

El «Escoplage» subfascial en el tratamiento quirúrgico radical de las varices de los miembros inferiores (*)

INSON ROSATI, Primario della Divisione di Chirurgia Generale
ROBERTO ORZALES, POMPILIO GRASSO y LEONARDO CORCOS,
Assistenti della Divisione di Chirurgia Generale

OO.RR. S. Antonio L.C. e Camerata —Stabilimento di Camerata—
Firenze (Italia)

Dada la frecuencia y la difusión de las varices de los miembros inferiores, nos hemos dedicado a la investigación de una técnica quirúrgica radical para curar tal enfermedad.

Según el Anuario Estadístico del INAM en Italia de 1970, los casos de internamiento en el hospital por varices de los miembros inferiores y sus complicaciones fueron 41.027. En nuestra División Quirúrgica General, desde 1970 a 1975, ingresaron cerca de 2.500 pacientes afectados de dicha enfermedad.

El objetivo de este trabajo es exponer la técnica adoptada por nosotros en el tratamiento quirúrgico de las varices primitivas.

Si bien los factores etiológicos que determinan la aparición de varices primitivas son numerosos (teoría de los «shunts» arteriovenosos (18) de **Pratt**, 1949; teoría hemodinámica (17) de **Piulachs** y **Vidal-Barraquer**, 1953; teoría hormonal (12) de **King**, 1950; teoría de **Alexander** y de **Burkitt**, según la cual en el determinismo de las varices juega un papel de primera importancia un factor ligado al ambiente y al tipo de alimentación (3), propio de los pueblos de desarrollo socio-económico más elevado), la patogénesis se carga por la mayoría de autores al trastorno hemodinámico que se produce a nivel de los ostiums valvulares de las venas safenas y de las comunicantes. Por tal razón, la simple resección del cayado y safenectomía interna o externa, que también nosotros había adoptado hasta 1970, no debe comprenderse como radical.

Para una mayor comprensión de la técnica que expondremos nos parece útil recordar algunos datos anatómicos respecto a la distribución y morfología de las venas comunicantes del miembro inferior.

Numerosos autores en el siglo pasado [**Loder** (16) en 1803; **Le Dentu** (13) en 1867; **Braune** (5) en 1871] se han dedicado a este asunto y numerosísimos han sido los trabajos sobre la topografía y el número de estas venas, con resultados frecuentemente discordantes entre los autores. Más recientemente se han ocupado de ello **Warwick** (24) en 1945, **Raivio** (20) en 1947, **Cockett** (8) en

(*) Traducido del original en italiano por la Redacción.

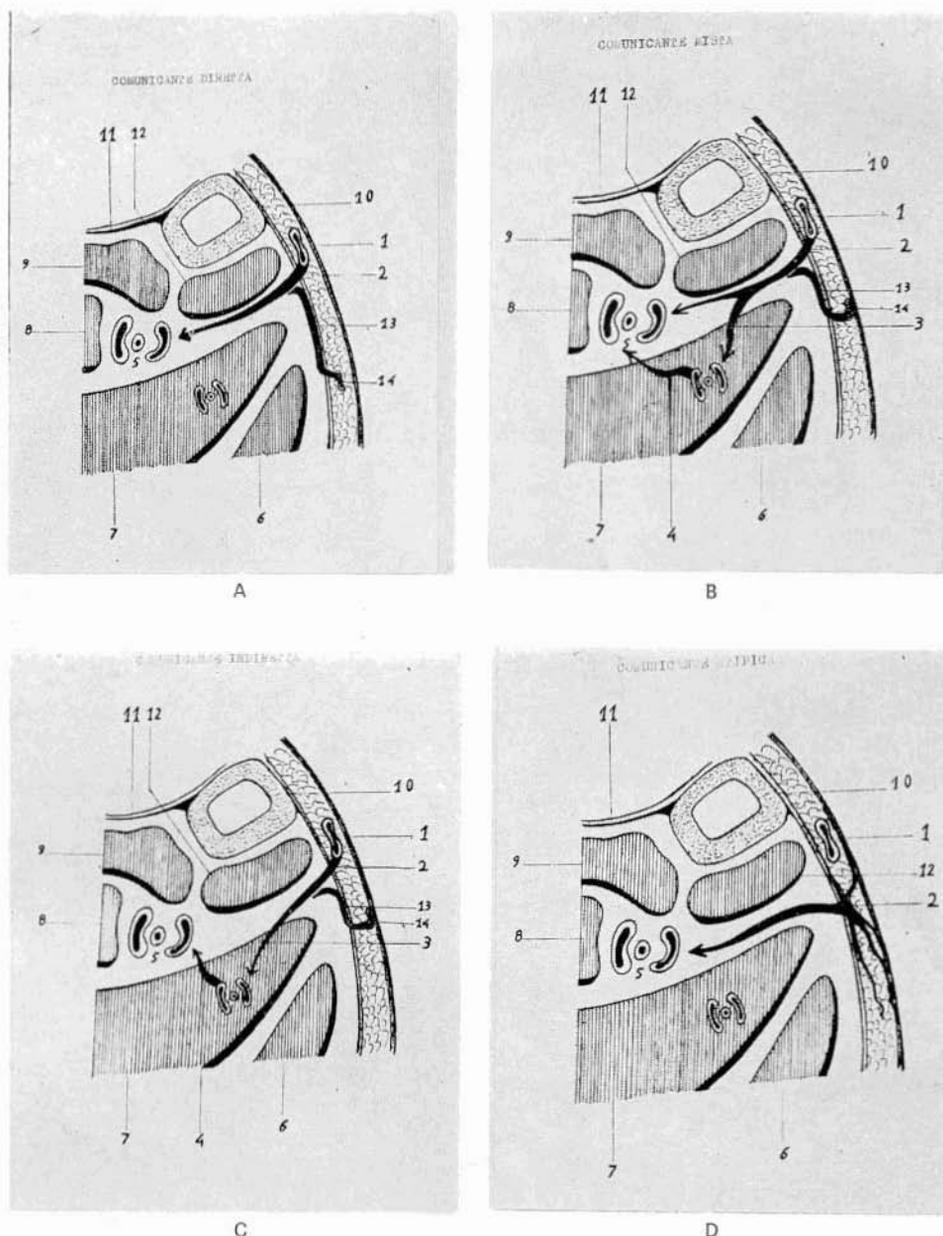


Fig. 1. — Sección en el tercio superior de la pierna. 1) Safena interna. 2) Trayecto suprafascial de la comunicante. 3) Comunicante indirecta. 4) Comunicante muscular. 5) Arteria y vena tibiales posteriores. 6) Músculo gemelo medial. 7) Músculo sóleo. 8) Músculo flexor largo dedo gordo. 9) Músculo tibial posterior. 10) Tibia. 11) Ligamento interóseo. 12) Músculo flexor largo de los dedos. 13) Comunicante de trayecto subfascial procedente de una vena colateral de la safena interna. 14) Comunicantes: a) directa, b) indirecta, c) mixta y d) atípica.

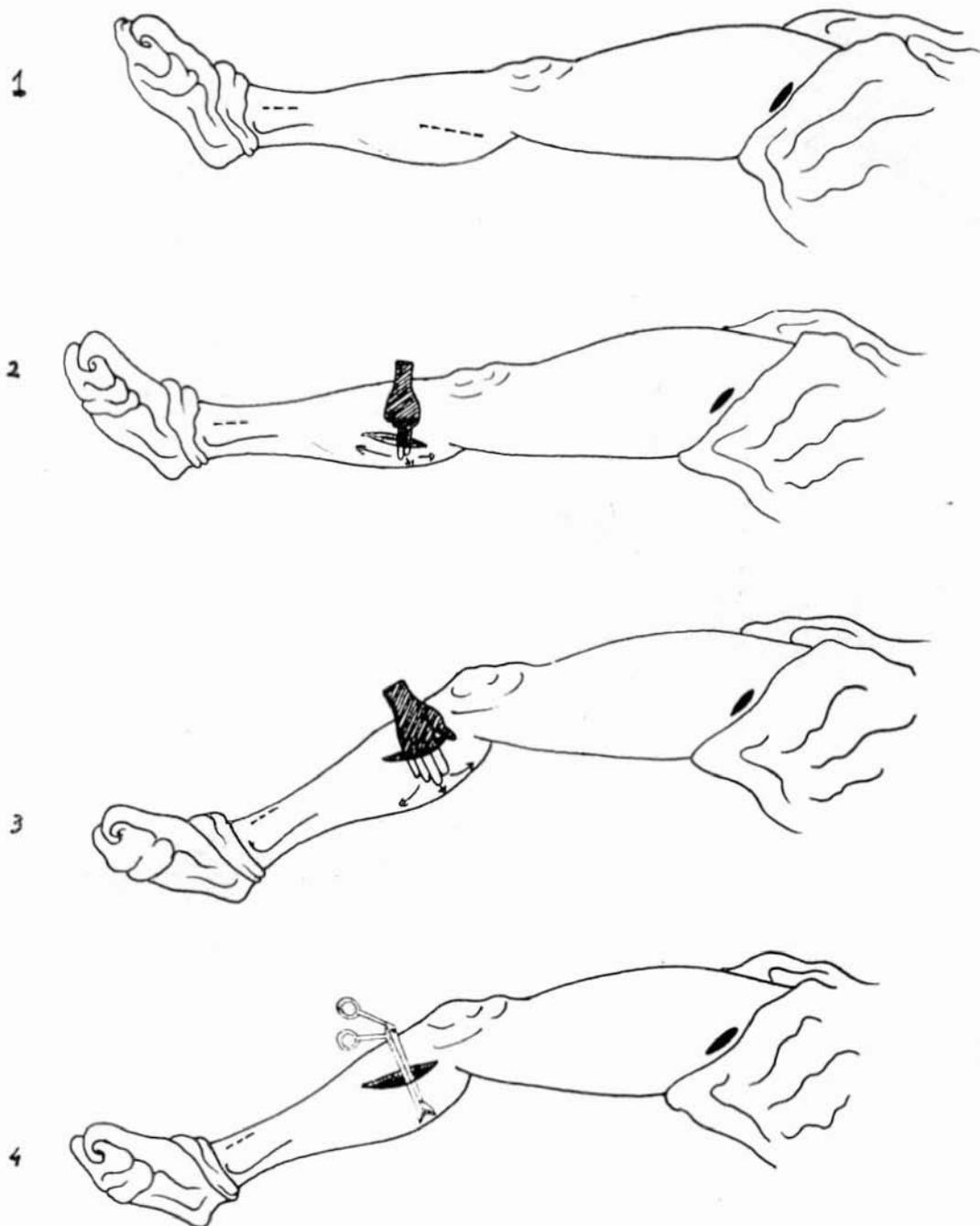


Fig. 2. — Tiempo subfacial del «escoplage».

1953, **Sherman** (22) en 1949, **Dodd** (9) en 1956, **Sautot y Bouchet** (21) en 1962 y **Holibka y Jura** (10) en 1963.

Desde el punto de vista morfológico las venas comunicantes se pueden dividir, según **Stolic** (23) en 1972, en cuatro grupos (fig. 1):

1. Directas: perforan la fascia, transcurren entre los músculos y alcanzan el sistema venoso profundo; están valvuladas.
2. Indirectas: son de curso intramuscular y comunican las circulaciones por medio de venas musculares; están valvuladas.

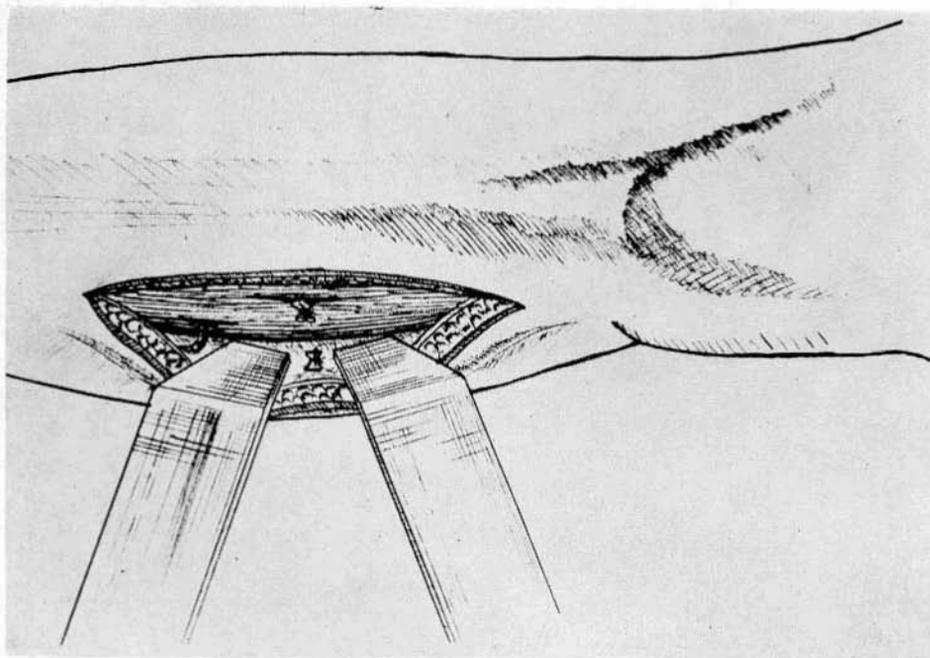


Fig. 3. — Plano anterior del campo operatorio. Una comunicante ha sido ya ligada y seccionada; otra más distal ha sido aislada para proceder a su ligadura y sección. Ambas pertenecen al territorio de la safena interna.

3. Mixtas: esquemáticamente, tras atravesar la fascia se dividen en una rama muscular y una intermuscular; están valvuladas.
4. Atípicas: ponen en comunicación pequeñas venas dérmicas con el sistema venoso profundo.

Hay que señalar que, con frecuencia, las venas comunicantes pertenecientes a los tres primeros confluyen por debajo de la aponeurosis en un tronco único.

Desde el punto de vista topográfico podemos decir, esquemáticamente, que

en el miembro inferior existen tres grupos de venas comunicantes: mediales, laterales y anteriores. A nivel del muslo el grupo más importante está constituido por las de la parte inferior del medial, o grupo de **Dodd**, que se encuentra a nivel del conducto de Hunter. En la pierna el grupo medial es el más numeroso y pone en relación la safena interna y sus ramas con el sistema de tibial anterior, en el tercio inferior, y tibial posterior, en el tercio medio superior (**Sautot** y **Bouchet**, 21). Según estos autores, son absolutamente constantes dos venas comunicantes directas, una situada encima y otra debajo del maléolo interno. De igual modo, a nivel del cóndilo tibial se registran con gran frecuencia algunas venas comunicantes, llamadas de **Boyd**. El grupo anterior se encuentra

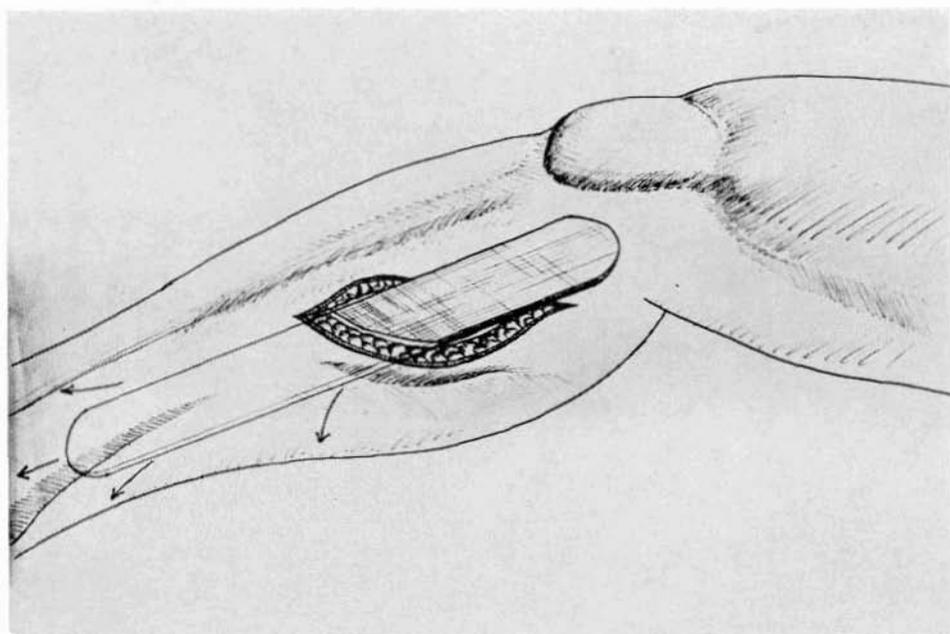


Fig. 4. — Una valva maleable se introduce a través de una brecha quirúrgica y es empujada por vía subfascial hasta la región maleolar interna para la laceración de las comunicantes no alcanzables de otra manera.

por el contrario en posición ántero-externa de la pierna y comunica los ramos de ambas safenas con la tibial anterior. **May** ha descrito algunas comunicantes que desde la superficie anterior de la tibia desembocan a través del hueso en el canal medular. El grupo lateral se encuentra en la cara postero-externa de la pierna y relaciona la safena externa con la peronea y, en la parte más alta, con la vena poplítea. Frecuentísima es, según **Cockett** (8), una comunicante situada por encima del maléolo externo. Por otra parte, son constantes las comunicantes indirectas que relacionan la safena externa con las venas del músculo

lo gemelo interno (100 % de los casos); y muy frecuentes (50 % de los casos) las que lo hacen con las venas del gemelo externo (**Sautot y Bouchet**), (21).

Ante estos datos anatómicos, resulta evidente la variabilidad de número, topografía y curso de las venas comunicantes, y también la dificultad de un tratamiento quirúrgico radical. Este se realiza sólo, según nosotros, efectuando la ligadura de las comunicantes a nivel subfascial, evitando así la recidiva por insuficiencia del método y graves lesiones tróficas de los tegumentos.

Por tanto, las intervenciones contra las comunicantes, ya sea según lo

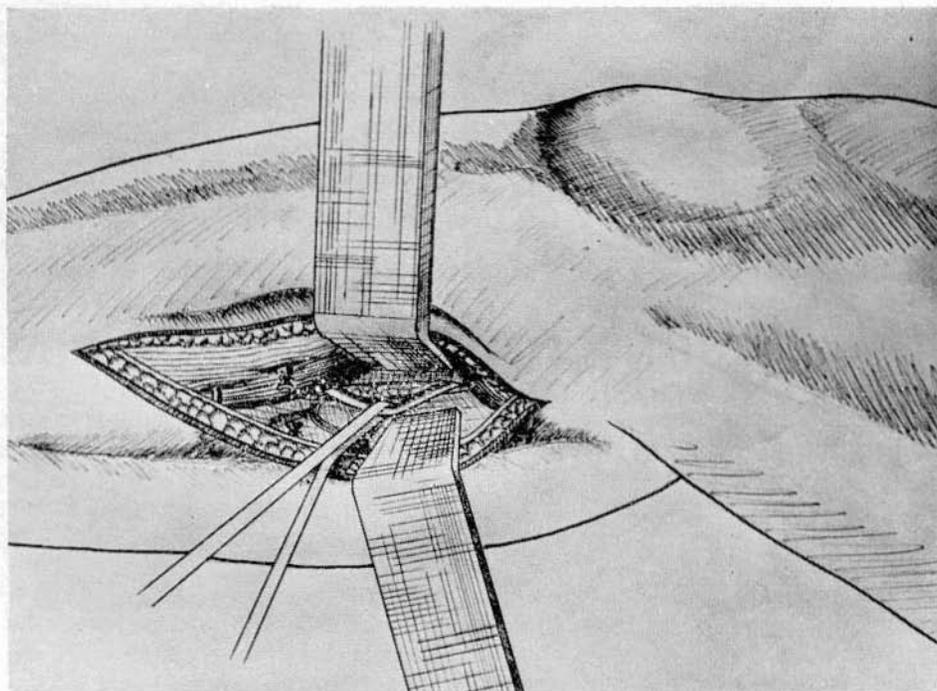


Fig. 5. — Plano medial del campo operatorio. Se separa el músculo gemelo interno lateralmente. Se incide la fascia sural longitudinalmente y se aísla la safena externa con una cinta. Por transparencia se observan algunas colaterales tributarias de dicha safena y más anteriormente las dos comunicantes citadas en la figura 3.

tradicional con sección a la vista de dichas venas identificadas preoperatoriamente, ya por interrupción instrumental a través de un amplio despegamiento subcutáneo de la fascia muscular (técnica del «Escoplage» suprafascial), como propone **Albanese** (1, 2) en 1965-1966, o con maniobras digitales según **Battezzati**, en 1969, hay que proscribirlas a nuestro criterio. En efecto, la sección a la vista de las comunicantes requiere numerosas incisiones cutáneas y no garantiza la radicalidad, a pesar de la más profunda y particular investigación preoperatoria. El despegamiento dígitoinstrumental suprafascial, propuestos por

Albanese y Battezzati, si por un lado se acercan a la radicalidad, por otro exponen al paciente a diversas complicaciones postoperatorias, como hematomas subcutáneos y extensas equimosis seguidos de dehiscencia de las heridas, trastornos tróficos e incluso áreas de necrosis cutáneas y no rara vez linfedema del miembro tratado.

La intervención de **Linton** (14, 15) en 1953 y de **Felder** para la sección subfascial de las comunicantes de la pierna, mediante una amplia incisión longitudinal sobre la fascia medial y posterior, desde la rodilla a los maléolos, ofrece en efecto amplias garantías desde el punto de vista de la radicalidad, pero no está exenta de complicaciones postoperatorias, ligadas a la amplitud de las incisiones cutáneas, que a veces caen en zonas cutáneas y subcutáneas afectadas de fenómenos distróficos.

En 1968, **Cigorruga** (7) propuso el despegamiento subfacial u «Operación de la valva» como alternativa a la operación de **Linton**. Mediante una única incisión en el tercio superior de la pierna, sobre la fascia medial, alcanza siempre longitudinalmente la fascia muscular; a través de esta brecha introduce una valva maleable con la que se disocian con facilidad las débiles conexiones entre la propia fascia y el plano muscular, realizando a este nivel un amplio despegamiento. La valva es empujada distalmente hacia la región maleolar, lacerando todas las comunicantes de la cara interna de la pierna. Para facilitar la detención espontánea de la hemorragia que así se produce, el autor efectúa la intervención en posición de Trendelenburg. Se sutura luego la aponeurosis con dos o tres puntos.

A diferencia de los autores citados, preferimos la ligadura a la simple laceración instrumental de las comunicantes, para así evitar la formación de hematomas postoperatorios. La intervención subfascial nos permite individualizar y aislar las comunicantes, singularmente, tanto como para obtener una radicalidad, y nos protege de complicaciones postoperatorias observadas en intervenciones suprafaciales.

Después de haber practicado una cuidadosa resección de cayado y el «stripping» de la safena interna, practicamos en general una incisión cutánea longitudinal, al fin de interrumpir el menor número de vasos linfáticos, de unos 6 cms. sobre la cara medial de la pierna a nivel del tercio superior (figs. 2-1). Se incide entonces en todo su espesor el tejido subcutáneo y, alcanzada la fascia muscular, se abre longitudinalmente. La disociamos en este momento del plano muscular con maniobras digitales e instrumentales, procurando no interrumpir las comunicantes que encontramos (figs. 2-2 y 2-3). Luego, después de aislarlas cuidadosamente, se ligan con catgut o mejor con hemoclips de metal inerte (tantalio) (fig. 2-4) y seccionadas. Con este último método y con el auxilio de separadores adecuados efectuamos la hemostasia, incluso de vasos lejanos a la incisión (fig. 3). Esto nos permite evitar incisiones en zonas cutáneas afectas de fenómenos distróficos, como ocurre con frecuencia en la parte distal de la pierna. Insistimos sobre una buena hemostasia, dado que la causa principal de los hematomas postoperatorios de este tipo de cirugía está determinada por pequeños vasos arteriales satélites de las comunicantes (**Stolic**). Sin embargo, cuando comunicantes más lejanas a la línea de incisión

no pueden ser alcanzadas de esta manera, recurrimos a la técnica de **Cigorraga**: paciente en posición de Trendelenburg (fig. 4).

La amplia exposición del campo operatorio y una buena disociación del plano aponeurótico-muscular permiten alcanzar incluso la safena externa y seccionarla bajo ligaduras o hemoclips en su desembocadura ostial, tras haber incidido la fascia sural en sentido longitudinal. Tal incisión puede ser prolongada hasta el límite del tercio inferior de la pierna, permitiendo la safenectomía posterior hasta este nivel y la interrupción en la confluencia de sus colaterales subcutáneas (fig. 5).

Esta ampliación de la intervención debe efectuarse como regla, puesto que una de las causas principales de recidiva operatoria por varices del territorio de la safena interna es la permanencia del ostium de la safena externa y de las comunicantes del grupo posterior.

En los casos en que nos hallamos ante varices de la región pretibial y de la cara antero-externa de la pierna, después de haber desconectado tales ramos de ambas safenas, es necesario buscar y seccionar eventuales comunicantes con el sistema tibial anterior y peroneo. Dado que estas comunicantes transcurren por las celdas anterior y posterior de la pierna, separadas del septo intermuscular (**Sherman**, 1949) (22), recurrimos sólo en este caso al «escoplage» suprafascial para poder actuar con una única incisión cutánea tanto sobre las comunicantes de la celda anterior como las de la posterior de la pierna.

Al término de la intervención se cierra la brecha practicada sobre la fascia de manera cuidadosa con material reabsorbible. Se aplica al miembro operado un vendaje elástico-compresivo hasta el tercio superior del muslo, con el paciente en posición de Trendelenburg. Este vendaje se suprime a las 24 horas, movilizándolo al paciente en primero-segundo día. Se comprueba un leve dolor sural en la flexo-extensión del pie.

En el momento de su salida del hospital, el paciente deambula con normalidad y quizá se queja a veces de una hipoestesia cutánea en correspondencia a los territorios sometidos al «escoplage» o «stripping». La recuperación funcional es rápida, pudiendo volver a la vida profesional y social normal entre el décimo y quinceavo día.

En los portadores de graves alteraciones distróficas distales de la pierna con compromiso del sistema linfático, nos limitamos al «stripping» parcial de la safena interna hasta por debajo de la rodilla, tras una cuidadosa resección de su cayado, con objeto de no afectar ulteriormente el drenaje linfático superficial (sólo son necesarias dos pequeñas incisiones cutáneas de unos 2-3 centímetros, una inguinal inferior y otra bajo la rodilla en la cara medial) y para eliminar un componente de estasis venoso constituido por la insuficiencia ostial y valvular de la safena interna.

A continuación efectuamos una terapéutica médica y elástico-compresiva hasta que la piel y el tejido subcutáneo de la pierna hayan alcanzado un satisfactorio trofismo. Sólo entonces completamos la intervención según la técnica descrita.

Hemos sometido a esta intervención, desde 1971 a mayo 1976, cerca de 700 varices primitivas, a menudo complicadas, de los miembros inferiores.

Los controles efectuados ambulatoriamente y en curso de internamiento hospitalario para el tratamiento del miembro contralateral han evidenciado resultados claramente más satisfactorios que en los tratados por el método tradicional. De estos últimos, muchos han sido reintervenidos por recidiva. Ninguno de los nuestros ha presentado reaparición de varices en los territorios tratados con la técnica que hemos descrito.

RESUMEN

Se describe la técnica del «escoplage» subfacial (despegamiento dígito-instrumental subfacial) para la sección de las comunicantes de la pierna y para la safenectomía posterior en el tratamiento quirúrgico de las varices del miembro inferior, como alternativa de las técnicas tradicionales bastante traumatizantes y menos radicales.

SUMMARY

An operative technique for the treatment of varicose veins is described. This technique employs subfacial «escoplage» by digitinstrumental detaching to obtain the section of incompetent communicating veins as well as the removal of saphenous veins.

BIBLIOGRAFIA

1. **Albanese, A. R.:** Escoplage: New surgical technique for treatment of varicose veins in the leg. «J. Cardiovasc. Surg.», 6:491, 1965.
2. **Albanese, A. R.:** Operación radical estética para las varices de los miembros inferiores. «Prensa Méd. Argentina», 53:2.274, 1966.
3. **Alexander:** The theoretical basis of varicose vein formation. «Med. J. Aus.», 1:215, 1972 y 1:258, 1972.
4. **Battezzati y Belardi:** L'interruzione digitale soprafasiale. «Terapia», 54:83. N.º 397.
5. **Braune:** Citado por U. Nannelli y P. Paoli. In Tema de varic degli arti inferiori. «Bollettino e Memorie della Società Tosco-Umbra di Chirurgia», 28:6, 1967.
6. **Burkitt:** Varicose veins, deep vein thrombosis, and hemorrhoids: Epidemiology and suggested aetiology. «Brit. Med. J.», 2:556, 1972.
7. **Cigorruga, J. R.:** El tratamiento quirúrgico de la insuficiencia de las comunicantes. «Rev. Bras. Cardiovasc.», 4:7, 1968.
8. **Cockett, F. B. y Jones, D. E. E.:** The ankle blow-out syndrome. A new approach to the varicose ulcer problem. «Lancet», 1:17, 1953.
9. **Dodd:** «The pathology and surgery of the veins of the lower limbs». Livingstone, Edimburg, 1956.
10. **Holibka y Joura:** Citados por U. Nannelli. Rete venosa dell'arto inferiore. «Anat. e Chir.», 9:3, 1964.
11. **Homans, J.:** The operative treatment of varicose veins and ulcers. «Surg. Gyn. & Obst.», 22:143, 1916.
12. **King, E. S. J.:** The genesis of varicose veins. «Aust. N. 2 Surg.», 20:126, 1950.
13. **Le Dentu:** «Recherches anatomiques et considérations physiologiques sur la circulation veineuse du pied et de la jambe». Thèse de Paris, 1867.
14. **Linton, R. R.:** Surgery of the veins of the lower extremity. «Min. Med.», 32:38, 1949.
15. **Linton, R. R.:** «Am. J. Surg.», 138:415, 1953.
16. **Loder:** Citado por U. Nannelli. Rete venosa dell'arto inferiore. «Anat. e Chir.», 9:3, 1964.

17. **Piulachs, P. y Vidal-Barraquer, F.:** Pathogenic study of varicose veins. «Angiology», 4:59, 1953.
18. **Pratt, G. H.:** Test for incompetent communicating branches in the surgical treatment of varicose veins. «J. A. M. A.», 117:100, 1941.
19. **Pratt, G. H.:** Arterial varices, a syndrome. «Am. J. Surg.», 129:456, 1949.
20. **Raivio:** Citado por U. Nannelli y P. Paoli. In tema di varici degli arti inferiori. «Bollettino e Memorie della Società Tosco-Umbra di Chirurgia», 28:6, 1967.
21. **Sautot y Bouchet:** Les communications entre las veines superficielles et profondes de la jambe. «C. R. Ass. Anat.», 717, 1961.
22. **Sherman, R. S.:** Varicose veins. «Am. J. Surg.», 130:218, 1949.
23. **Stolic, E.:** Nouvelle division des veines communicantes du membre inférieur. «C. R. Ass. Anat.», 1.164, 1972.
24. **Warwick, W. T.:** Varicose veins. «Med. Pr.», 22, 1945.