

FACILIDADES Y COMPLICACIONES EN LA CIRUGIA DE LAS VARICES (*)

LAUDENOR PEREIRA

Prof. Adjunto de Cirugía Vascular de la U.F.Pe. y Cirujano Vascular
del Serviço Próprio do INPS de Recife-Pernambuco (Brasil)

Introducción

Este trabajo tiene por finalidad presentar algunos casos de los que tenemos conocimiento sobre graves complicaciones de la cirugía de las varices y llamar la atención sobre esta cirugía, principalmente de los jóvenes angiólogos, mostrándoles los peligros inherentes a esta «fácil» intervención.

De manera general, algunas operaciones son consideradas para médicos jóvenes, en especial en los medios universitarios y en los hospitales donde la Residencia tiene importante papel. Entre estas operaciones cabe considerar la herniorrafia y apendicectomía en cirugía general, la hemorroidectomía en proctología, la postectomía en urología y las varices en angiología, etc.

Nos vamos a limitar aquí al sector de las varices, lo diario del angiólogo. En 1945, **McPheeters** (13) describe dos casos de ligadura de la arteria femoral, en uno de los cuales se ligó también la vena femoral. **Martorell** (11), en 1946, escribiendo sobre las complicaciones más comunes en dicha operación, en interesante monografía hace mención de 3 casos de trombosis profunda y un caso de embolia. **Warren** y cols. (17), en 300 casos de varices operadas tuvo un caso de trombosis profunda. **Cathro** (2), citando a **Luke** y **Miller** en 1948, anota 4 casos graves, 3 confirmados y uno probable, de ligadura de la arteria femoral. **Foote** (5) tiene conocimiento de que en su país al menos existen 3 casos graves de complicación en cirugía de varices con lesión o ligadura de la arteria femoral. **Laurence** (8), en 1960, presenta una estadística de más de 20 autores sobre casos fatales de embolia tras la operación de varices entre 1927 y 1949 y, además, sus propias complicaciones: un caso de lesión de la vena femoral, 2 de embolia pulmonar, uno de hemorragia o embolia cerebral y 2 de síncope operatorios (con muerte). **Dodd** y **Cockett** (3) presentan un caso de los más interesantes, diciendo que gran parte de los errores son inherentes a las llamadas cirugía de varices con dos equipos. Exponen que un equipo doble dejó en uno de los lados el propio fleboextractor, el cual sólo fue extraído muchos meses después por quejarse el paciente de insistentes dolores en la pierna (Arquivo do Medical Defence Union - 1966). **Ribeiro** (15), en 1970, publica una Tesis en la que se recopilan 5.000 casos de varices, haciendo un elogio de la pericia del cirujano vascular brasileño en este terreno. **Del Aquilla** (1), del Perú, publica en 1974

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

una Tesis sobre varices, con 1801 casos, y entre las complicaciones inmediatas y tardías presenta edema en 117 (6,49 %) y trombosis en uno (0,11 %) entre las inmediatas, correspondiendo a las tardías 5 casos (0,28 %) graves de linforragia. De nuevo **Dodd** (4), en 1951, él mismo casi comete el error de ligar la arteria femoral, aportando que tiene varias comunicaciones de colegas que ligaron tal arteria y tuvieron que amputar la pierna en algunos casos.

Liddicoat y cols. (9), del equipo de **DeBakey**, relatan 2 casos de insuficiencia arterial por «stripping» de arteria femoral, uno en una mujer de 31 años operada nueve semanas antes de safenectomía bilateral y otro en un hombre de 52 años en el mismo caso.

Luke y **Miller** (10) relatan en 1948 un caso fatal de rotura de vena femoral en la operación y añaden: ligadura de la referida vena, 2 casos de ligadura e inyección esclerosante en la arteria femoral seguida de amputación, varios casos de espasmo transitorio de la arteria femoral, además de tromboflebitis y embolias. **Foote** (6) expone que no es raro pasar el fleboextractor hacia el sistema profundo a través de las venas comunicantes. **Kinmonth** (7) presenta una completa estadística de embolias postsafenectomía. Por último, **Vasconcelos** (16) relata varios casos de complicaciones linfáticas después de operaciones en la región inguinal.

Casuística

En los últimos 10 años hemos recogido 14 casos de diferentes cirujanos que, de una u otra manera, llegaron a nuestro conocimiento y que, inclusive, algunos de ellos fueron examinados por nosotros en fase de complicación y tratados. Por motivos obvios, la literatura suele ser parsimoniosa, por lo cual nos ha parecido interesante su colección.

Caso 1. C. G., Luchador profesional. A fin de poder continuar esta profesión se sometió a operación de varices, en la que sufrió gran hemorragia (al parecer recibió transfusión de 3 litros de sangre). A continuación su pierna izquierda empezó a hincharse y le aparecieron más varices que antes. Flebografía (fig. 1): bloqueo a nivel de región inguinal, posible consecuencia de lesión de la vena femoral en el acto quirúrgico. Tuvo que abandonar su profesión de luchador, quedando beneficiario de la Previdência Social.

(N. B.: La flebografía muestra también que la safena interna no fue extraída.)

Caso 2. A. C. S. C., mujer de 30 años y madre de 7 hijos menores. Operada de safenectomía, en el postoperatorio inmediato sufrió una trombosis venosa, que no advertida a tiempo ocasionó una embolia, falleciendo al tercer día.

Caso 3. M. S. C. Sometida a safenectomía de la interna, el cirujano ligó la safena a nivel del cayado sin efectuar el «stripping» de inmediato. Teniendo ligada la safena, minutos después y por olvido, efectuó el «stripping» produciéndose sería hemorragia por lesión de la vena femoral. Quedó como consecuencia una secuela posttrombótica a pesar de la rafia venosa practicada por otro cirujano.

A continuación vamos a relatar 2 casos más, uno del autor de este trabajo y otro del Dr. **Edmundo Vasconcelos** de J. Pessoa.

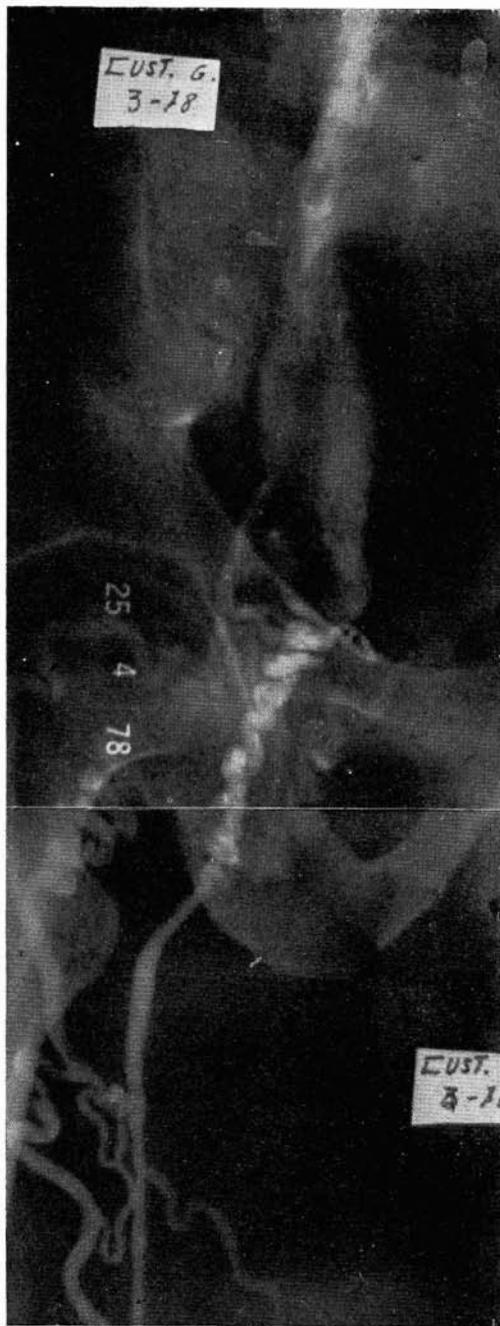


Fig. 1. Extensa circulación colateral a nivel inguinal local. Posible ligadura de la femoral superficial. Dilatación de la íliaca externa a través de la circulación colateral. Se visualiza a la vez el inicio de dilatación de las venas suprapúbicas.

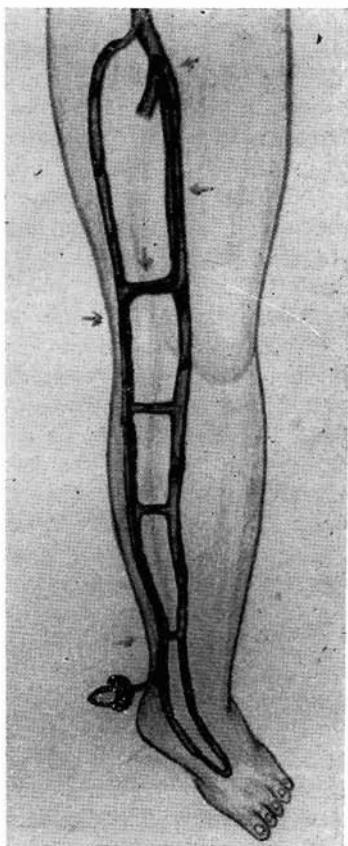


Fig. 2. Esquema que muestra el paso del fleboextractor al sistema profundo a través de una comunicante insuficiente a nivel de la rodilla.

Caso 4. M. M., mujer. Acude de Rio de Janeiro para someterse a la operación en Recife, donde tiene a sus familiares. Durante el acto quirúrgico, al pasar el fleboextractor por la safena interna, al llegar a la rodilla se introdujo por una comunicante insuficiente penetrando en la vena femoral y de aquí hasta nivel del cayado de la safena. Dada la profundidad del campo y de la vecindad del latido arterial pudo comprobarse el engaño y evitar a tiempo una fleboextracción de la vena femoral. La paciente, madre de un conocido ingeniero de la Prefectura de Recife, está curada por completo de sus varices (fig. 2).

Caso 5. Relatado por el Dr. E. Vasconcelos, es en todo semejante al nuestro, no habiendo sufrido daño alguno para ser relatado.

Caso 6. J. G. A., de 50 años de edad, madre de médico, acude a nuestro Servicio aquejando una tumoración a nivel del muslo a continuación de una operación de varices. No se hizo diagnóstico clínico, solicitando una radiografía que mostró un cuerpo extraño. Operada en 1971, se comprobó una tumoración dolorosa, movilizable y encapsulada constituida por la ojiva del fleboextractor. Este caso es en parte semejante al presentado por **Dodd y Cockett** (3).

Casos 7, 8, 9 y 10. Todos corresponden a infecciones muy serias, permaneciendo la del Caso 7 (J. A.) internada más de tres meses en el Hospital Português de Recife hasta su completa curación. Quedó con varias cicatrices deformes debidas a las incisiones para curar los abscesos producidos en el trayecto de la safena interna.

Caso 11. S. K. Mujer aún joven a quien, en otro Servicio, se le practicó safenectomía interna. Teniendo en cuenta la anestesia y la sensación incómoda en la pierna y principalmente en el pie, se atribuía a otras venas. Nos pareció que la enorme incisión practicada en la región maleolar, cerca de 10 cm., era la responsable de las molestias de la paciente.

Caso 12. E. C., mujer de 25 años, casada. Inmediatamente a una safenectomía interna se produjo una trombosis venosa extensa, una flegmasia cerúlea dolens, que obligó a la amputación por encima de la rodilla.

Caso 13. Comunicado por el Dr. E. Vasconcelos de J. Pessoa. Mujer de 50 años, operada de safenectomía en el interior de aquel Estado. En el postoperatorio apareció un característico cuadro de isquemia, siendo transportada de inmediato a la capital, donde tras una aortografía fue sometida a intervención que comprobó una ligadura de la arteria femoral y la vena, pero sin sección. Deshecha la ligadura y pasado un Fogarty, el cirujano creyó oportuno practicar una simpsectomía, dándose de alta a la paciente, curada, sin pérdida anatómica.

Comentarios

Los casos que comentamos, que pasaron por nuestras manos o al menos llegaron a nuestro conocimiento, tienen por finalidad simplemente llamar la atención sobre los cuidados relacionados con esta cirugía en apariencia de bajo riesgo, pero que mal tratada puede llevar a serias complicaciones tanto para el cirujano como para el paciente. La disección del cayado de la safena es el tiempo que merece más cautela y que requiere toda la habilidad del operador, seguido del paso del fleboextractor y, por último, de la delicadeza con que deben ser tratadas las demás estructuras anatómicas, no olvidando jamás que son ele-

mentos nobles los que están siendo manoseados.

Utilizando la técnica de **McCook** (12) son necesarios cuidados para evitar la necrosis de la piel, así como las hemorragias al practicar el «stripping», causa de posibles infecciones subsiguientes, que a veces se asocian a una linforragia a nivel de la región inguinal (16).

Pereira (14), en trabajo aún no publicado, en pacientes portadores de «spiders» o en ciertos tipos de telangiectasias de los miembros inferiores, utiliza el curetaje de la dermis, hasta cierto punto muy delicada, dado que cuando no se efectúa así puede dar lugar a necrosis cutánea. La falta de meticulosidad en la disección del cayado puede ocasionar accidentes como los descritos en los casos 1 y 3, de serias consecuencias, ya que determinaron un síndrome postrombótico como secuela. Las maniobras groseras, lo mismo que la falta de cuidado en la deambulación precoz del paciente, pueden llevar a la trombosis del miembro inferior e, incluso peor, a una embolia pulmonar fatal, como en el caso 2, de la paciente A. C. S. C.

En nuestro Servicio en el H. Barão de Lucena, de la Previdência Social, tenemos como rutina la deambulación a las 12 horas de la operación y, también, para evitar los dolores y proporcionar una mejor recuperación, el uso de un agente antiinflamatorio: el ácido 2-fenil-4 p-clorofenil-tiazil-5-ilacético o la fenilbutazona, al menos durante tres días.

Aunque **Foote** diga que no es raro el paso del fleboextractor hacia el sistema profundo, en nuestra experiencia de 25 años en cirugía vascular sólo nos ocurrió una vez (Caso 4).

El Caso 5 corresponde a la casuística de otro colega. Lo interesante es que en ambos casos tal paso a la profundidad se efectuó a nivel de la rodilla; y **Foote** dice, en su libro, que tal pase sucede a nivel de una comunicante insuficiente («blow out») situada en la zona media del Canal de Hunter, la denominada comunicante hunteriana.

Nuestro Caso 6, J. G. A., es algo parecido al referido por **Dodd & Cockett**, aunque no se actuara con la denominada cirugía en dos equipos.

Los Casos 7, 8, 9 y 10, con infecciones graves, corresponden todos a pacientes con úlceras a nivel del tobillo y que posiblemente no se hallaban en condiciones de cirugía. Hemos visto muchos cirujanos de reconocido valor que dicen no ver contraindicación para operar cuando existen úlceras abiertas o en evolución. En realidad una de las contraindicaciones en estos casos es la falta de limpieza total de estas úlceras, lo que puede redundar en una grave infección con pésimas consecuencias de orden general, al menos, de orden estético.

El Caso 11, S. K., demuestra una ignorancia anatómica de la situación de la safena interna a nivel del tobillo. Una incisión de unos 10 cm. representa un verdadero «rodete» de la pierna.

Los Casos 12 y 13 son verdaderamente graves, ya que el primero terminó en amputación a nivel del muslo, caso idéntico al referido por **Wertheimer v Sautot** (18), con gangrena azul de Gregoire, tras exéresis del cayado de la safena y resección escalonada de paquetes varicosos. El segundo, aunque en apariencia grave, ya que casi llegó a perder el miembro por ligadura de la arteria femoral, salvó la pierna. Caso relatado por un colega de Paraíba.

Por último, el Caso 14, E. M. S., presenta una extensa cicatriz en la pierna semejante a la operación de **Madelung** en 1884 o de **Terrier** y **Alglave** en 1888, o sea un retroceso científico de casi 100 años.

Tras la revisión y presentación de algunos casos, concluimos diciendo que la safenectomía no es tan simple como al principio cabía suponer, en especial en cuanto tiene relación al manoseo de la safena interna en su unión con la femoral, ya que sus complicaciones tienen serias consecuencias para todos.

RESUMEN

Se presentan 14 casos de complicaciones en la cirugía de las varices. Con este trabajo, el autor pretende llamar la atención sobre las graves consecuencias de los errores, manoseos violentos, igual que en la mala orientación en el pre y postoperatorio.

SUMMARY

Fourteen cases about the complications in the surgery of varicose veins are presented. Their causes and their prevention are related.

BIBLIOGRAFIA

1. **Aquilla, L. D. H.**: Tratamiento quirúrgico de las varices de los miembros inferiores. Estudio de 1.801 casos en el Hospital Central n.º 2. «Tesis Doctoral. Industrial Gráfica, Lima, Perú. 1974.
2. **Cathro, A. J. M.**: An important anomaly of the long saphenous vein. «Brit. Med. J.», 1:918, 1954.
3. **Dodd, H. & Cockett, F. B.**: «Surgery of Varicose Veins», Churchill, Edinburg, Ed. 1976, página 140.
4. **Dodd, H. & Cockett, F. B.**: Id. id. pág. 137.
5. **Foote, R.**: «Varicose Veins». John Wright & Sons, Bristol, Ed. 1960, pág. 56.
6. **Foote, R.**: Id., id., pág. 165.
7. **Kinmonth, J. B.**: Citado Dodd, H. & Cockett, F. B en «Surgery Varicose Veins», Churchill, Edinburg, Ed. 1976, pág. 142.
8. **Laurence, A. E.**: «Varices del Miembro Inferior». Universitaria Buenos Aires, Ed. 1960, página 185.
9. **Liddicoat, J. E.; Bekassy, S. M.; Daniel, M. B. & DeBakey, M. E.**: Inadvertent femoral artery «stripping»: Surgical Management. «Surgery» (St. Louis), 77:318, 1975.
10. **Luke, J. C. & Miller, G. C.**: Citados por Laurence, A. E. en «Varices del Miembro Inferior», Universitaria, Buenos Aires, Ed. 1960, págs. 186 y 195.
11. **Martorell, F.**: «Varices. Su Tratamiento basado en la Flebografía». Ed. Labor, Madrid, Ed. 1946, pág. 98.
12. **McCook, J.**: Nuevo método táctico en la cirugía de las varices. «Angiología», 23:20, 1971.
13. **McPheeters, H. O.**: Sapheno-femoral ligation with immediate retrograde injection. «Surg. Gyn. Obst.», 81:355, 1945.
14. **Pereira, L.**: Pendiente de publicación.
15. **Ribeiro, A. P.**: Varizes Essenciais. Estudio de 5.000 casos. «Tesis para la Docência Livre de Angiologia. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Rio de Janeiro, 1970.
16. **Vasconcelos, E.**: Complicações linfáticas pós-cirurgia sobre a região inguinal. «XX Congresso Brasileiro de Angiologia», Salvador, Bahía, 1973.
17. **Warren, R.; White, E. D. & Belcher, C. D.**: Venous pressure in the saphenous system in normal varicose veins. «Surg. Clin. N. Amer.», 32:287, 1949.
18. **Wertheimer, P. & Sautot, J.**: «Pathologie Vasculaire des Membres», Ed., Paris, 1958, pág. 350.