). A todos los pacientes se les aplicó un vendaje elástico ó una media de compresión (35 mmHg) como compresión elástica post-quirúrgica.

Resultados: de 100-160 c.c. de anestésico local fue la cantidad utilizada en cada intervención y ningún paciente requirió un procedimiento anestésico adicional; la deambulación fue posible después de 30-60 minutos en todos los casos y todos fueron dados de alta después de 3-6 horas. El mapa de Duplex-color pre-operativamente nos permitió evitar la flebografía en todos los casos y además nos permitió un procedimiento quirúrgico bien adaptado (no fueron necesarios un stripping completo y una ligadura de perforantes). Como complicaciones encontramos un leve linfedema, dos problemas de sensibilidad neurógica y 1 una trombosis limitada en la vena gastrocnemius.

Conclusión: la intervención quirúrgica de vena safena corta es un procedimiento complejo y solicitado, pero utilizando Duplex-color CD y anestesia local LA puede ayudarnos a minimizar las complicaciones, recurrencias y una excesiva avulsión venosa, manteniendo una escisión radial. Nuestra experiencia nos demuestra que son posibles unos resultados cosméticos y funcionales extraordinarios, de este modo se evitan antiguas cirugías invasivas y "ciegas", finalmente decreciendo los costes de la cirugía.

Introducción

El planteamiento terapéutico de la insuficiencia venosa de la vena safena corta es bastante exigente, requiere un cuidadoso diagnóstico y manejo quirúrgico para limitar recurrencias (incluso si son inevitables en algunos casos

la obstrucción del drenaje del sistema venoso profundo) y para conseguir un tratamiento efectivo y seguro. La regla fundamental de la imagen del flujo Duplex-color (CD) está ampliamente aceptada en la cirugía de la vena safena externa, mucho más cuando se realiza cirugía conservadora, o escleroterapia guiada con Duplex. Desde 1990 los autores han realizado cirugía de venas varicosas en base a la cirugía ambulatoria, principalmente gracias a la anestesia local. Aquí informamos de la revisión de los autores de los últimos 48 meses de cirugía con anestesia local ("cirugía de día"), de venas varicosas debidas a la incompetencia de la vena safena externa. El diagnóstico, está basado en Duplex-color (CD) individual, permitiendo obtener con gran exactitud el mapa morfo-funcional patológico y entenderlo de la vena safena externa (el cual es a menudo complejo), y por consiguiente esto os ha permitido aplicar el tratamiento adecuado en cada caso individualmente. El mapa del Duplex-color guiado pre-operativamente y marcado su resultado nos facilita el camino para la anestesia local (LA), para el procedimiento intra-operativo y para el seguimiento post-operativo.

Como normal el pliegue poplíteo siempre ha sido observado como un terreno difícil, tanto desde el diagnóstico como desde el punto de vista, y esto puede explicar el alto grado de malos diagnósticos, recurrencias y complicaciones en el manejo de la vena safena externa.

La cirugía de la vena safena externa puede abarcar diferentes opciones: a. transversalmente-crossectomy (ligadura de la vena safena externa a nivel de la vena poplíteo o de la vena gastrocnemius), con desconexión de las posibles ramas de la vena safena exón de las posibles ramas de la vena safena externa) y b- *stripping*/ flebectomía que representan los procedimientos más comunes.

Pacientes y métodos

Desde enero de 1996 hasta diciembre de 1999, 92 miembros (78 pacientes, 61 mujeres y 17 hombres, con una media de edad de 55,4) fueron sometidos a intervención quirúrgica por la presencia de venas varicosas debidas a la insuficiencia de la vena safena externa. Los pacientes fueron investigados pre-operativamente con Duplex-color, para poder conseguir el mapa morfológico de sus venas y la condición hemodinámica. Todos los pacientes fueron operados con anestesia local, con Duplex-color guiado para marcaje de la piel. Tan pronto como se les practicó la anestesia local se les administró de 0,4-0,25% de mepivacaina, se les practicó una incisión poplíteo de 2-3 cm (o un poco más) para permitir una correcta ligadura de la vena safena externa en su unión al sistema venoso profundo; cuando tenemos enfrente la unión con el tronco venoso de la vena gastrocnemius (GVT), la ligadura se hace en la confluencia con la vena gastrocnemius (GVT), como en nuestra experiencia fue muy raramente incontinente, el vástago de la vena safena externa fue stripping segmental invertido, de acuerdo a la extensión del reflujo con una lámina de plástico desechable. Flebectomía con mini-incisiones (1-2 mm) de las venas varicosas por ej. las tributarias) completaban el procedimiento. A todos los pacientes se les aplicó compresión en multicapas, vendaje compresivo, ó media de compresión (35 mmHg-media Struva, sistema registrado

por medi) durante 7 días. Antibióticos o heparina fueron administrados pre-operativamente en casos selectivos (menos del 10%). Los pacientes fueron revisados clínicamente a los 7 y 30 días después de la operación y con Duplex-color vigilados.

Resultados

En nuestra experiencia del tratamiento de la vena safena externa, con la exploración del Duplex-color ha sido capaz de identificar las principales fuentes de reflujo, representando correctamente los modelos morfológicos, teniendo una buena correlación con los hallazgos intra-operativamente.

La ultrasonográfica evaluación de las condiciones patológicas de la vena safena externa ha revelado muchos aspectos anatómicos y hemodinámicos en referencia a los distintos aspectos pre-post terapéuticos.

Desde el punto de vista del diagnóstico nosotros hemos encontrado pocos modelos diferentes, cada uno de ellos teniendo un significado específico. La incontinencia de la vena safena externa fue caracterizada típicamente por un reflujo desde la unión safeno-poplíteo (más frecuentemente localizada entre el pliegue poplíteo y 4 cms por arriba, muy raramente en una posición diferente), pero en pocos casos la válvula terminal de la vena safena externa era competente., por otra parte la fuente de reflujo era la perforante poplíteo (en este caso era principalmente un reflujo sistólico, que se producía durante el movimiento de compresión de la pantorrilla), o diferentemente el flujo retrógrado provenía de la vena safena larga vía Giacomini o por vía de las otras venas tributarias. La extensión del reflujo a largo de la vena safena externa fue encontrado bajo el tobillo sólo en el 6% de los casos, como en el restante 94% de los miembros el reflujo era dirigida hacia una ó más venas tributarias de la pierna. El reflujo principalmente terminaba y re-entraba en las perforantes a lo largo de la vena safena externa o por fuera en el tronco (la perforante gastrocnemius ,etc), más raramente el reflujo re-entraba en la vena safena larga en la pierna.

El modelo hemodinámico más interesante nosotros lo encontramos (debido a implicaciones terapéuticas negativas) es el drenaje funcional obstruido del sistema venoso profundo (principalmente de la vena femoro-poplíteo), la cual es capaz de generar un reflujo sistólico (algunas veces también diastólico) hacia el sistema venoso superficial. En estos casos, la unión de la vena safena externa, la perforante poplíteo puede representar un tipo de conducto bypass para permitir el flujo ascendente a la vena femoral superficial (principalmente vía vena Giacomini). Esta condición hemodinámica tiene como resultado principalmente una compresión postural en los ejes del sistema venoso profundo por las estructuras músculo-ligamentosas. Estos pacientes complejos han sido tratados por la vía de tratamiento más conservador para prevenir recurrencias indeseables, especialmente si se realiza un by pass natural (unión de la vena safena externa).

El papel de las venas perforantes en la pierna ha sido largamente debatido, ahora nosotros podemos subrayar que su principal comportamiento, también por la enfermedad de la vena safena externa, como en el punto de re-

entrada en el sistema venoso profundo, con una regla patogénicamente pobre.

El flujo hacia dentro o hacia fuera ha sido estudiado durante la compresión y el reposo de la extremidad, realizando una principal(o única) función de re-entrada (como por cuantificación de los flujos) para el terminal de la vena perforante.

Muchos pacientes con incompetencia de la vena safena externa tenían un flujo retrógrado en el eje femoro-poplíteo. En nuestra experiencia el flujo retrógrado desapareció después de la crosssectomy de la vena safena externa y stripping en la inmensa mayoría de los casos; esta observación es un signo de la naturaleza funcional (no post-trombótico) del sistema venoso profundo, debido al "robo" de la sangre desde el sistema venoso profundo al incontinente sistema venoso superficial.

Desde el punto de vista quirúrgico y anestesiológico los resultados de los 4 años de experiencia personal se pueden resumir como: de 100-160 c.c. de anestesia local fue la dosis utilizada por intervención, ningún paciente requirió anestesia adicional (por ej. propofol), la deambulacion fue posible después de 30-60 minutos en todos los casos, y todos los pacientes fueron dados de alta a las 3-6 horas. La correlación entre el mapa pre-operativo de Duplex-color y los descubrimientos intra-operativos fue muy buena, evitando la flebografía en todos los casos y permitiendo también un procedimiento quirúrgico adecuado (no fue necesario hacer un completo stripping de la vena safena externa y ligadura de perforantes). No existió reflujo residual del tronco venoso de la vena gastrocnemius causado por la recurrencia post-quirúrgica (seguimiento a corto y medio plazo). Se encontraron pocas complicaciones, 1 suave linfedema, 2 problemas neurológicos sensitivos, 1 trombosis limitada de la vena gastrocnemius. Los costes de este tipo de operación son muy bajos, la aceptación por parte de los pacientes fue muy buena (por ej. todos los pacientes con enfermedad bilateral aceptaron la intervención contralateral).

Conclusiones

El Duplex-color es una herramienta para guiar la cirugía en los casos de insuficiencia de la vena safena externa, el cual nos permite alcanzar: a. Una diagnosis específica fidedigna, b. Tratamiento seguro, c. Terapia conservadora (a la medida) cuandop está indicada, evitando tratamientos anacrónicos, ciegos y generalizados, d. Buenos resultados funcionales y cosméticos, e. Bajo coste.

La cirugía de la vena safena externa es un procedimiento complejo y solicitado, potencialmente alcanzando serias complicaciones, especialmente cuando se opera en el pliegue poplíteo, la utilización del mapa Duplex-color y anestesia local puede ayudarnos en minimizar las complicaciones, recurrencias y una excesiva avulsión venosa, manteniendo una escisión radical. Nuestra experiencia demuestra unos resultados notables cosméticos y funcionales que son posibles cuando se opera la incompetencia de la vena safena externa, evitando así la cirugía invasiva o, en el laqdo opuesto, procedimientos quirúrgicos parciales mínimos.