

APORTES Y CONTRIBUCIONES

Ligadura subfascial endoscópica en la insuficiencia de venas perforantes en los miembros inferiores. Aporte al artículo original¹

Pietravallo Antonio*

Callao 1245 1º B
Buenos Aires - Argentina
flebologiapietravallo@hotmail.com

Agradecemos a la Comisión Directiva del Colegio Argentino de Cirugía Venosa y Linfática el habernos otorgado el honor de comentar el trabajo de los Dres. Freyre R. Herbert, Delgado P. Napoleón y Bautista S. Fernando sobre el procedimiento SEPS (tratamiento de perforantes insuficientes con videoscopia subaponeurótica). Este tratamiento quirúrgico ofrece numerosas ventajas sobre otras técnicas, en particular las que se efectuaban a cielo abierto, como la operación de Linton a partir de 1938 y la de Cockett a partir de 1953.

Estas dos últimas técnicas, con las cuales desarrollamos una vasta experiencia en las décadas del '70, el '80 y el '90 hasta 1994, fueron procedimientos a los cuales les brindamos el más expresivo reconocimiento. Ellas fueron altamente eficaces al evitar la progresión de los trastornos tróficos, mejorar la úlcera venosa de los grados IV y V de la clasificación CEAP y lograr el cierre de un porcentaje importante de úlceras del grado VI.

No obstante sus virtudes, estas técnicas, que tendrán un lugar destacado en la historia de la Flebología moderna, presentaban como inconveniente más notable sus grandes incisiones de varios centímetros, por consiguiente expuestas a problemas de cicatrización y, cuando ello se superaba, cargaba sus aspectos negativos el peso de las cicatrices antiestéticas.

Así, el SEPS ofreció, como expresivo aporte del progreso, una gran eficacia en el cierre de las perforantes

insuficientes con la ventaja de aportar un excelente resultado estético. A ello se suma un postoperatorio corto y confortable. En nuestra experiencia, a las 24 horas se da el alta y a partir de ese momento se inicia la deambulacion progresiva, con venda elástica debidamente colocada, con presión adecuada mediante vueltas oblicuas ascendentes y descendentes.

Sobre la base de nuestra experiencia, desde 1994 hasta 2008 inclusive, de 515 casos operados, coincidimos con los autores en cuanto al porcentaje de buenos resultados y en el número bajo de complicaciones.

Por supuesto, estas últimas corren en sentido paralelo a la experiencia. En efecto, el ajuste técnico, la precisión que evita maniobras colaterales, la preparación minuciosa en el preoperatorio y un postoperatorio bien controlado, reducen gradualmente el número de complicaciones.

Los hematomas postoperatorios, que significaron complicaciones en nuestros dos primeros años de experiencia, no volvieron a complicar la evolución cuando se cumplió con la premisa de dejar todos los vasos con hemostasia correcta, aun los más delgados.

TABLA DE ABREVIATURAS

CEAP	Clasificación clínica, etiológica, anatómica y fisiopatológica
SEPS	Subfascial endoscopic perforator surgery

¹ Publicamos el aporte realizado por el Dr. Antonio Pietravallo sobre el tema "Ligadura subfascial endoscópica en la insuficiencia de venas perforantes en los miembros inferiores. Experiencia en Perú" Freyre R. Herbert, Delgado P. Napoleón, Bautista S. Fernando. Forum de Flebología y Linfología Vol. 11 N° 1, 2009.

Éstos no son perforantes pero sí vasos que cruzan el campo operatorio subaponeurótico y deben coagularse en las maniobras de disección y avance en la diéresis necesaria para ubicar a cada perforante y cliparla, coagularla o cerrarla con láser transvideoscópico. Esta última modalidad técnica la realizamos desde el año 2000.

Estamos totalmente de acuerdo con los autores en la metodología de presentación del trabajo, con las indicaciones, la técnica utilizada y los resultados obtenidos.

Algunas diferencias técnicas con nuestra metodología no invalidan lo antedicho, porque lo importante es la experiencia acumulada con un instrumental determinado. Con esa experiencia, a través del tiempo, es que irán mejorando los resultados y disminuyendo las complicaciones.

En efecto, los autores utilizan un procedimiento con doble portal para ingreso subaponeurótico y utilizan insuflación de CO₂ en el espacio subaponeurótico para distenderlo. Esa técnica no sólo es correcta, sino que es utilizada por numerosos autores de acuerdo con la bibliografía internacional. Si bien nosotros no utilizamos esa técnica, aceptamos que es una de las variables reconocidas y eficaces.

Desde las primeras horas de nuestra experiencia utilizamos el aparato de Gerald Hauer, de origen alemán, que nos ofrece una excelente visión transvideoscópica del espacio subaponeurótico, con precisa transmisión de colores y contrastes, y con moderada ampliación de los espacios reales. Así, contamos con una clara y determinante imagen de todo el espacio subaponeurótico de cara interna y posterior de la pierna, desde el hueco poplíteo hasta la entrada del canal retromaleolar interno.

Estamos de acuerdo con los autores en el reconocimiento a los autores alemanes que en 1984 comenzaron con el método.

Cabe consignar que en Argentina los dos primeros trabajos presentados fueron los del Dr. Eduardo Pataro y su equipo, y nuestro trabajo presentado en la Academia Argentina de Cirugía, con nuestra experiencia inicial en el año 1994 y con una técnica más consolidada y una experiencia de mayor tiempo de evolución en 1996 (Pietravalle A. y col.: "Anatomía quirúrgica del Sistema Perforante. 33 años de experiencia. Perspectivas de la videoscopia flebológica". Trabajo presentado en la Academia Argentina de Cirugía, en la sesión del 30 de noviembre de 1994. Relator: Prof. Dr. Dino Sfaricich. Pietravalle A. y col. Videoscopia subaponeurótica en la cirugía de las venas perforantes. Trabajo presentado en la Academia Argentina de Cirugía, en la sesión del 9 de octubre de 1996. Relator: Prof. Dr. Pataro Eduardo).

Cabe mencionar otros aspectos de la diferencia técnica en cuanto al instrumental y a la metodología de abordaje del espacio subaponeurótico.

Las reuniremos en los puntos siguientes:

1. Antes de utilizar el aparato de Gerald Hauer usamos otro, de otro autor, con canal de trabajo más angosto. Fue una experiencia frustrante porque no teníamos buena visión y no contábamos con espacio suficiente para el instrumental endoluminal.
2. La llegada a nuestro servicio quirúrgico del Hospital Italiano de Buenos Aires del videoscopio de Gerald Hauer cambió, con amplios beneficios, nuestra realidad de trabajo y nuestras perspectivas. Recién entonces pudimos comprobar los excelentes beneficios que aporta esta técnica.
3. Siempre utilizamos un solo portal de abordaje y ampliamos el espacio subaponeurótico impulsando hacia arriba la aponeurosis con una visera que tiene el aparato que cubre la emisión lumínica. De esa manera, al avanzar sector por sector vamos configurando una pequeña "carpa" donde la luz expone con precisión todos los aspectos anatómicos y patológicos.
4. A partir del año 2000 comenzamos a utilizar aparato láser de 810 nanómetros y luego de 980 nanómetros, fibra de 400 micras, para llevar a través del canal de trabajo la fibra hasta contactarla con la perforante insuficiente. La descarga láser cierra a la perforante en forma efectiva y rápida.

Esta técnica nos deparó dos ventajas importantes:

- a) No necesitamos más convertir a técnica abierta, lo cual es necesario cuando se rompe la perforante y la sangre en el espacio subaponeurótico obstaculiza la visión. Tuvimos conversiones en el 12% los primeros dos años y del 8% en los subsiguientes. A partir del 2000 con láser transvideoscópico no efectuamos más conversiones porque hemos demostrado que el efecto láser en bajas potencias de 4 watts en 3 series de 3 segundos con fluencia de 36 joules es suficiente para cerrar una perforante sin efectos indeseables perivenosos. Con esa técnica el efecto láser sobre la perforante logra su cierre gradual y efectivo sin ruptura de la perforante.
- b) La segunda ventaja de este método es que nos permite llegar y actuar en perforantes más distales o en lugares anatómicos más dificultosos

para el clipaje, ya que debido a su pequeñez podemos llevar la fibra láser a lugares anatómicos estrechos o dificultosos para el accionar del clip de titanio.

En conclusión, felicitamos a los autores de este trabajo por la calidad científica de su contenido.

Adicionalmente, subrayo la meticulosa bibliografía presentada, en particular los trabajos de Peter Gloviczki, un verdadero pionero en el desarrollo y mantenimiento de esta técnica en cuanto a indicaciones y beneficios. Considero que esta técnica, bien utilizada, con buenos aparatos y experiencias sólidas, mantendrá un lugar preciso y destacado entre los métodos terapéuticos de la insuficiencia venosa crónica.

Precisamente, por ser la experiencia de Peter Gloviczki una de las más destacadas por casuística y seguimiento científico, es que la señalamos como elocuente referente de los excelentes resultados que aporta este método.

Considero que las referencias sobre un método en cuanto a beneficios y resultados debe extraerse de las casuísticas destacadas. Esa conclusión está suficientemente explícita en los trabajos de Peter Gloviczki y colaboradores de la Mayo Clinic.

Asimismo, dos de los más destacados libros a nivel internacional, como son *The Vein Book* editado por John Bergan en 2007 y *Handbook of Venous Disorders* editado por Peter Gloviczki, (3ª ed. en 2009), y un libro nacional de relevante nivel científico, como lo es el de Roberto Simkin, dedican capítulos al tratamiento de perforantes insuficientes con SEPS y destacan sus beneficios.

Cabe una última reflexión, surgida de nuestra experiencia: el SEPS brinda sus mejores beneficios indicado en el grado IV y V de la clasificación CEAP, es decir, cuando se puede lograr un alto porcentaje de cierre de la úlcera con la anulación del reflujo de las perforantes insuficientes. Consideramos que ése es el tiempo útil y necesario.

La indicación no se debe pasar del grado VI porque en éste no son ya las perforantes el factor determinante. En efecto, en ese grado ya intervienen todas las alteraciones de la microcirculación para generar y mantener los trastornos tróficos a nivel de la citoarquitectura textural. Ya es tarde, entonces, para tratar las perforantes, porque son las alteraciones de la microcirculación con su pléyade de moléculas inflamatorias, necrotóxicas y estimulantes de la progenie fibrótica las que mantendrán y agravarán los trastornos tróficos, y determinarán que la úlcera abierta sea rebelde o incoercible.