

Trabajo original

Cirugía sin ingreso de las várices: indicaciones, técnicas y resultados

Jesús Sánchez Beorlegui,* Eduardo Monsalve Laguna,* Roger Cabezali Sánchez,*
Carlos Emparan García de Salazar,* Félix Lamata Hernández,** Alfredo Jiménez Bernadó**

RESUMEN

Objetivo: Describir nuestra experiencia personal en la cirugía sin ingreso de las várices, estableciendo pautas para la selección de enfermos, la elección de la técnica, el control de la morbilidad y la predicción del resultado clínico y estético.

Método: Se seleccionaron para el estudio pacientes con várices, intervenidos ambulatoriamente entre los años 2001 y 2004, bajo diversas indicaciones y empleando múltiples pautas quirúrgicas y anestésicas.

Resultados: Se intervino a 73 pacientes, 54 mujeres y 19 varones, con várices primarias (67%), residuales (8%) o recidivas varicosas (25%); bajo anestesia regional (14%), locoregional (14%), sedación intravenosa (17%) o local (55%). Se trataron un total de 90 extremidades inferiores, practicándose en 10 casos la fleboextracción, 29 desconexiones selectivas de perforantes, 19 flebectomías segmentarias y 23 combinaciones de desconexión y flebectomía. No se registraron reingresos ni problemas de analgesia. Las complicaciones más frecuentes, todas ellas leves, se relacionaron con la patología de la cicatrización o pequeños hematomas, resueltos con tratamiento conservador.

Conclusiones: El tratamiento de las várices debe ser ecodirigido, individualizado y ambulatorio. El dominio de un amplio abanico de técnicas y el acierto a la hora de combinarlas permite aliviar los síntomas de insuficiencia venosa, minimizar los riesgos operatorios y obtener una flebología estética.

Palabras clave: cirugía de las várices, cirugía sin ingreso, anestesia, fleboextracción, flebectomía, esclerosis, morbilidad, resultado estético.

ABSTRACT

Objective: To describe how we establish guidelines for patients' selection, elective surgical technique, morbidity control and predictive clinical and esthetic result, according to our personal experience in varicose veins Day surgery.

Method: We selected patients who were operated on their varicose veins between 2001 and 2004 for this study, under several indications and employing various surgical and anesthetic guidelines.

Results: 73 operations were performed; 54 of them on women and 19 on men. Primary varicose veins (67%), residual veins (8%) and recurrent varicose veins (25%). Under regional anesthesia (14%), locoregional (14%), intravenous (17%) or local anesthesia (55%). Lower extremities, 90 in total, were treated: 10 saphenous trunk stripping, 29 dissections of perforating veins, 19 phlebectomies and 23 combinations of dissection and phlebectomy. Neither readmission nor analgesia problems were recorded. Each complication was slight and the majority was linked to healing's pathology or small hematomas which were resolved by conservative treatment.

* Servicios de Cirugía General de la Fundación Hospital de Calahorra.

** Cirugía "B" del Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza, España.

Conclusions: *The varicose veins treatment must be assessed by Doppler ultrasound, individualized and performed through Day surgery. The knowledge and perfect combination of different techniques allow us to relieve the symptoms of venous insufficiency, to minimize the operative risk and to obtain a esthetic phlebology.*

Key words: *varicose veins surgery, Day surgery, anesthesia, stripping, phlebectomy, sclerotherapy, morbidity, esthetic result.*

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia venosa crónica superficial de los miembros inferiores (IVC) afecta a una gran parte de la población, dificultando el desempeño laboral y empeorando la calidad de vida de los ciudadanos.¹ Un elevado porcentaje de estos pacientes precisará de algún tipo de procedimiento quirúrgico estético, terapéutico o mixto. Como consecuencia, la demanda de cirugía correctora ha aumentado de forma progresiva, sobrecargando las listas de espera.

Esa situación de necesidad ha inducido una pequeña revolución terapéutica, favorecida por las nuevas disponibilidades diagnósticas, anestésicas y la progresiva implantación de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). Al comenzar el siglo XXI, los cirujanos podemos percibir cómo se ha modificado nuestra conducta ante el paciente con várices.

Los cambios afectan cuatro aspectos fundamentales:

1. Disponemos de una cartografía hemodinámica venosa mediante el Ecodoppler color (EDC), que complementa la exploración clínica, fija los puntos de reflujo y permite planificar la conducta operatoria.²⁻⁴
2. Elegimos técnicas quirúrgicas poco agresivas, orientadas a la corrección específica de las alteraciones venosas demostradas por el EDC.⁵ De esta manera, evitamos denudar safenas no patológicas y las recidivas precoces por puntos de reflujo no tratados.⁶
3. Los cirujanos intentamos alterar mínimamente la actividad y las perspectivas vitales de nuestros pacientes; por ello, la CMA es electiva para tratar las várices.^{7,8} Los avances en la técnica anestésica y la cirugía mínimamente invasiva favorecen las intervenciones sin ingreso.
4. Por último, se impone una flebología estética, plenamente satisfactoria para el enfermo. Este objetivo es compatible con un buen resultado desde el punto de vista médico: ausencia de complicaciones y baja tasa de recidivas.

En el presente artículo, describiremos nuestra experiencia personal, resultados obtenidos, morbilidad y líneas de mejora de la cirugía sin ingreso de

las várices. Intentaremos definir los criterios en que se fundamente la correcta selección de enfermos para CMA, la elección de la técnica adecuada para cada caso, la morbilidad y los resultados que, tanto el facultativo como el paciente, podemos esperar.

MATERIAL

Se seleccionaron para un estudio retrospectivo a pacientes intervenidos de várices entre enero de 2001 y diciembre de 2004. Todos fueron explorados mediante EDC y la elección de la técnica quirúrgica se sustentó en la cartografía venosa: insuficiencia valvular en los confluente safenofemoral y safenopoplíteo, dilatación de las safenas interna (VSI) y externa (VSE) y localización de las perforantes.

Se estudiaron los siguientes parámetros: tipo de várices y territorio afectado, técnica anestésica y quirúrgica empleada en la intervención, duración de la misma, necesidad de terapias complementarias, complicaciones y resultado estético (en los casos en que procedía).

La selección de casos se realizó según los siguientes criterios:

1. Criterios de inclusión.
 - a) Pacientes con várices primarias, recidivadas o residuales, sometidas a cirugía sin ingreso hospitalario.
 - b) Procedimientos de moderada complejidad: tiempo quirúrgico efectivo superior a 30 minutos (sin contar anestesia, campo, cura y vendaje).
2. Criterios de exclusión.
 - a) Indicación de extraer por completo la VSI.
 - b) Várices tratadas con esclerosis, exclusivamente, y pequeños procedimientos con duración inferior a 30 minutos.
 - c) Recidivas complejas subsidiarias de reexploración inguinal o poplíteo.

MÉTODOS

1. Clasificación topográfica y tipo de las várices tratadas:⁹

- a) Diseminadas.
 - b) Muslo, pudendas (genitales).
 - c) Muslo, trayecto VSI y safena accesoria.
 - d) Muslo, anteriores y externas.
 - e) Pierna, arciforme posterior (vena de Leonardo).
 - f) Pierna, arciforme anterior, pretibiales.
 - g) Pierna, cara externa.
 - h) Muslo cara posterior.
 - i) Hueco poplíteo y anexo.
 - j) Gemelares.
 - k) Maleolares, tobillo y várices del pie.
2. Estudio preoperatorio: Incluyó una analítica básica con coagulación y ECG. Solicitamos radiología de tórax en obesos, fumadores y mayores de 60 años; en casos de riesgo elevado, antecedentes patológicos o previsión de raquianestesia, se cursó una colaboración con el servicio de anestesiología.
3. Técnicas anestésicas:
- a) Anestesia regional (raquianestesia).
 - b) Anestesia locorregional (plexo).
 - c) Sedación intravenosa (neuroleptoanalgesia).
 - d) Anestesia local con o sin sedación oral y/o anestésicos tópicos.
4. Técnicas operatorias:⁹
- a) Fleboextracción corta de la VSI o completa de la VSE con crosectomía. En casos en que el EDC demostró dilatación en el trayecto de la VSI con cayado competente o reflujo del cayado de la VSE, la denudación se realiza mediante la invaginación sobre hilo de Van der Stricht.
 - b) Desconexión selectiva de perforantes mediante ligadura ecoguiada de los puntos de reflujo a través de incisiones de dos milímetros.
 - c) Flebectomía segmentaria. Incisiones de un milímetro, separadas cada tres o cuatro centímetros, permiten seccionar las várices y, tras una disección subcutánea, su extracción. No se dejan ligaduras ni se sutura la piel, sólo se utilizan tiras adhesivas.
 - d) Esclerosis. Es considerada como una técnica complementaria, (no quirúrgica). Indicamos sesiones de esclerosis intra y/o postoperatorias ante la presencia de microvárices subsidiarias de escleroterapia.
5. Distribución en grupos. Para presentar los resultados obtenidos dividimos a los pacientes en cuatro grupos, atendiendo criterios de sexo, indicación (estética o terapéutica) y la necesidad de safenectomía.
- a) Grupo 1. Pacientes de sexo femenino. Indicación estética.

- b) Grupo 2. Pacientes de sexo femenino. Indicación terapéutica.
 - c) Grupo 3. Pacientes de sexo masculino.
 - d) Grupo 4. Pacientes de ambos sexos y safenectomía
6. Otras actuaciones. Cada intervención se completó con un vendaje compresivo "húmedo", con una primera capa formada por gasas empapadas en suero templado; readaptación al medio en *hospital de día*, analgesia habitual y reincorporación temprana a la actividad. En las zonas esclerosadas aplicamos una crema de sulfadiazina argéntica. El vendaje se sustituyó al tercer día en la consulta externa por una media compresiva que se mantuvo dos meses o mientras duraron las sesiones de esclerosis. No se realizó rutinariamente profilaxis de la enfermedad tromboembólica con heparina BPM, excepto en casos aislados con antecedentes trombóticos o coagulopatías. La profilaxis domiciliaria durante diez días se pautó con base en scores estándar para el cálculo del riesgo trombótico.¹⁰

RESULTADOS

Durante el periodo de tiempo estudiado se intervinieron en total 73 pacientes que respondieron a los criterios de inclusión (*Cuadros I-IV*). Fueron 54 mujeres y 19 varones, con una edad media de 44 años y rangos superiores e inferiores de 89 y 16 años, respectivamente. En cuanto al tipo de várices tratadas, en 49 pacientes eran primarias (67%), en seis, residuales (8%) y en 18, recidivas varicosas (25%). Las principales indicaciones fueron: estética, en 34 casos (47%), úlcera venosa, en 13 (18%), clínica de IVC, en nueve (12%) y trombectomía tras trombosis superficial, en seis (8%).

La distribución topográfica mostró un predominio de la afectación en el territorio de la vena arciforme anterior y pretibiales (23 casos, 31.5%), arciforme posterior y vena de Leonardo (19 casos, 26%), venas maleolares en tobillo y pie (16 casos, 22%), poplíteas (12 casos y 16%) y cara anterior del muslo (11 casos, 15%).

El tipo de várices más frecuente fue la serpigiosa sola (33 casos, 45%), seguido de las microvárices (28 casos, 38%) y de la asociación de microvárices con várices serpiginosas (12 casos, 17%).

La cirugía se practicó bajo anestesia regional en 10 pacientes (14%), en 10, locorregional (14%), en 13, sedación intravenosa (17%) y en 40, local (55%). Se trataron un total de 90 extremidades inferiores, practicándose 10 fleboextracciones, 29 desconexiones selectivas, 19 flebectomías segmentarias y 23 combinaciones de desconexión y flebectomía (*Figura 1*).

CUADRO I

Pacientes del sexo femenino. Indicación estética

Edad	Tipo de várices	Topografía	Anestesia	Operación (Bilateral)	Tiempo quirúrgico	Sesiones esclerosis	Resultado estético
40	MV	4	AL	D	30'	EIO+2	B
46	MV	3+4+9	SIV	D+FS (Si)	90'	2	R
25	Res MV	1	AL	FS	45'	3	B
30	Rec VS MV	1	AR	D+FS	140'	17	R
38	MV	4+9	AL	D (Si)	40'	EIO+4	R
26	Rec VS MV	6	AR	D+FS	75'	1	MB
38	MV	8+9	AL	FS (Si)	60'	EIO+7	B
35	MV	1	AL	D	30'	EIO+4	MB
23	MV	5+9+11	AL	FS	45'	4	B
56	MV	4	AR	D+FS (Si)	70'	2	B
39	Rec MV	3+5	AL	FS (Si)	50'	3	R
64	VS MV	3+5+6	AL	FS	30'	1	B
30	MV	1	AL	FS (Si)	100'	2	NR
52	Rec MV	1	AL	D	30'	7	MB
19	MV	2+4	AL	D+FS	40'	-	MB
35	VS MV	9+10	SIV	FS (Si)	60'	-	NR
43	Rec VS	5+6	AL	FS	30'	-	B
58	Rec VS MV	4+6	AL	D+FS (Si)	90'	-	R
65	MV	1	AL	D	40'	EIO+6	B
16	MV	7+10	AL	D	30'	EIO+2	MB
42	VS MV	3+5	ALR	FS (Si)	70'	2	B
57	Rec MV	1	AL	D	45'	EIO+11	R
26	MV	1	AL	D	30'	EIO+6	B
29	MV	6+9+10	AL	D	30'	3	MB
49	Res VS MV	6+7	AR	D+FS (Si)	40'	1	B
31	VS	4+7	ALR	D+FS (Si)	90'	-	MB
20	Res MV	1	AL	D	45'	4	MB
31	Rec MV	5+9+11	AL	D+FS	40'	2	MB
22	MV	1	AL	D	50'	10	B

Res: várices residuales, Rec: várices recidivadas, VS: várices serpiginosas, MV: microvárices, AR: anestesia regional (raquianestesia), ALR: anestesia locorregional (plexo), SIV: sedación intravenosa, AL: anestesia local, D: desconexión de perforantes, FS: flebectomía segmentaria, EIO: esclerosis intraoperatoria. Resultado estético: muy bueno (MB), bueno (B), regular (R), malo (M) y no registrado (NR).

Otros resultados, distribuidos según los grupos descritos en métodos, fueron:

Grupo 1 (Cuadro I). Mujeres, estético. Edad media: 37.4 años, máximo 65, mínimo 16. Tiempo quirúrgico medio: 54 minutos, máximo 140. Se realizó esclerosis complementaria a 24 pacientes (83%), en ocho casos fue intraoperatoria, con una media de 4.4 sesiones posquirúrgicas (máximo 11). El resultado estético se consideró muy bueno en seis pacientes (23%), bueno en 12 (46%), regular en seis (23%), sin haberse registrado en dos ocasiones. No hubo ningún resultado estético malo.

Grupo 2 (Cuadro II). Mujeres, terapéutico. Edad media: 51.8 años, máximo 89, mínimo 19. Tiempo quirúrgico medio: 47 minutos, máximo 70. Se realizó

esclerosis complementaria a siete pacientes (39%), en todos ellos intraoperatoria, y a cinco posquirúrgica, con una media de tres sesiones, máximo seis.

Grupo 3 (Cuadro III). Varones, diversas indicaciones. Edad media: 45.2 años, máximo 78, mínimo 18. Tiempo quirúrgico medio: 53.1 minutos, máximo 90. Se realizó esclerosis complementaria a tres pacientes (19%), en todos intraoperatoria, y a dos posquirúrgica, media de 1.5 sesiones.

Grupo 4 (Cuadro IV). Ambos sexos, fleboextracción. Edad media: 51 años, máximo 79, mínimo 26. Tiempo quirúrgico medio: 51 minutos, máximo 90. Se realizó esclerosis complementaria a cuatro pacientes (40%), a dos intraoperatoria y a tres posquirúrgica; media de 1.7 sesiones.

Todos los pacientes recibieron alta el mismo día de la intervención, sin constatarse problemas de

CUADRO II

Pacientes del sexo femenino. Indicaciones terapéuticas

Edad	Indicación	Tipo de várices	Topografía	Anestesia	Operación (Bilateral)	Tiempo quirúrgico	Sesiones esclerosis
61	Calcetines rojos	MV	11	AL	D	30'	EIO+3
81	Úlcera	VS	11	AR	D (Si)	40'	-
28	Clínica	VS	3+4	SIV	D+FS	45'	-
49	Trombectomía	Res MV	6+11	AL	D	30'	EIO+3
22	Clínica	Res MV	9+10	AL	D	30'	EIO+2
62	Hemorragias	Rec VS	6	SIV	FS	70'	-
65	Úlcera	Rec VS	11	AL	D	60'	EIO
44	Trombectomía	Res VS	5+6	AL	D+FS	60'	-
60	Úlcera	Rec VS	6	SIV	D+FS	60'	-
26	Trombosis aguda	VS	4	AR	D+FS	50'	-
19	Várices genitales	MV	2	SIV	D	30'	EIO+1
26	Paniculitis	Rec MV	7+11	AL	D	40'	EIO
57	Trombectomía	VS	3+5	AL	FS	45'	-
68	Calcetines rojos	VS MV	6+7+11	AL	D (Si)	60'	EIO+6
61	Trombectomía	Rec VS	5+6	AL	D+FS	70'	-
37	Paniculitis	VS	5	SIV	D	45'	-
77	Úlcera	VS	6+11	SIV	D	30'	-
89	Úlcera	VS	5+11	ALR	D (Si)	50'	-

Res: várices residuales, Rec: várices recidivadas, VS: várices serpiginosas, MV: microvárices, AR: anestesia regional (raquianestesia), ALR: anestesia locorregional (plexo), SIV: sedación intravenosa, AL: anestesia local, D: desconexión de perforantes, FS: flebectomía segmentaria, EIO: esclerosis intraoperatoria.

CUADRO III

Pacientes del sexo masculino

Edad	Indicación várices	Tipo de	Topografía	Anestesia (Bilateral)	Operación quirúrgico	Tiempo esclerosis	Sesiones
51	Clínica	Rec VS	6+7	AL	FS	50'	-
78	Úlcera	VS	11	SIV	D	40'	EIO
32	Clínica	MV	5+6	SIV	D+FS (Si)	90'	EIO+1
28	Hemorragia	Rec VS	10+11	AL	FS	45'	-
38	Clínica	VS	8+9	AL	D+FS	75'	-
75	Úlcera	VS	11	AR	D	30'	-
37	Clínica	VS MV	9+10	AL	D+FS (Si)	60'	EIO+2
61	Trombectomía	Rec VS	3+6	AL	FS (Si)	75'	-
54	Úlcera	VS MV	5	AR	D+FS	60'	-
18	Estética	VS	6	AL	D+FS	60'	-
35	Clínica	VS	11	AL	D	30'	-
29	Paniculitis	MV	6	AL	D	30'	-
24	Estética	MV	4	AL	FS	45'	-
40	Úlcera	VS	6+11	ALR	FS	70'	-
68	Trombectomía	VS	3+5	AL	D+FS	50'	-
55	Úlcera	VS	6	ALR	D	40'	-

Rec: várices recidivadas, VS: várices serpiginosas, MV: microvárices, AR: anestesia regional (raquianestesia), ALR: anestesia locorregional (plexo), SIV: sedación intravenosa, AL: anestesia local, D: desconexión de perforantes, FS: flebectomía segmentaria, EIO: esclerosis intraoperatoria.

CUADRO IV

Pacientes de ambos sexos sometidos a fleboextracción

Sexo	Tipo de várices	Indicación	Topografía	Anestesia	Stripping	Otras técnicas	Tiempo quirur.	Sesiones esclerosis
M 79	VS	Úlcera	5+6	SIV	VSI	-	50'	-
M 33	VS MV	Estética	1	SIV	VSI	D	40'	EIO
M 36	VS	ACSP	9+10	AR	VSE	D+FS	90'	1
V 45	VS	Clínica	9+10+7	AR	VSE	FS	45'	-
V 67	VS	Úlcera	3+5+6	AR	VSI	D+FS	75'	-
V 28	VS	Clínica	5	SIV	VSI	D	30'	-
M 26	Rec VS	Estética	4+7	AR	VSI	D+FS	60'	EIO + 2
M 45	VS MV	Estética	6	ALR	VSI	FS	40'	2
M 42	Rec VS	Paniculitis	5	ALR	VSI	FS	50'	-
M 69	VS	Úlcera	5+11	ALR	VSI	-	30'	-

M: mujer. V: varón, MV: microvárices, ACSP: aneurisma del confluente safenopoplíteo, AR: anestesia regional (raquianestesia), ALR: anestesia locoregional (plexo), SIV: sedación intravenosa, VSI: vena safena interna, VSE: vena safena externa, D: desconexión de perforantes, FS: flebectomía segmentaria, EIO: esclerosis intraoperatoria.

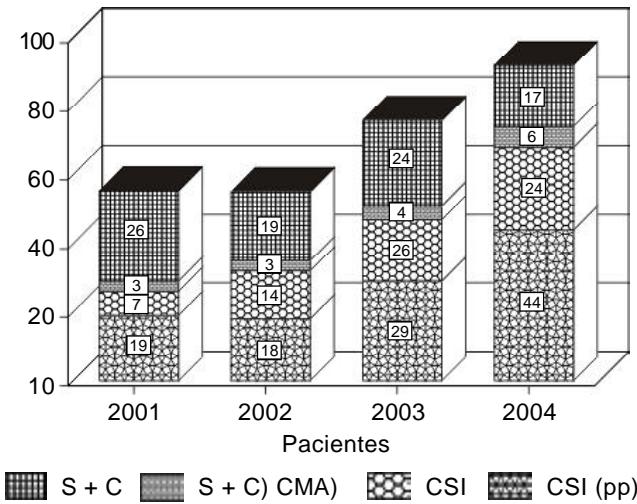


Figura 1. Cirugía de las várices en el periodo de tiempo estudiado, 2001-2004. Las técnicas utilizadas y las modalidades de hospitalización fueron: safenectomía y colaterales con ingreso (S+C), safenectomía y colaterales de forma ambulatoria (S+C, CMA), cirugía sin ingreso de las várices (CSI) y pequeños procedimientos sobre las várices con duración del tiempo operatorio inferior a 30 minutos (CSI, pp).

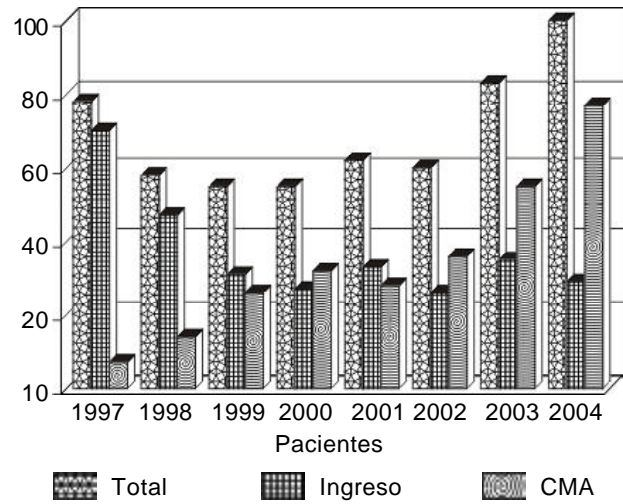


Figura 2. Evolución de la cirugía de las várices en el periodo 1997-2004. Se observa el aumento progresivo de los casos tratados, la disminución de los pacientes que cursan ingreso hospitalario posquirúrgico y la progresión del número de enfermos operados en modalidad de CMA.

analgesia postoperatoria, complicaciones severas o reingresos.

DISCUSIÓN

El patrón oro en que se fundamenta la cirugía de las várices lo forman la tríada: anestesia local, fleboextracción y cirugía ambulatoria,^{7,8} pero no debemos olvidar que cada paciente requiere un tratamiento individualizado. La elección de las estancias en el hospital, así como las técnicas anestésicas y

operatorias deben ser previstas en función de múltiples factores dependientes de la idiosincrasia del enfermo, su cuadro clínico, los hallazgos exploratorios y las preferencias y habilidades de los especialistas que lo van a tratar.

En resumen, cualquier enfoque terapéutico es válido mientras demuestre ser indoloro, de escasa morbilidad, con buena estética, baja en tasa de recidivas y de poca alteración de la actividad socio-laboral del enfermo; además, debe preservar los mecanismos de ahorro que garanticen la cobertura sanitaria pública.

La experiencia y revisión crítica de los resultados obtenidos fundamentan la evolución de nuestra

conducta terapéutica ante el paciente con IVC (*Figura 2*):

1. En las fleboextracciones completas VSI y combinadas VSI-VSE, un ingreso de 12 horas permite tratar complicaciones y dolor, mejorando la satisfacción del paciente. Ambulatorizar la denudación de la VSI (seis casos en el periodo estudiado) es un objetivo a medio plazo. Las mejoras en *hospital de día* y el uso de técnicas anestésicas de recuperación rápida permitirán que 50-60% de los procedimientos se mantengan como CMA, siguiendo estrictos criterios de selección.
2. Practicamos una fleboextracción corta de la VSI, sin crosectomía, cuando se presenta insuficiencia de la vena en su trayecto con cayado competente.¹¹ La denudación suele iniciarse en el tercio inferior del muslo (perforantes de Dodd) o en el cóndilo interno (perforante alta de Cockett). Una indicación típica son úlceras venosas o hipodermatitis en la pierna. Este procedimiento y la safenectomía VSE se practican en régimen CMA (*Figuras 1 y 2*).
3. El resto de las técnicas microquirúrgicas, desconexiones y flebectomías, con o sin esclerosis, las indicamos en los siguientes casos:⁹
 - a) Como paso previo a una esclerosis de microvárices, cuando se asocian várices reticulares o se detectan puntos de reflujo en el EDC.
 - b) En regiones resistentes a la escleroterapia, como la rodilla, el tobillo (enfermedad de los calcetines rojos) y el dorso del pie.
 - c) Várices residuales o recidivadas posquirúrgicas o postesclerosis.
 - d) Colaterales largas y serpiginosas sin insuficiencia de las safenas.
 - e) Redes varicosas "azules", típicas del muslo o la fosa poplítea.
 - f) Síndrome posflebítico tras una trombosis venosa superficial.
 - g) Desconexión selectiva en torno a úlceras venosas.
4. La esclerosis es una magnífica opción complementaria y permite eliminar telangiectasias o varículas residuales. Usamos el esclerosante a baja concentración para prevenir trombos, necrosis cutáneas y secuelas inestéticas; se multiplican las sesiones, se separan cada dos semanas y se tratan áreas de pocos centímetros cuadrados, siguiendo una rutina bien establecida.^{9,12}

La elección de una correcta técnica anestésica es fundamental para el éxito terapéutico.¹³ Debe adaptarse al procedimiento (complejidad, duración de la cirugía, incidencias imprevistas) y al paciente (per-

sonalidad, preferencias personales, edad, patología asociada etc.). Es preciso tener en cuenta que flebectomía y desconexión selectiva son técnicas minuciosas y, en ocasiones, de difícil realización.

El enfermo debe encontrarse relajado, colaborador y dispuesto a enfrentar una estancia prolongada en el quirófano y, por descartado, sin dolor. La combinación de sedantes vía oral, cremas anestésicas tópicas, técnica de infiltración cuidadosa y un ambiente distendido y agradable, son fundamentales. Ante esto, no dudaremos en solicitar la colaboración del anestesista y aplicar un procedimiento de nivel superior: neuroleptoanalgesia, perfusión continua o flash con propofol, u otros.

Durante años hemos practicado la safenectomía bajo múltiples modalidades de anestesia: general, locorregional, etc. No tenemos experiencia en la fleboextracción mediante infiltración del trayecto con anestesia local. Desde hace seis meses iniciamos un estudio preliminar mediante bloqueo locorregional puro, con infiltración selectiva de los nervios ciaticopoplíteos externos e internos, y crural mediante estimulación eléctrica.

Los resultados han sido óptimos: elevado nivel de confort, ausencia de morbilidad y deambulación temprana, soslayando los problemas de la raquianestesia, como cefalea pospunción, retención urinaria, etcétera. Pensamos que es la técnica adecuada para ambulatorizar progresivamente la safenectomía.¹⁴ En cuanto a las complicaciones, la denudación de las safenas debe evitar lesiones vasculonerviosas, hemorragias agudas y hematomas cronificados. El dominio de la anatomía y técnica quirúrgicas, junto con medidas preventivas como la invaginación sobre hilo, previenen la mayoría de estas incidencias.¹⁵

En desconexiones selectivas y flebectomías, la equimosis y hematomas afectan a casi todos los pacientes, ya que son intrínsecos al procedimiento.¹⁶ La revisión de la extremidad a las 48-72 horas, con cambio de vendaje, y las microtrombectomías son medidas preventivas acertadas.¹⁷ En ocasiones, también producimos una paniculitis, manifestada como un cordón duro y fibroso que sigue el curso subcutáneo de las venas denudadas. Todos estos efectos indeseables tienden a desaparecer en días o semanas, en nuestra experiencia, con medidas conservadoras: compresión, cremas tópicas, antiinflamatorios por vía oral, etc. El uso restrictivo de las suturas e incisiones cutáneas de menos de dos milímetros, garantizarán cicatrizaciones limpias y sin secuelas.¹⁸ Pese a las precauciones puede detectarse una leve pigmentación ocre o la persistencia de halos eritematosos, tanto postesclerosis como periincisionales. El uso adecuado de cremas despigmentantes, *peelings*

químicos, aceite de rosa mosqueta o laserterapia puede mejorar la estética.

Para valorar nuestros resultados creímos oportuno dividir a los pacientes según el sexo, la indicación operatoria y la intención del enfermo. Todos estos factores deben ser tenidos en cuenta y hacen que los grupos así creados no sean comparables estadísticamente. Los logros estéticos mediante microcirugía y esclerosis combinadas son extraordinarios, aunque la eficacia disminuye considerablemente cuando las extremidades han sido sometidas a mesoterapia, escleroterapia, multioperaciones o presentan placas de dermatitis ocre o hipodermatitis, lo que, por otra parte, suele ser la norma.¹⁹

Por último, incidiremos en la conveniencia de implantar una *vía clínica de las várices* para mejorar el rendimiento económico y la satisfacción de los enfermos. Estandarizar las vertientes médica, material y administrativa del proceso, permite un ahorro de recursos y la continuidad de las actuaciones, con independencia de cambios en los profesionales implicados.

Como conclusión, el tratamiento de las várices debe ser ecodirigido, individualizado y ambulatorio. El dominio de un amplio abanico de técnicas quirúrgicas y anestésicas, junto con el acierto de combinarlas, permite a los profesionales minimizar los riesgos y obtener una flebología estética. La obtención de un consentimiento informado basado en una información exhaustiva resulta fundamental,²⁰ ya que hablamos de procedimientos en los que la ausencia de complicaciones, un buen resultado clínico y una estética satisfactoria para el paciente caminan de la mano en igualdad de condiciones.

REFERENCIAS

1. Sigler Morales L, Castañeda Gaxiola R, Rish Fein L. Insuficiencia venosa crónica en la República Mexicana. *Rev Mex Angiol* 2004; 32: 44-6.
2. Cavezzi A, Carigi V, Collura M. Color flow duplex scanning as a preoperative guide for mapping and for local anesthesia varicose veins surgery. *Phlébol* 2000; 15: 24-9.
3. Parra OA, Díaz AR, Candia RRF, Castañeda GR, Peña MF, Velasco APC. Insuficiencia venosa crónica; Correlación clínico-diagnóstica. *Rev Mex Angiol* 1993; 21: 61-4.
4. Sánchez Beorlegui J. Aportaciones del Ecodoppler color en la valoración anatómica de los cayados safenos y en la elección de la estrategia terapéutica. *Rev Mex Angiol* 2003; 31: 100-8.
5. Cervantes Monteil F, Flórez Zorrilla C, Ferreyro Irigoyen R, Espinosa Cruz V. Tratamiento de la insuficiencia venosa, diagnosticada por Ecodoppler. *Rev Mex Angiol* 2001; 29: 108-11.
6. Cappelli M, Lova RM, Ermini S, Turchi A, Bono G, Bahni A, Franceschi C. Ambulatory conservative hemodynamic management of varicose veins: critical analysis results at 3 years. *Ann Vasc Surg* 2000; 14: 376-84.
7. Gorny Ph, Blanchemaison Ph. Chirurgie de l'insuffisance veineuse superficielle chronique: indications - place des protocoles ambulatoires. *Phlébol* 1997; 50: 333-42.
8. Gorny P, Blanchemaison P, Tran-Duy S, Radier P, Chahine D, Hutinel B, Reinharez D. La chirurgie ambulatoire dans l'insuffisance veineuse superficielle. Une étude sur 1,222 interventions. *Phlébol* 1994; 47: 155-63.
9. Sánchez Beorlegui J, Lamata Hernández F, Jiménez Bernadó A, Baqué Sanz F, Martínez Díez M. Microvárices. Una aproximación a su etiopatogenia, clasificación y procedimientos terapéuticos. *Rev Mex Angiol* 2003; 31: 109-17.
10. Pérez García A, Briones Pérez B. Trombopprofilaxis en pacientes posquirúrgicos: revisión de 1,500 casos. *Cir Ciruj* 2004; 72: 287-91.
11. Gorny P, Chahine D, Blanchemaison Ph, Renaudin JM. Crossectomie, éveinage court ou long?. Revue de la littérature et discussion. *Phlébol* 1996; 49: 87-91.
12. Ibáñez V. Terapia esclerosante de las várices. *An Cir Cardiaca Cir Vasc* 2001; 7: 86-8.
13. Creton D. Résultats comparés des strippings sous anesthésie générale et sous anesthésie loco-régionale (200 cas). *Phlébol* 1989; 42: 121-30.
14. Ouvry PA, Amarouche A, Ouvry PAG, Perrotte PG. Tolérance psychologique à l'anesthésie par bloc crural au cours de la chirurgie des grandes saphènes. *Phlébol* 1997; 50: 389-92.
15. Staunton MD. Quelques complications de la chirurgie des varices. *Phlébol* 1982; 35: 329-35.
16. Renaudin JM. La phlébectomie ambulatoire des collatérales variqueuses des membres inférieurs. *Phlébol* 2000; 53: 215-7.
17. Scultetus AH, Villavicencio JL, Kao TC, Gillespie DL, Ketrion GD, Iafrati MD, et al. Microthrombectomy reduces postsclerotherapy pigmentation: multicenter randomized trial. *J Vasc Surg* 2003; 38: 896-903.
18. Creton D. La cicatrization esthétique dans la chirurgie des varices «la chirurgie sans cicatrice». *Phlébol* 2000; 53: 39-47.
19. Juhan C. Chirurgie pour récidive de varices. Aspects techniques. *Phlébol* 1999; 52: 180-90.
20. Choukroun PL. L'information avant la chirurgie de l'insuffisance veineuse. Le consentement éclairé du patient. *Phlébol* 2000; 53: 23-7.

Correspondencia:
 Dr. Jesús Sánchez Beorlegui.
 Calle Pedregales No. 9, 5o E. 26006
 Logroño (La Rioja), España.
 E-mail: js_beorlegui@hotmail.com