

NUESTRO ENFOQUE ACTUAL DE LAS RECIDIVAS DEL CAYADO DE SAFENA INTERNA

(H.I.G.A. L. GÜEMES - PROVINCIA DE BUENOS AIRES)

Por **Dr. Carlos Goldenstein / Dr. Carlos Canevari / Dr. J. Reilly**

ABSTRACT

La patología de la “Recidiva del Cayado de la vena Safena Interna” ocupa en nuestro Servicio un importante porcentaje en el total de las recidivas varicosas. Esto nos llevó a evaluar los distintos tratamientos actualmente empleados para el tratamiento de esta patología. De 4950 consultas flebológicas (1995-1996), 2879 fueron de enfermos ya operados, de éstos 230 presentaron recidivas de los cuales 119 fueron recidivas del cayado de la vena safena interna. Los pacientes fueron divididos en 3 grupos de acuerdo a su edad. Cada grupo recibió un tratamiento diferente; 52% tratamiento médico, 14% re-exploración del cayado y 34% tratamiento conservador (Müller + escleroterapia). Fueron evaluados por: 1- disminución o desaparición de los síntomas, 2- control de los reflujos y 3- mejoría estética. En el grupo I el 87% mejoró su sintomatología pero el 15% de los pacientes presentaron reflujos remanentes. En el grupo II solo 2 enfermos continuaron con algún reflujo (11.7%) aunque fueron observadas importantes complicaciones. En el grupo III el 82% de los pacientes presentó mejoría de su sintomatología y sin cambios en los reflujos. Todos los grupos mostraron una mejoría significativa. El tratamiento médico asociado con otras variantes terapéuticas a mostrado sumar efectos con menor riesgo de complicaciones.

Our Current Focus Of The Recurrence Of the Sapheno-femoral Junction. Cardiovascular And Thorax Surgery Service, Hospital Luis Güemes, Haedo, Buenos Aires, Argentina.

The pathology of Use recurrent of sapheno-femoral junction occupies in our service 34% of total of Varicosis recurrence. This took us to evaluate Uric different! Treatments Used. They were 4950 Phlebology consults (1995-1996), 2879 were intervened surgically, 230 presented recurrence and 119 of these were recurrence of sapheno-femoral junction.

These patients were divided in 3 groups according to Ulcer age. Each group received different treatment: (I) 52% conservative treatment (Muller+ sclerotherapy), (II) 14% re-exploration of junction, (III) 34% medical treatment. They were evaluated for: a) decrease or disappearance of symptoms, b) reflux controls, c) improvement. 87% of patients in group I improved their symptomatology they presented 15% of refluxes remainders. Only 2 sick persons continued with reflux (11.7%) in group II and we leave observed important complications. 82% of patients in third group presented improvement of their symptoms staying the reflux points. All the groups presented significant. The medical treatment associated to Use outlier therapies variants could add effects with low risk of adding complications.

INTRODUCCION

En el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Htal. Luis Güemes, en el sector de Flebología, fueron tratados 4950 pacientes con patología venosa durante el período 1995-1996.

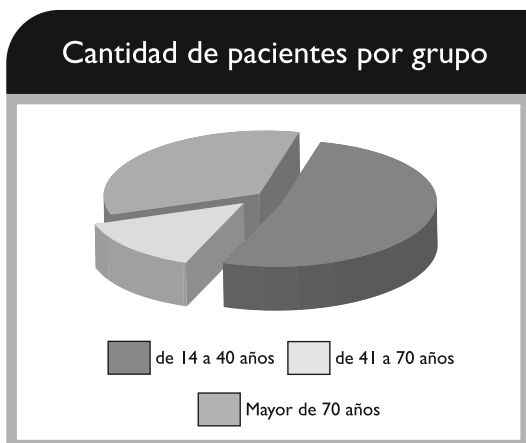
De las 4950 consultas flebológicas realizadas en ese lapso, 2879 corresponden a pacientes previamente operados de patología venosa. Dentro de esa cifra observamos 230 pacientes con recidivas varicosas de los cuales 119 pacientes fueron recidivas del cayado de la vena safena interna.

Dado que la patología de safena interna en nuestros pacientes es casi 3 veces más frecuente que la de safena externa, por su importancia epidemiológica y repercusión social, hemos decidido enfocar el presente estudio en las recidivas del cayado de la vena safena interna y las diferentes conductas terapéuticas empleadas, por lo que fue estudiado el grupo de 119 pacientes con un seguimiento a 4 años.

MATERIAL Y METODOS

Los pacientes fueron evaluados en forma individual tomando en cuenta los distintos estadios evolutivos, siendo encuadrados según la Clasificación C.E.A.P., que fue adoptada en nuestro servicio desde el año 1994.

Se estudiaron sus antecedentes y fueron seleccionados de acuerdo a determinados criterios de exclusión; siempre incluimos el ecodoppler color que consideramos como estudio Gold-Standard por su utilidad hemodinámica en la búsqueda de puntos de reflujo y la correcta observación de la conformación anatómica.



Se consideraron los siguientes criterios de exclusión:

- Síndrome post trombótico
- Neoplasias
- Embarazo
- Embolia pulmonar
- Anomalías de la coagulación
- Enfermedades crónicas evolutivas
- Alérgia al yodo

De esta manera el total de la muestra estudiada se redujo 113 pacientes con recidiva del cayado de la vena safena interna. Se agruparon a los pacientes de acuerdo a su edad, estableciendo un tratamiento diferente para cada grupo etario.

Grupo	Edades	Tratamiento	Cant. Pacientes
1	de 14 a 40	Conservador	59
2	de 41 a 70	Reexploración	16
3	Mayor de 70	Médico	38

■ Los enfermos del Grupo I fueron sometidos a un tratamiento que denominamos conservador, con resecciones segmentarias por mini-incisiones (microcirugía-Müller) y escleroterapia complementaria, incluyéndose la ecoesclerosis con resultados muy alentadores.

■ El Grupo II fue incluido en protocolo de reexploración del cayado con incisión vertical y reparo de la vena femoral; preferimos este abordaje porque disminuye los riesgos de lesiones vasculares linfáticas, obteniendo una buena visualización del origen del cayado desde zona libre de fibrosis post operatoria.

■ En los pacientes del Grupo III, por encima de los 70 años, realizamos tratamiento médico, que incluye ejercicios en posición de Trendelenburg, elastocompresión y medicación flebotónica.

En este grupo no se implementó ningún procedimiento invasivo.

RESULTADOS

Los resultados terapéuticos fueron evaluados con los siguientes parámetros en un seguimiento de 4 años:

Disminución o desaparición de los síntomas

Control de los puntos de reflujo

Mejoría estética

Los pacientes del grupo I (59 Pacientes)

Síntomas: el 87% (51 pacientes) presentó una disminución ostensible de los síntomas.

Puntos de reflujo: fueron controlados en el 85% de los casos (50 pacientes) mientras que en el 15% (9 pacientes), mantuvieron algunos puntos de reflujo.

Estética: 52 (88%) pacientes presentaron una mejoría estética, mientras que el resto se mantuvo con pocas variantes.

Los pacientes del grupo II (16 pacientes)

Síntomas: el 40% (6 pacientes) presentó una mejoría de los síntomas.

Puntos de reflujo: fueron controlados en el 87.5% de los casos (14 pacientes) mientras que en el 12.5% (2 pacientes), mantuvieron algunos puntos de reflujo.

Estética: 3 pacientes (16%) presentaron una mejoría estética, mientras que el resto 13 pacientes (84%), presentó secuelas de cicatriz y de complicaciones (Ej: Linforragias etc).

Los pacientes del grupo III (38 pacientes)

Síntomas: Presentaron mejoría significativa en un 82% (31 pacientes).

Puntos de reflujo: Los reflujo no variaron y no presentaron complicaciones.

Estética: Leve mejoría aunque sin cambios importantes.

En el gráfico de la próxima página observamos que el Grupo I obtiene el mejor resultado en general tomando en cuenta los tres parámetros

evaluados (síntomas, reflujo y estética), mientras que el Grupo II, a pesar de haber sido expuesto a un tratamiento radical, si bien mejora el reflujo, el resto de los parámetros muestran una clara desventaja con respecto al primero. El Grupo III obtiene una mejoría significativa de su sintomatología sin haber sido sometido a un tratamiento cruento con las complicaciones que veremos a continuación.

COMPLICACIONES

Las complicaciones en los tres grupos fueron las siguientes: linforragia, linfocele, parestesias, dolor y muerte.

DISCUSION

Aunque no diferenciamos las causas de las recidivas en este estudio, debemos mencionar que diferentes autores publicaron cifras de recidivas que oscilan entre 10% y más del 50%.

La relación entre recidivas de safena interna y externa para el Dr. Perrin es del 51% contra el 38.5%, mientras que Tong y Royle publican una relación 68.9% a 28.7%.

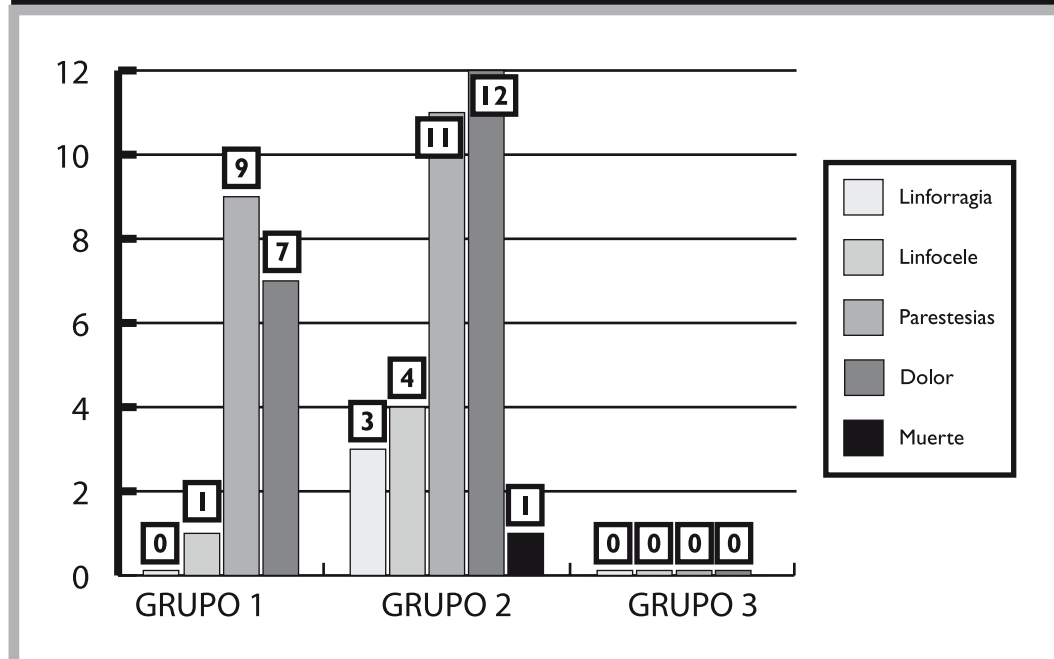
Si bien la mayoría de los autores afirman que la causa principal son los errores técnicos, cirugías insuficientes, por insuficiencia en la comprensión de la anatomía y hemodinamia venosas; también otros como los Dres. F. Vin, Franco G., Hanzlick J., Kofoed S. C., De-Maeseneer, etc, reconocen de que en algunos casos se trata de una enfermedad progresiva con neogénesis vascular. Otros como Thibault atribuyen una especial importancia a la patología de las venas perforantes (flujos de reentrada).

Asimismo varios autores mencionan la incompetencia de las venas pélvicas o inguino genitales como posible causa de recidivas varicosas.

Sabemos también que otros servicios quirúrgicos combinan procedimientos quirúrgicos con esclerosis y con ecoesclerosis (Perrin M., Albiker y Col., Franco G.).

Si analizamos las recidivas del cayado con criterio hemodinámico solamente, deberíamos indicar la reexploración del cayado en todos los casos, pero en nuestra experiencia si bien se resuelve drásticamente el reflujo, hemos observado que los pacientes no solo presentaron dolor

Complicaciones



	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Dolor	12 %	75 %	0 %
Parestesias	15 %	69 %	0 %
Linfocele	1,6 %	25 %	0 %
Linforragia	0%	19 %	0 %

postoperatorio importante y complicaciones linfáticas (linfocele, linforragia), sino que además el resultado estético fue pobre.

Este último hecho nos motivó a cambiar nuestra conducta e intentar previamente un tratamiento conservador. El tratamiento médico demostró ser importante y efectivo en los casos de insuficiencia venosa; en especial en los cuadros post-trombóticos (Kamalouk y Col.). Nosotros documentamos varios casos que debieron ser tratados con procedimientos combinados, ambos en hombres jóvenes por incompetencia de venas abdomino pelvianas.

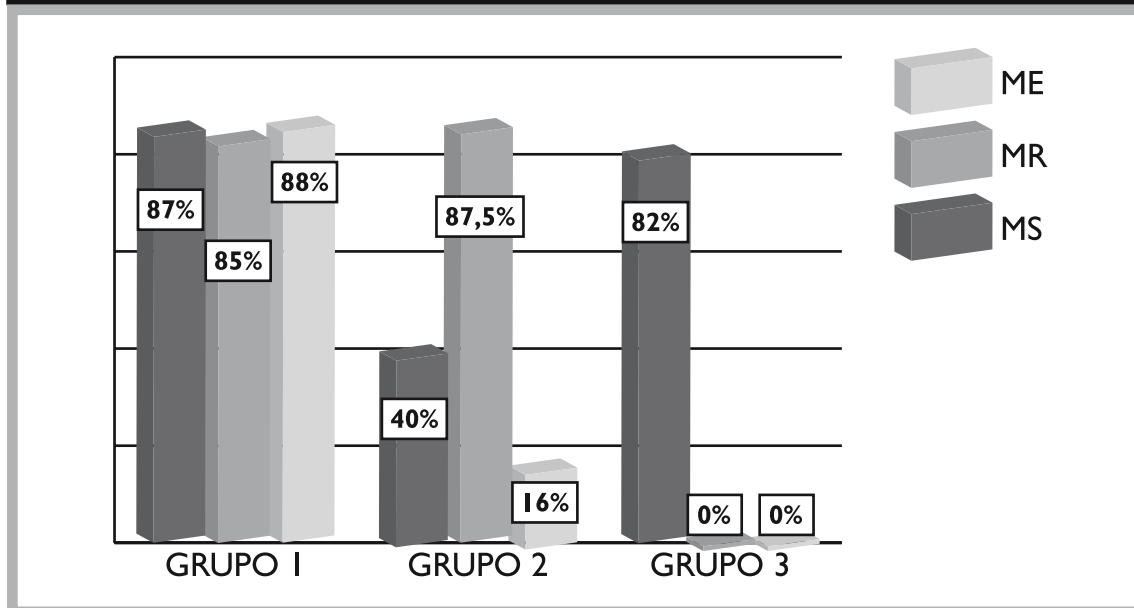
CONCLUSION

A pesar de los diferentes resultados, todos los grupos obtuvieron mejoría objetiva de sus cuadros. En el caso de los pacientes jóvenes (Grupo I) siempre queda el camino o la posibilidad de realizarles un tratamiento mas agresivo si su enfermedad progresa en forma categórica.

En los adultos, (Grupo II) si bien se resolvió en forma drástica su patología venosa, en muchos casos las secuelas operatorias fueron importantes desde el punto de vista estético y del bienestar del paciente (parestesias, nódulos subcutáneos, dolor, linfocele, linforragia) lo que nos obliga a reevaluar el beneficio de una conducta quirúrgica agresiva que aún en manos expertas puede tener serias complicaciones.

Los pacientes añosos fueron favorecidos en forma ostensible por el tratamiento médico, hecho por el cual hemos decidido agregar este a los dos grupos anteriores en nuestro nuevo protocolo de tratamientos, ya que consideramos que puede sumar efectos con bajo riesgo de agregar complicaciones. También es importante destacar, que una indicación lo más exacta posible, una cirugía sofisticada y un cirujano especializado son necesarios para una terapia completa. De todas maneras lo que siempre buscaremos será el bienestar y confort del paciente con el menor riesgo posible.

Gráfico de Resultados



	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Mejoría de Síntomas	87 %	40 %	82 %
Puntos de reflujo controlados	85 %	87,5 %	Sin cambios
Mejoría estética	88 %	16 %	Leves mejorías

BIBLIOGRAFÍA

- Lefebvre - Vilardebó, M: Le carrefour sapheno-femoral: Etude anatomique et concepts de prevention des recidives variqueuses. J. Mal. Vasc.1991; 16 (4):355-8.
- Holme K., Matzen M. y col.:Partiel eller total stripping af vena saphena magna, femars recidivfrekuensi og trears. Ugeskr-Laeger 1996 Jan 22; 158 (4): 405-8.
- Perrin M y Gobin JP, Nicolini P: Les recidives au pli de l'aíme apres chirurgie des varices. J. Mal. Vasc.1997 Dec; 22 (5):303-12.
- Vin F, Chleir F: Classification echo-doppler des recidives variqueuses post-operatoires du territoire saphene interna. Presse - Med. 1998 Jan 31; 27 (4): 148 - 52.
- Rettori R, Fanco G.: Recidives variqueuses au niveau du canal femoral apres chirurgie de la veine saphene interna. J. Mal. Vasc. 1998 Feb; 23 (1): 61-6.
- Perrin M, Bayon J.M., Hiltbrand B., Nicolini P: Insuffisance veineuse profonde et recidive variqueuse apres chirurgie de l'insuffisance veineuse superficielle. J. Mal. Vasc. 1997 Dec; 22 (5): 343-7.
- Franco G. Exploration ultrasonographique des recidives variqueuses du creux poplite apres chirurgie. J. Mal Vasc. 1997 Dec; 22 (5): 336-42.
- Hanzlick J. Die Rezidivarikose der vena saphena parva. Eine 5 - Jahresanalyse. Zentralbl - Chir. 1999; 124 (1):42-7.
- Kofoed S. C., Qvamme G. M., Shroerer T. V., Jakobsen B. H.: Arsager til behov for genbehandling efter variceoperationes i Danmark. Ugeskr - Laeger, 1999 Feb. 8; 161 (6): 779-83.
- Berrabou J.E., Molnar L.J., Cerri G.G. Duplex Sonographic evaluation of the sapheno-femoral venous junction in patients with recurrent varicose veins after surgical treatment. J. Clin. Ultrasound 1998, Oct; 26 (8): 401-4.
- Kamalou S. K., Ismatov O.F. Varikoznoe rasshirenie ven i posttrombofoboticheskii sindrom konechnosti u bol'nykh pozhilogo vozrasta. Khirurgiia - Mosk. 1991 Dec (12): 70-4.
- Albiker C., Stockmann U. Vorteile der Kombination von operatives und sklerosierendes varizenbehandlung. Ein neuartiges therapiekonzept bei varikosis. Zentralbl - Chir. 1991; 116 (10): 647-50.
- Thibault P. K., Lewis W.A. Recurrent varicose veins. Part 1: Evaluation utilizing duplex venous imaging. J. Dermatol - Surg - Oncol, 1992, Jul; 18 (7): 618-24.
- Belardi P, Lucertini G. Advantage of the lateral approach for re-exploration of the sapheno-femoral junction for recurrent varicose veins. Cardiovasc. Surg. 1994 Dec; 2 (6): 772-4.
- De-Maesseneer M.G., Van Schil P.E., Philippe M. M., Vanmaelle R.G., Eyskens E.J. Is recurrence of varicose veins after surgery unavoidable. Acta - Chir - Belg. 1995 Jan-Feb; 95 (1): 21-6.
- Tong Y., Royle J. Recurrent varicose veins following high ligations of long saphenous veins: a duplex ultrasound study. Cariovasc. Surg. 1995 Oct; 3 (5): 485-7.
- Viani M. P., Poggi R.V., Pinto A., Andreani S.M., Spagnoli C., Marnotti R.A. Re-exploration of the sapheno-femoral junction in the treatment of recurrent varicose veins. Int. Surg. 1996 Oct-Dec; 81 (4): 382-4.
- Jones L., Braithmaite B.D., Selwin D., Cooke S., Earnshaw J.J. Neovascularisation is the principal cause of varicose veins recurrence: results of a randomised trial of stripping the long saphenous vein. Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. 1996 Nov; 12 (4): 442-5.
- Jiang P., Van Rij A.M., Christie R., Hill G., Solomon C., Thompson I. Recurrent varicose veins: patterns of reflux and clinical severity. Cardiovasc. Surg. 1999 Apr; 7 (3): 332-9.