

ARTÍCULO ORIGINAL

Cirugía de várices con conservación de vena safena interna refluyente

Caldevilla H.*†, Crocco J.*, Da Rocha S.*, Jeifetz I.*, Morales C.*, Rego C.*

Hospital Municipal "Prof. Dr. Bernardo A. Houssay", Buenos Aires, Argentina.
Servicio de Cirugía Vasculár Periférica y Flebolinfología del Hospital
hscaldevilla@yahoo.com.ar

RESUMEN

Durante años la safenectomía no sólo fue considerada un procedimiento exitoso, sino también la única terapéutica; incluso recientemente se le atribuyó la resolución espontánea de las tributarias varicosas en un 23.3% de los casos. No obstante el interés por la preservación de la vena safena interna en el tratamiento de las várices siempre estuvo presente en los últimos veinte años. El presente trabajo tiene como objetivo evaluar los resultados de la resección de las colaterales varicosas con conservación de la vena interna refluyente de un diámetro menor de 5.6 mm. Se incluyen con indicación clínica de cirugía, 83 pacientes, 60 mujeres y 23 varones, entre 18 y 65 años, durante marzo de 2006 y diciembre de 2007. Se divide a los pacientes en dos grupos. El primer grupo con safena interna con diámetro de 2.9 a 5.5 y el segundo con safena interna mayor a 5.6 mm, el cual representa el 40% de los casos y es excluido para el procedimiento.

Palabras clave

Várices - Vena safena interna - Safenectomía

SUMMARY

Surgical treatment of varicose veins with conservation of a Refluxing Long Saphenous Vein

During the past years stripping of the Long Saphenous Vein (LSV) was considered not just a successful procedure, but the single alternative to treat varicose veins. Even more, in a recent publication the spontaneous resolution of varicose tributaries was attributed to LSV ablation in 23.3% of cases.

During the past twenty years the preservation of the LSV continued to be a matter of interest. The main goal of this study is to evaluate the results of the resection of varicose tributaries by phlebectomy without stripping of the LSV. LSV whenever its maximum diameter was inferior to 5.6 mm. The population of the study consisted of 83 patients: 60 women and 23 men, aged between 18 and 65 years old. All of these patients were considered for surgery. They were split into two groups. Patients with LSV diameter between 2.9 to 5.5 mm, were included in the first group, while the ones with LSV that exceeded 5.6mm were included in the second group, which represented 40% of cases and was excluded from the study.

Key words

Varicose veins - Long saphenous vein conservation - Stripping

OBJETIVO

Evaluar a los tres meses y al año los resultados de la resección de las colaterales varicosas con conservación de la vena safena interna refluyente de un diámetro menor de 5.6 mm.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron con indicación clínica de cirugía, de acuerdo con la demanda espontánea, desde marzo de 2006 hasta diciembre de 2007, 83 pacientes (CEAP II). En total 103 miembros; mujeres 60 (72%), hom-

* MD.

† PhD

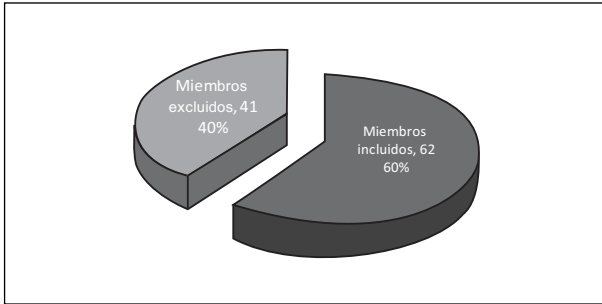


FIGURA 1. CIRUGÍA DE LAS VÁRICES CON CONSERVACIÓN DE LA VENA SAFENA INTERNA REFLUYENTE. CRITERIO DE INCLUSIÓN POR DIÁMETRO Y MAGNITUD DEL REFLUJO.

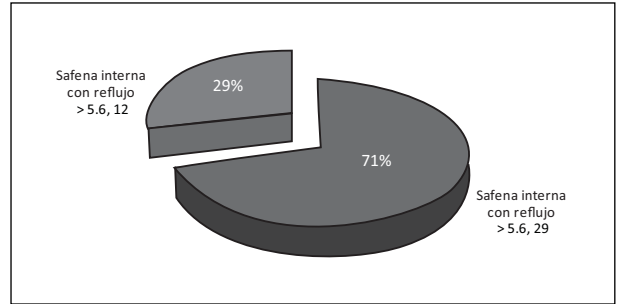


FIGURA 2. CIRUGÍA DE LAS VÁRICES CON CONSERVACIÓN DE LA VENA SAFENA INTERNA REFLUYENTE. PACIENTES EXCLUIDOS (41). GRUPO 2.

bres 23 (28%). El menor de 18 años, el mayor de 65 años. (Cuadro 1)

En todos los casos se efectuó examen clínico y *ecodoppler* en el preoperatorio, lo que permitió dividir a los pacientes en dos grupos:

– **Grupo 1:** safena interna con diámetro de 2.9 a 5.5 mm que mostró en 62 miembros (60%) reflujo de baja amplitud prolongado en el tiempo o reflujo segmentario; este último, en la proximidad del nacimiento de las colaterales. (Figura 1)

– **Grupo 2:** safena interna mayor de 5.6 mm; 29 (28.15%) y 12 (11.6%) menor de 5.6 mm de diámetro con reflujo de mayor magnitud y en todos los casos mayores que un segundo. El segundo grupo representa un 40% de los casos. Estos fueron excluidos para el procedimiento. (Figura 2)

RESULTADOS

Los controles postoperatorios se realizaron a los tres meses y al año para evaluar resultados hemodinámicos y complicaciones específicas derivadas de la técnica, a saber:

1. Presencia de várices; 2 casos (.94%).
2. Trombosis del eje safeno interno; ningún caso (0%).
3. Trombosis venosa profunda; ningún caso (0%).
4. Aparición de telangiectasias; 3 casos (2.91%).
5. Celulitis inflamatoria; ningún caso (0%).
6. Desaparición de los reflujo; 21 casos (20.38%).
7. Mantenimiento de la reentrada; todos los casos (100%).

Los resultados hemodinámicos y las complicaciones corresponden a los 3 meses. No hubo variación al año, con excepción de las telangiectasias que mejoraron paulatinamente.

DISCUSIÓN

En 1860 Frederick Von Trendelenburg realizó la primera crossectomía. En 1950 en la Mayo Clinic se desarrolló la safenectomía interna como la conocemos en nuestros días. Por tratarse de un procedimiento seguro, a pesar de ser antiguo continúa siendo el *gold standard* con el mapeo por *ecodoppler*, aguardando las técnicas endovasculares, *foam (1)*, láser y radiofrecuencia, la validación del paso del tiempo.

CUADRO 1. CIRUGÍA DE LAS VÁRICES CON CONSERVACIÓN DE LA VENA SAFENA INTERNA REFLUYENTE.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN
• Safena con un diámetro < 5.6 mm
• Safena con reflujo de baja amplitud prolongado en el tiempo o reflujo segmentario

TABLA DE ABREVIATURAS

ASVAL	Ablación selectiva de várices con anestesia local
CEAP	Clínica, etiológica, anatómica y fisiopatológica
CHIVA	Cirugía conservadora de la hemodinamia venosa ambulatoria
MMP'S	Metaloproteinasas
TIMP'S	Inhibidor tisular



FIGURA 3.



FIGURA 4.

Durante años la safenectomía no sólo fue considerada un procedimiento exitoso, sino también la única terapéutica; incluso recientemente se le atribuyó la resolución espontánea de las tributarias varicosas en un 23.3% (2) de los casos.

No obstante, el interés por la preservación de la vena safena interna en el tratamiento de las várices siempre estuvo presente en los últimos veinte años.

Gran cantidad de trabajos la fundamentaron: crosectomía, safenectomías segmentarias, safenectomías proximales, safenectomías distales.

Franceschi (3) creó el procedimiento CHIVA en un intento de modificar la hemodinamia venosa local, con una redistribución de los reflujos venosos hacia el sistema venoso profundo a través de las venas perforantes en base a un mapeo táctico operatorio por *ecodoppler*, que permitía la reorientación del flujo mediante ligaduras puntuales sin safenectomía.

Tanto las técnicas que realizan la ablación, como las que efectúan su preservación parcial o total, aceptan como premisa el flujo largo vertical en la misma como determinante para el desarrollo y mantenimiento de las tributarias varicosas (4).

No obstante, ya ha sido aceptado, por ejemplo, el desbalance entre la *metaloproteinasa* (MMP'S) y su *inhibidor tisular* (TIMP'S) como causa para el desarrollo varicoso (5) basado en la debilidad estructural de la pared venosa por remodelación de la matriz extracelular. Esta nueva situación puede fundamentar a los que sostienen que el complejo varicoso se desa-

rrolla de distal a proximal y de superficie a profundidad, siendo más gravitante las colaterales varicosas que la misma safena interna. Sobre un concepto similar a éste, Pittaluga (6) desarrolló el método que denominó *ablación selectiva de varices con anestesia local* (ASVAL), resecando solamente las tributarias varicosas y demostrando en el postoperatorio por *ecodoppler* la desaparición del flujo de la vena safena interna en el 67.8% y 67.2% a los 6 meses y a los 4 años, respectivamente (7).

En nuestra línea de trabajo, la casuística nos ha demostrado que en safenas internas dilatadas con reflujos severos, la preservación mediante la resección de las colaterales solamente, brinda muy malos resultados (Figura 3), además de no estar exentas de complicaciones como la trombosis del eje safeno, celulitis inflamatorias postoperatorias (en el mediano plazo) de difícil tratamiento, aparición de gran cantidad de telangiectasias vicariantes.

El control por *ecodoppler* mostró en estos casos invariablemente la descompensación que se llevó a cabo con la cirugía al anular la reentrada.

No aconteció lo mismo en safenas con un diámetro menor de 5.5 mm con reflujos segmentarios o de baja amplitud prolongados en el tiempo, donde su preservación no ocasionó complicaciones, con un 20.38% de desaparición del flujo. (Figura 4)

En estos casos, motivo de esta presentación durante la cirugía de acuerdo con el mapeo *ecodoppler* previo, se tuvo especial cuidado en mantener la reentrada de manera de no descompensar el sistema.

Todos estos casos tuvieron como indicación quirúrgica el tratamiento estético. A todos los pacientes se les informó sobre el procedimiento, su característica, y se tuvo especial cuidado en que entendieran que podrían requerir un procedimiento sobre la safena interna si la enfermedad progresaba. Asimismo, se los instruyó sobre el uso de medias elásticas para minimizar o alargar los tiempos evolutivos hacia la progresión.

Creemos que de mantenerse estos resultados, la conducta seguida resulta de suma importancia, dado que en estos momentos en gran cantidad de centros estos pacientes son objeto de técnicas endovasculares de ablación de la vena safena interna.

CONCLUSIÓN

La preservación de la vena safena interna con diámetro menor de 5.6 milímetros y con reflujo de baja amplitud o segmentario es, para nuestro grupo de trabajo, una conducta habitual.

BIBLIOGRAFÍA

Guex JJ. Foam sclerotherapy: an overview of use for primary venous insufficiency. *Semin Vasc Surg* 2005; 18:25-9.

Can be phlebectomy deferred in the treatment of varicose vein following ablation of great saphenous veins? Daniel L. Ronahentall. *AVF* 2005.

Franceschi C. Théori et pratique de la cure conservatrice hémodynamique de l'insuffisance veineuse et ambulatoire, percée sous thil. Editions de l'armacon, 1988.

Labropoulos N, et al. Study of the venous reflux progression. *J Vasc Sug* 2005, 41:291.5.

Pittaluga, et al. Asval method: principles and preliminary results. *Minerva medica* 2005; 182-9.

Pittaluga P, Chastanet S, Rea B, Barbe R. Midterm results of the surgical treatment of varices by phlebectomy with conservation of a refluxing saphenous vein. *J Vasc Surg.* 2009 Jul;50(1):107-18.