

**Safenoextracción o esclerosis in situ en la cirugía ambulatoria de las várices**

**Safenoextraction or sclerosis in situ in ambulatory surgery of varicose veins**

**Dr. Norberto Morales Olivera ; Dr. Carlos del RiscoTuriño ; Dra. Odalys Escalante Padrón ; Dr. Eliecer Rodríguez Sánchez ; Dr. Pavel Rodríguez Barranco**

Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

**RESUMEN**

Se realizó un estudio comparativo entre dos grupos de pacientes operados ambulatoriamente de várices. Setenta y cuatro de ellos mediante Safenoesclerosis in situ con ligadura escalonada de la gran safena y a noventa pacientes se les realizó fleboextracción de forma convencional.

Encontramos un 5,4 % de complicaciones en el grupo de la safenoesclerosis y 9,9 % en el grupo de fleboextracción destacándose en el primer grupo la ausencia de hematomas y de secuelas neurológicas.

**DeCS:** VÁRICES; TÉCNICAS QUIRÚRGICAS.

**ABSTRACT**

We performed a comparative study between two groups of patients, ambulatory operated of varicose veins. Seventy four of them were operated through safenoesclerosis in situ with binding on ladder of the mayor safena and in ninety patients was performed a conventional stripping.

**DeSC:** VARICOSE VEINS/surgery; SURGERY, OPERATIVE; AMBULATORY SURGERY.

## **INTRODUCCIÓN**

Dentro de las enfermedades vasculares más frecuentes están las várices, por lo que existe una tendencia general a hacer ambulatoria su cirugía. Se calcula que este tipo de cirugía ha costado más de 15 millones de libras esterlinas en el Reino Unido (1).

En nuestro medio se han realizado estudios que corroboran la magnitud de la morbilidad por várices (2). Desde la época de Hipócrates se estableció la necesidad de un tratamiento quirúrgico de algunos pacientes varicosos (3).

La Sociedad Española de Angiología realizó una encuesta muy interesante sobre el tema y existen criterios diversos sobre el mismo (4).

Alvarez Sánchez y colaboradores afirman que la mejor forma de evitar complicaciones es la Cirugía. (5, 6)

Es sabido que el objetivo de la operación de las várices es la eliminación del flujo invertido en las venas superficiales y esto se consigue con diversas técnicas. (7, 8)

La ambulatoriedad de la cirugía de las várices además de su positivo efecto económico, tiene la ventaja de utilizar métodos anestésicos más inocuos, practicables en sujetos más viejos y aún con enfermedades asociadas (9).

Queremos mostrar pues un estudio comparativo de dos grupos de pacientes de los que se le realizó eliminación de la vena safena magna por esclerosis in situ y otro grupo que se le realizó arrancamiento de dicha vena

## **MÉTODO**

Se realizó un estudio comparativo entre dos grupos de pacientes operados de várices consecutivamente en el servicio de Angiología y Cirugía vascular de nuestro centro .

El grupo estudio estuvo formado por 74 pacientes operados mediante safenoesclerosis in situ de la safena magna, introduciéndole un hilo de sutura de alta porosidad humedecido con policadonol al 3% acompañado de ligadura escalonada transcutánea de la misma. El grupo control estuvo constituido por 90 pacientes a los que se les realizó safenectomía ambulatoria con método convencional de stripping.

Los métodos anestésicos y medicamentos empleados fueron iguales en ambos casos.

## RESULTADOS

En ambos grupos de pacientes predominó el sexo femenino, aunque las cifras parecen desproporcionadas, con respecto a la morbilidad real de uno y otro sexo, del síndrome varicoso, que se acepta internacionalmente. En las mujeres, además del cuadro sintomático, se añade el factor estético como motivo del tratamiento quirúrgico.

Entre los 41 y 50 años fue el grupo de edades más frecuente, y el sexo femenino, en ambos grupos para un 40,5 % y 34,5 % respectivamente como puede verse en la tabla #1

**Tabla . 1. Características de los operados según edad y sexo**

Grupo Estudio					Grupo Control				
Masculino			Femenino		Masculino		Femenino		
Menos	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
20 años									
21-30	-	-	1	3	2	2,2	-	-	
31-40	3	4,06	20	27	2	2,2	8	8,9	
41-50	3	4,06	15	20,2	6	6,7	24	26,7	
51-60	-	-	2	2,7	-	2,2	2	2,2	
61- más	-	-	-	-	-	-	2	2,2	
Total	6	8,2	68	91,8	16	16,6	76	93,4	

Total General: 74 pacientes 100 % Total General : 90 pacientes 100 %

**Fuente:** Encuestas

Con relación a la prueba clínica de Bradie – Trendelenberg encontramos que fue positivo o doble en todos los pacientes, pues tenemos por norma actuar sobre la safena magna quirúrgicamente cuando ésta es insuficiente, lo cual también fue corroborado por estudio Doppler en el 100% de los pacientes de ambos grupos como puede verse en la tabla 2.

**Tabla. 2. Clasificación de los operados según prueba de Brodie  
Trendelemburg**

	<b>Grupo Estudio</b>		<b>Grupo Control</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Positivo	36	48,7	34	37,8
Doble	38	51,3	56	62,2
Total	74	100 %	90	100 %

**Fuente:** Encuesta

Con referencia a las complicaciones postoperatorias de los pacientes estudiados, llama la atención que el grupo estudio hubo cuatro pacientes para un 5, 4 % contra nueve para un 9, 9 % del grupo control .

Señalaremos también que la complicación que aparece como flebitis en cordón, se consideró como tal cuando fue exagerada y requirió tratamiento médico. Apareció dicha complicación en tres pacientes para un 4, 1%. La incidencia de linfangitis postoperatoria es significativamente menor en nuestro grupo de estudio para una  $P < 0, 05$ .

Por otro lado, la extracción de la safena provocó neuritis en tres pacientes para un 3, 3%. A menudo esta neuritis tiene un carácter permanente y puede considerarse una secuela.

Cabe señalar que en el grupo control algunos pacientes tuvieron más de una complicación como puede verse en la Tabla 3.

**Tabla 3. Complicaciones**

<b>Diagnóstico</b>	<b>Grupo Estudio</b>		<b>Grupo Control</b>	
	No.	%	No.	%
Linfangitis	1	1,3	5	5,5
Neuritis	-	-	3	3,3
Flebitis en cordón	3	4,1	1	1,1
Hematoma	-	-	1	1,1
Total	4	5,4	9	9,9

**Fuente:** Encuesta P<0,005

## **DISCUSIÓN**

La ambulatoriedad del tratamiento quirúrgico de las várices nos la impone la necesidad de emplear racionalmente el recurso cama, Cacciatore y colaboradores (10) utilizaron un método semiambulatorio con muy buenos resultados.

Hordegen –Lüdin (11) utiliza sistemáticamente un procedimiento de escleroterapia compresiva satisfactoriamente; sin embargo, Bellinger (12) dice que la no extirpación de la safena hace obligadas las recidivas dentro de los cinco años siguientes.

Lavorato comunica un reporte de neuralgia de la safena interna consecutiva al stripping que coincide con nuestras observaciones personales (13).

En nuestro procedimiento se evita el traumático arrancamiento de la safena y se combina con un procedimiento de escleroterapia física de la vena safena.

Este procedimiento de esclerosis mediante la introducción de un material de sutura ya fue probado en nuestro medio (14).

Consideramos nuestro método como un proceder más a considerar en el tratamiento quirúrgico ambulatorio de las várices.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Alvarez J Aldama A. Algunos problemas hemodinámicos en el estudio del paciente varicoso. Rev. Cub. Cir. 1985; 25 (6): 723 –778.
2. Cardona M. Características de los egresados de los servicios de Angiología en Hospitales seleccionados. Rev. Cub. Med. 1987; 25 (11): 974 –982.

3. Lawrence A. Várices del miembro inferior. Buenos Aires: Ed. Universitaria; 1969:15-17.
4. Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular. Opinión del médico sobre la patología venosa de los miembros inferiores. Angiología 1988; 40 (2): 72-83.
5. Alvarez JA. Estudio de la insuficiencia valvular en los pacientes con complicaciones tróficas. Rev. Cub. Cir 1982; 26(6):139-148.
6. Alvarez JA. Evaluación hemodinámica del tratamiento quirúrgico de las várices esenciales . Rev. Cub. Cir 1989; 28 (1-2): 75-83.
7. Palov J. Insuficiencia venosa crónica postflebítica . Tratamiento quirúrgico del síndrome trófico ulceroso. Angiología 1984 ; 36 (1): 41-42.
8. Corcos L, Romero V. Nuevo extractor externo. Angiología 1988; 40 (3): 113-117.
9. De la parte L, Corzo H, Rodríguez A. Anestesia en el paciente con hipertensión arterial. Rev. Cub. Cir. 1987; 26 (2): 165-172.
10. Cacciatore E, Verini S, Boraldi A. El tratamiento de las várices esenciales en Cirugía semiambulatoria. Experiencia sobre 420 casos. Angiología 1983; (2): 70-72.
11. Hordeng –Lüdin KM. La escleroterapia en várices complementada con compresión local. Técnica escleroterápica de Sigg modificada. Rev. Pan. Fleb. Linf. 1994; (3):38-40.
12. Bollinger A. Angiología. La Habana: Ed. Científico Técnica ;1984 (2): 315-318.
13. Lavorato F. Longoni, F; Romagnoli,; Neuralgia del nervio safeno interno tras stripping en el tratamiento de las várices de los miembros inferiores. Angiología; 1983 (2): 59-68.
14. Hernández F, González D, del Risco C; Rodríguez E. Esclerosis Física intravascular . Reporte 220 casos. Temas Ang,,y Cir. Vasc 1975; 1(2) : 41-45.

*Dr. Norberto Morales Olivera.* Especialista de I Grado en Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.