

Safenectomía ambulatoria segmentaria

Ambulatory segmentary safenectomy

Guillermo Chávez-Reyes⁽¹⁾ Sara J. Chirinos-Caraza⁽²⁾

RESUMEN

La enfermedad varicosa de los miembros inferiores constituye un problema de salud en ambos sexos, siendo el procedimiento quirúrgico importante para su tratamiento. Objetivo: El presente trabajo busca identificar los resultados de la safenectomía segmentaria ambulatoria y sus complicaciones. Material y métodos: Investigación prospectiva, descriptiva y analítica en 27 paciente portadores de várices esenciales en los miembros inferiores durante enero a diciembre del 2003, a quienes se les trató con safenectomía segmentaria ambulatoria. Resultados: La edad promedio de presentación fue de 42 años, con una mediana de 39. La Enfermedad varicosa fue más frecuente en la población femenina. Las complicaciones fueron mínimas con predominio del segmento proximal (por encima de la rodilla). Conclusiones: La safenectomía segmentaria ambulatoria requiere un abordaje menos invasivo, sin hospitalización, con mínimas complicaciones y con un buen resultado cosmético.

Palabras clave: Safenectomía, Várices, Cirugía ambulatoria.

ABSTRACT

Varicose veins disease of inferior members are a health problem in both sexes. The surgery procedure is important for its treatment. Goal: The research currently looking to identify results of ambulatory segmentary safenectomy and its complications. Material & methods: prospective, descriptive and analytic research in 27 patients with essential varicose veins of inferior members whom were treated by ambulatory segmentary safenectomy during January-December 2003. Results: The average age was 42 with median age of 39. The varicose veins disease were more frequently in female population. The complications were minimal with predominance of proximal segment (over the knee). Conclusions: The ambulatory safenectomy require less invasive boarding, without hospitalization, with minimal complications and good cosmetic results.

Keywords: Safenectomy, varicose veins, ambulatory surgery.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad varicosa de los miembros inferiores constituye un problema de salud, en ambos sexos, siendo el procedimiento quirúrgico parte importante del tratamiento.

La primera mención de várices de los miembros inferiores data del año 1550 AC, en los papiros de Ebers (Egipto), donde ya se le reconocía como una enfermedad.⁽¹⁾ Hipócrates (460-380 a.C.) realiza las primeras punciones venosas⁽²⁾. Claudio Galeno (130-200 dC.) arrancaba las venas con un gancho.⁽³⁾ Ambrosio Paré (1510-1590), ligaba las venas en el muslo y

las extirpaba (safenectomía), este fué seguido por Pablo de Egipto^(2,4). Federico Trendelenburg (1844-1927) practicaba ligaduras múltiples e insistía en ligar las venas de la parte media del muslo⁽²⁾. Guillermo Moore y Jorge Perthes (1859-1927) recomendaban ligar la safena lo más alto posible.^(2,4) A Keller, en 1905, se le atribuye haber realizado la primera fleboextracción.^(2,5)

Mayo, en 1906, realiza la primera fleboextracción extraluminar.^(2,6,7) Babcock, en 1907, incorpora largas sondas provistas de olivas metálicas en sus extremos^(6,7). En 1916, John Homans describe la técnica de la safenectomía interna, practicada hasta la actualidad con cambios variables. En 1951, Robert Müller, utiliza la flebectomía como tratamiento para várices, con cuatro ventajas: ambulatoria, radical, económica y estética, al inicio postescleroterapia luego sin escleroterapia. Dichas técnicas contaron con muchos seguidores como: El

1. Jefe del servicio de Cirugía General, Hospital Santa Rosa. Lima, Perú.

2. Jefe del Servicio de Recuperación y Ventiloterapia, Hospital María Auxiliadora. Lima, Perú
Sociedad Peruana de Flebología y Linfología. Lima, Perú

Dr. Bacci en Europa; García Méndez, Iusem, Altmann, Canestri en Argentina; Dittmar en Brasil, entre otros; con bloqueos nerviosos tronculares, actualmente con infiltración anestésico local⁽³⁾.

Durante el procedimiento de la safenectomía se han reportado complicaciones como: lesión del nervio safeno, celulitis, abscesos, linfangitis, linforragias, hematoma, hemorragias, trombosis, queloides, edema, induraciones, equimosis, parestesias, edema maleolar, induraciones, depresiones, pigmentación de la piel, telangiectasias, neuritis, etc.⁽⁸⁻¹³⁾

Existe asociación entre la safenectomía y edema por daño linfático; visualizándose en la linfografía alteración linfática, anatómicamente localizadas cerca a las safenas^(6,14,15)

La safenectomía ambulatoria segmentaria tiene a evitar la extirpación completa de la safena, conservado su función, con complicaciones menores, motivo por el cual procedimos a realizar el presente estudio en pacientes portadores de várices a nivel de safena interna para valorar dicha técnica.

MATERIAL Y MÉTODO

El objetivo de este trabajo consistió en conocer los resultados de la safenectomía segmentaria ambulatoria y sus complicaciones.

Es una investigación prospectiva, descriptiva y analítico entre enero-diciembre 2003, se sometieron a tratamiento quirúrgico ambulatorio segmentario miniincisional con anestesia local a 27 pacientes diagnosticados como várices esenciales de safena interna, 22 (81,48%) de sexo femenino y 5 (18,52%) de sexo masculino, con edad promedio de 42 años, (rango 24 a 76 años).

Criterios de exclusión

1. Vena muy adherida a la piel.
2. Várice de safena total.
3. Antecedente de trombosis venosa profunda.
4. Dermatitis severa durante el tratamiento.
5. Embarazos
6. Presencia de úlcera activa

Criterios de inclusión

1. Paciente no obeso/a.
2. Paciente con fobia a los quirófanos.
3. Várice de safena interna proximal o distal por separado, con o sin colaterales

La historia clínica fue predeterminada registrándose: anamnesis, antecedentes, examen clínico, diagnóstico, estudios preoperatorios (ecodoppler), complicaciones hasta un año después del acto operatorio, se intentó determinar los días de trabajo perdidos.

Los datos fueron almacenados en una base de datos y para su análisis se utilizó los programas Microsoft Excel y SPS. Se calculó: la media aritmética, mediana, moda; medidas de dispersión: desviación estándar; coeficiente de variación. Para la asociación de variables se utilizó tablas de contingencia múltiple, con prueba de significación estadística, utilizando el chi cuadrado con una probabilidad de error tipo 1 de 0,05.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

1. Con el paciente de pie se marcaron los trayectos varicosos con tinta indeleble
2. Anestesia local con lidocaína 2% sin epinefrina, en abones a distancias de abordaje.
3. En decúbito dorsal, siguiendo las líneas de Langer, incisión de 3 a 5 mm, con hoja de bisturí N° 11, lateral al trayecto varicoso, con una aguja de crochet se engancha la vena, disección subcutáneo; tracción y sección entre dos pinzas de Halsted, el segmento proximal se enrolla y deja caer; se realiza la siguiente incisión, se engancha nuevamente, se disecciona comunicando a la incisión anterior, se tracciona y secciona, así sucesivamente; los espacios entre incisión e incisión dependen de las características de la vena y celular subcutáneo.
4. Se comprimiendo con un campo grande en forma continua durante el procedimiento.
5. Se coloca un único punto de sutura o ninguna, gasas y vendaje compresivo.
6. Reposo por 30 minutos.
7. En caso de cayado safeno interno, se realiza una incisión de 4 a 5 cm, ligando sus colaterales; más o menos a mitad del muslo se coloca el anestésico local, sobre el trayecto marcado previamente, realiza la incisión, pasamos el fleboextractor, ligamos el segmento seccionado y se extrae por eversión.

Material e instrumental para safenectomía ambulatoria segmentaria

- Marcador indeleble
- Lidocaína al 2% sin epinefrina.
- Jeringa de 20 mL con aguja N° 20, larga
- Hoja de bisturí N° 11
- Nylon monofilamento 4/0, TC-25
- Pinzas de Halsted curva, de 12 cm, punta fina.
- Crochets de diferentes tamaños
- Disectores de diferente tamaño
- Gasa absorbente de 10 x 10 cm
- Vendas elásticas de 6 pulgadas por 5 yardas
- Solución yodada
- Cinta adhesiva.

Tabla 1. Pacientes safenectomizados, según grupo etáreo

Edad (años)	Nº	%
• 20-24	1	4
• 25-29	2	7
• 30-34	3	11
• 35-39	6	22
• 40-44	2	7
• 45-49	4	15
• 50-54	3	11
• 55-59	3	11
• 60-64	1	4
• 65-69	1	4
• ≥ 70	1	4
Total	27	100

RESULTADOS Y DISCUSION

La edad media fue 42 años y el 89% fue mayor de 30 años, con una desviación estándar de 13. El coeficiente de variación fue 30%, la valoración de la confiabilidad de la muestra se realizó al 95% de confianza. Estos resultados encontrados son similares a otros autores^(14,15). Tabla 1.

La mediana, moda y la prueba de chi cuadrado nos demuestra asociación entre la edad y enfermedad varicosa, a mayor edad propensión a mayor enfermedad varicosa ($p = 0,05$).^(6,12)

Predomina el sexo femenino (81,5%) sobre el masculino (18,5%), relación de 4,5/1, queda demostrado la predisposición de la enfermedad venosa al sexo femenino⁽⁴⁾.

La distribución de los segmentos tratados quirúrgicamente, correspondiendo en su mayoría (70,4%) al segmento distal (debajo de la rodilla) y solo un tercio al segmento proximal.

Las mayores complicaciones se produjeron en el segmento proximal (81,8%), posiblemente por la característica del segmento con abundante panículo adiposo; solo 18,2% corresponde a complicaciones del segmento distal, este análisis es resultado de considerar el total de complicaciones. Pero si consideramos que un mismo paciente tuvo cinco de las complicaciones, estas corresponderían al 45,5% en el segmento proximal.

Tabla 2. Complicaciones postsafenectomía ambulatoria segmentaria, según segmento

Complicaciones	Proximal	Distal	Total
• Equimosis	2	1	3
• Infección	1		1
• Dermatitis Top		1	1
• Hematoma	1		1
• Induración	2		2
• Pigmentación	2		2
• Dolor	1		1
Total	9	2	11

La equimosis, induración, pigmentación, hematoma, infección y dolor fueron las complicaciones vistas; sin embargo complicaciones son leves sabiendo que en las safenectomías un hematoma y otras complicaciones se forman con mucha frecuencia⁽¹⁴⁾. Tabla 2.

Del total de pacientes sometidos a safenectomía ambulatoria segmentaria, 13 (48%) no tenían vínculo laboral, por lo que se analizó a 14 (52%) vinculados laboralmente; de ellos 5 (35,7%) retornaron a trabajar en menos de una semana y 13 (92,8%), en menos de 15 días correspondiendo solo 1 (7%) al segmento proximal; el de mayor complicación retornó al trabajo en más de 15 días. Otro autor estimó el tiempo de retorno laboral (como baja laboral) en 31,1 días⁽¹²⁾. Afirmamos que esta técnica es factible de realizar en forma segura y efectiva.

CONCLUSIONES

1. Los beneficios de la safenectomía segmentaria ambulatoria son: abordaje mínimo, ambulancia precoz, no requieren internamiento, reinserción rápida a su actividad laboral y resultado cosmético excelente.
2. Los mejores candidatos para este procedimiento son los no obesos y várices no muy adheridas a la piel.
3. Las complicaciones son leves, por ser una técnica poco traumática.
4. Las complicaciones predominan en el sexo femenino.
5. El 92,8% retornó a su trabajo en menos de 15 días, solo el 7,2% deja de laborar más de 15 días, es una técnica no incapacitante que nos lleva a afirmar su efectividad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calvo J. Anales de Cirugía Cardíaca y Vascul. 2004;10(2):96-143
2. Quiñones M. Safenotración segmentaria. Una nueva técnica quirúrgica cubana. Rev Cubana Angiolog y Cir Vasc. 2002;3 (1):75-85.
3. Sánchez CF, Troppel U. Tratado De Escleroterapia Y Flebectomía Úlceras Varicosas. 3ra ed.: Edit. Científica Americana. 1996:295-6.
4. Lacour R. En: Insuficiencia venosa de los miembros inferiores. Buenos Aires: Ed. El Ateneo, 1981.
5. Killer WA. New method of extirpating the internal saphenous and similar veins in varicose conditions: A preliminary report. St Paul Med J. 1995;82:385-7.
6. Babcock W. A new operation for the extirpation of varicose veins of the leg. St Paul Med J. 1997;86:153-4.
7. Mayo CH. Varicose veins of the lower extremity. St Paul Med J. 1900;2:595.
8. Cooley DA, Wulcasch DC. En: Técnicas en Cirugía Vascul. Editorial Panamericana. 1999.
9. Dodd H, Cockett FB. In: The Pathology and surgery of the veins of the lower limb. London, Churchill Livingstone. 1999.
10. Jiménez-Cossio, JA. The epidemiology of varicose disease phlebology. Les Laboratoires Servier. Eds 2000.
11. Rautio T, Ohinmaa A, Perälä J, et al. Endovenous obliteration versus conventional stripping operation in the treatment of primary varicose veins: A randomized controlled trial with comparison of costs. J Vasc Surg. 2002;35(5): 958-965.
12. Sánchez CF, Troppel U. Tratado De Escleroterapia Y Flebectomía Úlceras Varicosas. 3ra ed.: Edit. Científica Americana, 1996:323-8.
13. Solís-Licea JL, Eliot-Del-Pilar Z. Enfermedades Vasculares. Angiología. 264. Ed. Salvat. Barcelona. 1987;2:258-1987.
14. Mayall RC. Edemas Linfáticos y venosos de miembros inferiores, Río de Janeiro. 1998:601.
15. Verdecia-Rodríguez A. La Linfosafeno Trayectografía. Hallazgos Linfográficos en la cirugía de las várices. Tesis de grado. 1989.