

MINISTERIO DE EDUCACION
UNIVERSIDAD NACIONAL DE EVA PERON
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TRATAMIENTO QUIRURGICO
DE LAS VARICES DEL MIEMBRO INFERIOR

- Indicaciones de la Flebo-
extrección

Tesis de doctorado
de
FRANCISCO JOSE D'ABATE

Padrino de Tesis
Profesor Doctor
RAUL TOMAS MICHELINI

1 9 5 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EVA PERON

AUTORIDADES

RECTOR:

Ing. Carlos Pascali

SECRETARIO GENERAL:

Dr. Carmelo Pucciarelli

SECRETARIO ADMINISTRATIVO:

Sr. José Muñoz

PROSECRETARIO GENERAL:

Dr. Juan Carlos Nieves

CONTADOR GENERAL:

Prof. Enrique J. M. Barbier

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICASAUTORIDADES:

DECANO:

Prof. Dr. Alberto Gascón

VICEDECANO:

Prof. Dr. José P. Uslenghi

SECRETARIO:

Dr. Flavio J. Briasco

PROSECRETARIO:

Don Rafael G. Rosa

CONSEJO DIRECTIVO

Prof. Dr. José P. Uslenghi

- " " Carlos Floriani
- " " Fidel A. Maciel Crespo
- " " Enrique C. Baldassarre
- " " Valentín C. Girardi
- " " Ernesto L. Othaz
- " " Pedro A. Crocchi
- " " Aldo E. Imbriano
- " " Francisco Martone
- " " Manuel M. del C. Torres

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EVA PERON

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES HONORARIOS

- Dr. Rophile Francisco
- " Greco Nicolás V.
- " Soto Mario L.

PROFESORES TITULARES

- Dr. Argüello Diego M. - Cl. Oftalmológica
- " Baldasarre Enrique C. - F. F. y T. Terapéutica
- " Bianchi Andrés E. - Anatomía y F. Patológicas
- " Caeiro José A. - Patología quirúrgica
- " Canestri Inocencio - Medicina Operatoria
- " Carreño Carlos V. - Higiene y M. Social
- " Cervini Pascual R. - Cl. Pediátrica y Puericult.
- " Corazzi Edmardo S. - Patología Médica Ia.
- " Cristmann Federico E. B. - Cl. Quirúrgica IIa.
- " D'Ovidio Francisco R. E. - P. y Cl. de la Tubercul.
- " Echave Dionisio - Física Biológica
- " Errecart Pedro L. - Cl. Otorrinolaringológica
- " Floriani Carlos - Parasitología
- " Gandolfo Herrera Roberto I. - Cl. Ginecológica
- " Gascón Alberto - Fisiología y Psicología
- " Girardi Valentín C. - Ortopedia y Traumatología
- " Irigoyen Luis - Embriología e H. Normal
- " Lambre Rómulo R. - Anatomía Ia.
- " Lyonnet Julio H. - Anatomía IIa.
- " Maciel Crespo Fidel A. - Semiología y Cl. Propedéut.
- " Manzo Soto Alberto E. - Microbiología
- " Martinez Diego J. J. - Patología Médica IIa.

X

- Dr. Mazzei Egidio S. - Cl. Médica 11a.**
- " **Montenegro Antonio - Cl. Genitonnológica**
 - " **Monteverde Victorio - Cl. Obstétrica**
 - " **Obiglio Julio R. A. - Medicina Legal**
 - " **Othaz Ernesto L. - Cl. Dermatosifilografica**
 - " **Rivas Carlos I. - Cl. Quirúrgica**
 - " **Rossi Rodolfo - Cl. Médica 1a.**
 - " **Sepich Marcelino J. - Cl. Neurológica**
 - " **Uslenghi José P. - Radiología y Fisioterapia**
 - " **Arditti Rocha René - Cl. Psiquiátrica**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE RYA PERONFACULTAD DE CIENCIAS MEDICASPROFESORES ADJUNTOS

- Dr. Acevedo Benigno S. - Química Biológica
- " Andrieu Luciano M. - Cl. Médica 1a.
- " Barani Luis H. - Cl. Dermatosifilográfica
- " Bach Víctor Eduardo S. - Cl. Quirúrgico 1a.
- " Baglietto Luis A. - Medicina Operatoria
- " Bellingeri José R. - P. y Cl. de la Tuberculosis
- " Bigatti Alberto - Cl. Dermatosifilográfica
- " Briasco Flavio J. - Cl. Pediatría y Puericult.
- " Calzetta Raúl V. - Semiología y Cl. Propédeutica
- " Carri Enrique L. - Parasitología
- " Cartelli Natalio - Cl. Genitourológica
- " Castedo César - Cl. Neurológica
- " Castillo Odense Isidro - Ortopedia y Traumatología
- " Chiarardo Roberto - Cl. Psiquiátrica
- " Conti Alcides L. - Cl. Dermatosifilográfica
- " Correa Bustos Horacio - Cl. Oftalmológica
- " Curcio Francisco I. - Cl. Neurológica
- " Chesotta Néstor A. - Anatomía 1a.
- " Crocchi Pedro A. - Radiología y Fisioterapia
- " Dal Lago Néstor - Ortopedia y Traumatología
- " De Lena Rogelio R. A. - Higiene y H. Social
- " Dragagnetti Arturo R. - Medicina e H. Social
- " Dussaut Alejandro - Medicina Operatoria
- " Dobrie Beltran Leonardo L. - P. y Cl. de la tuberc.
- " Fernandez Audicio Julio César - Cl. Ginecológica
- " Fuertes Federico S. - Cl. de Enf. Inf. y P. Trop.

X

- Dr. Garibotto Roman G. - Patología Médica Ila.
- " García Olivera Miguel A. - Medicina Legal
- " Giglio Irma G. de - Cl. Oftalmológica
- " Giroto Rodolfo - Cl. Genitourológica
- " Gotusso Guillermo - Cl. Neurológica
- " Guixá Néctor Lucio - Cl. Ginecológica
- " Gorostazu Carlos Mario - Anatomía Ila.
- " Ingratta Ricardo N. - Cl. Obstétrica
- " Imbriano Aldo Enrique - Fisiología y Psicología
- " Lascano Eduardo Florencio - Anatomía y P. Patolog.
- " Logascio Juan - Patología Médica Ia.
- " Loza Julio César - Higiene y M. Social
- " Lozano Federico S. - Cl. Médica Ia.
- " Mainetti José María - Cl. Quirúrgica
- " Martini Juan Livio - Cl. Obstétrica
- " Manguel Mauricio - Cl. Médica Ila.
- " Marini Luis G. - Microbiología
- " Martínez Joaquín D. A. - Semiología y Cl. Proped.
- " Matusevich José - Cl. Otorrinolaringológica
- " Mellij Elías - P. y Cl. de la Tuberculosis
- " Michelini Raúl T. - Cl. Quirúrgica Ila.
- " Moreno Brandi José F. - Cl. Pediatría y Puericult.
- " Moreda Julio M. - Radiología y Fisioterapia
- " Nacif Victorio - Radiología y Fisioterapia
- " Naveiro Rodolfo - Patología Quirúrgica
- " Negrete Daniel Hugo - Patología Médica
- " Pereira Roberto R. - Cl. Oftalmológica
- " Prieto Elías Herberto - Emb. e H. Normal
- " Prini Abel - Cl. Otorrinolaringológica
- " Penín Raúl T. - Cl. Quirúrgica

- Dr. Poliza Amleto - medicina Oper toria
- " Guerra Juan - Patología Médica Ia.
- " Sanchez Héctor J. - Patología Quirúrgica
- " Torres Manuel M. del C. - Cl. Obstétrica
- " Trince Saúl R. - Cl. Quirúrgica Ila
- " Tau Ramón - Semiología y Cl. Propedéutica
- " Tosi Bruno - Cl. Oftalmológica
- " Tropeano Antonio - Microbiología
- " Tolosa Emilio - Cl. Otorrinolaringológica
- " Vanni Edmundo C. E. U. - Semiología y Cl. Propedéut.
- " Vazquez Pedro C. - Patología Médica Ila.
- " Votta Enrique A. - Patología Quirúrgica
- " Zabludovich Salomón - Cl. Médica Ila.
- " Zatti Germinio L. M. - Cl. de Enf. Inf. y T. Trópicos
- " Roselli Julio - Cl. Perinatal y Ginecología
- " Schaposhnik Fidel - Cl. Médica Ila.
- " Casino Héctor Vicente - Cl. Médica Ia.
- " Cabarro Arturo - Cl. Médica Ia.
- " Martone Francisco - Higiene y M. Social

▲ MIS PADRES

A MIS HERMANOS

A MI NOVIA

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS VARICES DE LOS MIEMBROS INFERIORES

INDICACIONES DE LA FLEBOEXTRACCION

Cuando los anatómo-fisiólogos del comienzo del siglo XIX refirieron al sistema venoso de las safenas y comunicantes su real participación en la patología de las várices del miembro inferior, comenzaron a practicarse un número variado de intervenciones quirúrgicas, destinadas todas ellas a erradicar total o parcialmente dicho sistema.

Madelung en 1884 y Terrier y Alglave en 1888 resecaron totalmente la safena interna en el trayecto comprendido entre el maleolo y su desembocadura en la vena femoral, mediante una amplia incisión. Heridas infectadas, grandes cicatrices y frecuentes y precoces recidivas hicieron que el método cayera en desuso.

Modificadora de la anterior fué la técnica propuesta por Harath en 1906, quien extirpaba subcutáneamente la gran safena, mediante pequeñas incisiones horizontales sobre su trayecto, a distancias de diez centímetros disminuyendo así el shock operatorio.

Ya en 1905, W. L. Weller ideó un método para desecar cortos segmentos de vena introduciendo en su luz un alambre flexible y fijándolo en su extremidad distal, procedía a la extirpación del vaso mediante tracción, apareciendo éste invaginado sobre sí mismo.

Charles Mayo un año después de haber conocido su flebo-extracción mediante disección perivenosa empleando su enucleador de aro y pinza.

En 1907, W. Wayne Babcock, modifica y regula en forma más precisa el método propuesto por Keller.

Durante muchos años esta técnica fué resistida por los cirujanos, que la tildaron de método a ciegas, dando preferencia a otras intervenciones principalmente a la ligadura de la safena interna en su desembocadura en la femoral, con resección de sus colaterales e inyección esclerosamente retrógrada.

Numerosas recidivas, así como nuevas nociones etiológicas y fisiopatológicas hicieron que en los últimos años se vindicara la técnica de Keller-Babcock, que hoy es considerada como el método de elección en la generalidad de los casos.

- - - - -

Existe una gran variedad de procesos varicosos dependientes de su distinta etiología y de la modificación capaz de imprimir en la mecánica circulatoria. Por ello haremos una breve reseña etiológica y fisiopatológica sobre las várices de los miembros inferiores.

ETIOLOGIA

A la acción conjunta de varios agentes etiológicos ha sido atribuída la producción de las varices en el miembro inferior. Distinguimos causas

* predisponentes y coadyuvantes.

CAUSAS PREDISPONENTES: a) En la generalidad de los casos hay que admitir que las varices obedecen a una distrofia venosa progresiva, expresión de una labilidad especial y congénita del mesénquima, que ha sido denominado hipotónico ó hipoplásico. Ratifica esta concepción, la concomitancia de este proceso con hemorroides, varicocele, hernia, pié plano y hipotensión arterial, etc. Que este proceso mesenquimal es hereditario lo certifica el gran número de enfermos con antecedentes familiares varicosos.

b) Eger y Casper en estudios anatómicos realizados sobre cadáveres, han demostrado que en el 7,9% de los casos de sus disecciones había una ausencia bilateral congénita de válvulas en la vena ilíaca externa y en la vena femoral por encima del cayado de la gran safena y en el 28,9% de los casos dicha ausencia era solo unilateral.

De sus estudios concluyen que el peso de la columna venosa es soportado unicamente por la válvula yuxta-ostial, que cediendo finalmente originaría la hiperpresión en el resto del vaso, favoreciendo su dilatación (Varices).

c) Ausencia congénita de válvulas en las venas comunicantes, permitiendo el reflujo del sistema profundo hacia el superficial, originando secundariamente una hiperpresión venosa.

d) Los trastornos endócrinos influenciando sobre el tono de la pared venosa han sido implicados de la degeneración varicosa.

Es hecho constatado la frecuencia de la aparición del proceso en la adolescencia, embarazo y menopausia, es decir cuando los desequilibrios neurohormonales alcanzan su más alto nivel.

e) Las infecciones agudas o crónicas de la pared venosa originando la destrucción de las válvulas, obliterando más o menos la luz, del vaso, produciendo la hiperpresión de la columna sanguínea, que transmitiéndose al sector subsiguiente forzaría otro par valvular y así sucesivamente, provocando la dilatación venosa.

CAUSAS COADYUVANTES: a) La posición prolongada de pié haciendo actuar por mas tiempo la acción del peso de la columna sanguínea sobre las tunicas vasculares deficientes constituyen un factor de real importancia en la génesis del proceso, como lo certifica la frecuencia de esta afección en peluqueros, odontólogos, ascensoristas, etc.

b) La compresión mecánica ejercida por el aumento de la presión abdominal, dificultando la circulación en las venas abdominales, cava o ilíacas, ya sea por estados fisiológicos como en el embarazo o patológicos como en los tumores, ya sean estos abdominales o pelvianos.

γ c) La tos, la constipación pertinaz, la disuria, actuarían por el mismo mecanismo de aumento de la presión abdominal.

F I S I O P A T O L O G I A

Las dilataciones venosas e insuficiencias

valvulares pueden asentar en el sistema venoso profundo, superficial o comunicante, pero es en los dos últimos donde se ven con mayor asiduidad.

En el comienzo de la afección, solo hay una debilidad de la pared venosa, que cediendo lentamente da origen a la dilatación, permitiendo aún cumplir su función al sistema valvular. Este período transcurre generalmente, en forma asintomática y es de difícil interpretación clínica.

A la dilatación venosa simple del primer período, sucede luego la incompetencia valvular de asiento más común a nivel del cayado de la safena interna, poniéndose ello de manifiesto mediante el signo de Brodie-Trendelenburg positivo.

Asociándose o no a la insuficiencia valvular del cayado, puede que la dilatación venosa alcance al sistema de las venas comunicantes decretando la incompetencia de sus válvulas. En este caso, la pared venosa del sistema superficial recibe el choque brusco de la sangre proveniente del sistema profundo. Es el "golpe de ariete" de Briquet y Delove, en oposición al "golpe de ariete abdominal" de Trendelenburg.

Alglave refiere a este reflujo a través de las comunicantes insuficientes, las dilataciones ampuliformes de las várices que asientan a nivel del nacimiento de estas mismas venas.

La existencia de un sistema comunicante anatómicamente insuficiente, junto con la hiperpresión

venosa son los responsables de los edemas, cianosis y trastornos tróficos localizados, síndrome complejo de larga evolución.

Estos trastornos no quedan acantonados solo en el sistema venoso superficial y tegumentos, sino que repercuten sobre el sistema arterial. Por ello, es de capital importancia el estudio del estado de la circulación arterial por medio de la oscilometría. La rémora venosa actuaría por reflejo sobre el sistema arterial, provocando una microangeosis.

Nario manifiesta haber comprobado que cuando un varicoso sufre o se ulcera, lo hace en un terreno de profunda alteración arterial, que esta alteración es localizada, que es constante y que es proporcional a la importancia del obstáculo.

Otra alteración a tener presente por su importancia en la patogenia de las flebotrombosis, complicación tan frecuente en los varicosos, es la disminución que estos enfermos presentan en el tiempo de coagulación sanguínea de los miembros afectados, en relación a la sangre extraída de los miembros afectados, en relación a la sangre extraída del pliegue del codo, concluyendo Di Cio y Bay que ello se debería a la liberación de tromboplastina que invadiría el torrente circulatorio.

En síntesis diremos, que las varices de los miembros inferiores obedecen siempre al mecanismo de la hiperpresión, ya sea ésta originada por un factor mesenquimal lábil que trae aparejado la dila

tación venosa , como consecuencia la insuficiencia valvular o esta se debe a hipo o aplasia congénita o a procesos inflamatorios que obstruyen la vena o destruyen sus válvulas. Pero en uno u otro caso, la hiperpresión trae aparejada la afectación progresiva de las venas.

- - - - -

EXAMEN DEL ENFERMO

De las conclusiones que podemos extraer de un buen examen del enfermo depende siempre el porvenir del mismo, por cuanto en ellas habremos de basar el oportuno y eficaz tratamiento.

El estudio del varicoso será clínico y radiográfico (flebografía).

ESTUDIO CLINICO

Numerosas pruebas han sido ideadas para valorar el estado funcional u orgánico de los sistemas venosos superficial, comunicante y profundo.

Para investigar la safena interna y comunicantes, realizaremos las pruebas de Brodie-Trendelenburg que nos informarán según los distintos signos: Positivo: válvula yuxta-ostial insuficiente; negativo: hay competencia de la misma válvula; doble; insuficiencia del cayado y además de una o varias comunicantes; cero o nulo: solo hay dilatación venosa.

Prueba de Brodie-Trendelenburg fraccionada, para localizar las venas comunicantes inconti-

entes.

Prueba de Adams: frémito venoso a la palpación del cayado de la safena interna durante el esfuerzo por insuficiencia valvular del mismo.

Prueba de Ochsner-Mahorner, que tiene por finalidad saber:

a) si el cayado de la safena interna es ó no suficiente;

b) si las venas comunicantes son ó no suficientes;

c) si las venas profundas son ó permeables.

Prueba de Perthes-Delbet para el estudio de la permeabilidad del sistema profundo.

Prueba de Hayerdale y Anderson para investigar la suficiencia del cayado de la safena externa.

Otras pruebas como la de Slevin, Pratt, Schwartz, de la velocidad circulatoria por la histamina son complementarias muchas veces de las anteriores y a ellas recurrimos cuando con las primeras no obtenemos resultados de clara interpretación clínica.

ESTUDIO RADIOGRÁFICO (flebografía):

En los últimos años como resultados de una técnica mejor reglada, de una mejor interpretación de los clisés y el empleo de sustancias menos dolorosas y no lesivas del endotelio vascular hizo que el método flebográfico se incorporará definitivamente en la práctica médica, como un recurso de indis-

cutible valor en el estudio de ciertos enfermos varicosos.

El principal objetivo que perseguimos al efectuar una flebografía, es visualizar las venas profundas para conocer sus obstrucciones o varicosidades, así como poner de manifiesto y localizar las venas comunicantes incontinentes.

La flebografía esta indicada en los siguientes casos:

- 1) Enfermos con antecedentes flebíticos en los que no se logra clínicamente establecer el alcance de las lesiones trombóticas;
- 2) Enfermos con los miembros edematizados que dificultan la exploración clínica;
- 3) Enfermos muy obesos en quienes el tejido adiposo oculta completamente los sistemas venosos, aún cuando estos esten dilatados;
- 4) Enfermos operados anteriormente y que presentan recidivas de difícil interpretación;
- 5) Enfermos en quienes sospechamos la existencia de várices del sistema venoso profundo;
- 6) Para determinar donde estan localizadas las venas comunicantes incontinentes, ya que con ello se facilita el pasaje del fleboextractor y el arrancamiento, pues a nivel de la implantación de las comunicantes es donde el extractor se detiene en su pasaje y donde la vena se corta en la extracción y en aquellos casos en que no podemos efectuar la safenectomía total con el fleboextractor

y entonces nos vemos obligados a efectuar la ligadura de comunicantes insuficientes en la región supra maleolar.

La substancia de contraste a emplear en la flebografía debe ser una solución yodada que no tenga una concentración mayor del 35% (Nosylan, Diodrast) La cantidad a inyectar no debe ser mayor de 30 cm³ por miembro.

Por otra parte, es aconsejable que la inyección sea controlada radioscópicamente y que el mismo cirujano participe en la ejecución de ese examen.

- - - - -

T R A T A M I E N T O

En la actualidad podemos decir que el tratamiento de las várices del miembro inferior es variable y depende del caso en cuestión, pero es en última instancia quirúrgico- salvo contraindicación formal -pués es la única manera de suprimir la insuficiencia valvular e hipertensión venosa consecutiva.

Cada época popularizó un método. Hoy se dá preferencia a la safenectomía total, por considerarla la intervención más racional e inocua, capaz de poner a cubierto del mayor número de recidivas imputables a defectos técnicos.

Pero antes de considerar las diversas intervenciones propuestas debemos advertir que hasta la fecha ninguna de ellas nos pone a cubierto de recidivas, por cuanto no disponemos aún de una ter-

péutica eficaz para luchar contra un mesénquimo lábil que tarde o temprano se pondrá de manifiesto en otros terrenos venosos.

Una de las etiopatogenias predominantes en el cuadro varicoso, es la insuficiencia de la válvula yuxta-ostial de la safena interna ya sea congénita o adquirida.

Para subsanar los trastornos mecánicos que de esta anomalía derivan, se aconseja practicar hoy la ligadura de la safena interna en su desembocadura en la femoral, seguida de la resección completa y prolija de todas sus colaterales. Agregamos también en la mayoría de los casos la fleboextracción de la safena interna, por cuanto evitamos así la recanalización secundaria de la misma, por el reflujo de una comunicante incontinente.

Cuando la insuficiencia del cayado de la safena interna, se agregan las de una o varias comunicantes, entonces después de actuar sobre el cayado en la misma forma que apuntamos en el párrafo anterior, hacemos la fleboextracción, siendo ésta quizá su indicación más precisa.

Si solo hay incompetencia de un comunicante, con sistemas safeno normal, haremos la ligadura subcutánea de esa comunicante.

Por último, cuando la insuficiencia valvular asienta al nivel del cayado de la vena safena externa, practicamos la ligadura y sección de la misma en su desembocadura en la poplítea, seguida de flebo-

extracción hasta el maleolo externo.

FLEBOEXTRACCIÓN

Como ya lo manifestamos, la fleboextracción, método creado por Keller y modificado luego por Ch. Mayo y Babcock al comienzo de este siglo, tuvo su época de auge, cayendo luego en desuso.

Merced a las mejoras introducidas a la técnica original, así como el instrumental primitivo, hoy ha pasado a ser el método de elección en los principales centros quirúrgicos por su real eficacia, inocuidad y menor número de recidivas.

Para su ejecución solo se requiere como instrumental especial el fleboextractor que según la modificación de Ayas, permite extraer la vena por arremangado en vez de invaginada como con el Babcock.

El fleboextractor consta de un tallo de metal maleable, en cuyos dos extremos se atornillan sendas olivas, una de cinco milímetros de diámetro, y la otra de doce. Próximo a las olivas se hallan tres abultamientos que limitan surcos profundos, útiles para que las ligaduras colocadas sobre la vena, queden ajustadas y no deslicen.

En muchos casos, no es necesaria la previa internación del enfermo, lo que constituye sin duda, desde ya, una ventaja. Salvando las indicaciones especiales, solo pedimos al laboratorio los exámenes de rutina, principalmente los tiempos de coagulación y sangría.

ANESTESIA:

Damos preferencia a la anestesia local, por su mayor inocuidad, por ser suficiente y porque nos permite movilizar precozmente al enfermo.

Se usa una solución de novocaína al medio o uno por ciento adicionada ó no de adrenalina.

Algunos cirujanos, en el momento de la extracción prefieren el pentotal sódico que practican ellos mismos en la femoral. Creemos que un buen reguero anestésico con novocaína sobre el trayecto de la vena, hecho con precisión y sabiendo esperar unos minutos para que la anestesia sea completa, hace innecesario el pentotal sódico, no exento por cierto de peligros.

TECNICA QUIRURGICA:

No queriendo incurrir en repeticiones inútiles no entramos a considerar mayores detalles técnicos, ya que en la casuística damos a conocer el procedimiento realizado en cada caso. Solo consideraremos que el fleboextractor es conveniente introducirlo desde la sección venosa supramaleolar hacia la ingle porque de proceder a la inversa el instrumento podría desviarse por una de las colaterales o detenerse a nivel de una válvula.

Si no consiguiéramos introducir el fleboextractor en la forma apuntada por impedirlo la disminución de la luz de la vena por haberse practicado con anterioridad inyecciones esclerosantes o pequeñez congénita de la misma, entonces introducimos el fleboextractor desde la ingle hacia la pierna hasta

donde podamos llegar y allí previa incisión sobre la oliva y ligadura venosa hacemos la extracción practicando luego una inyección esclerosante en el extremo distal de la vena.

Fleboextracción de la safena externa

En nada difiere en lo que a técnica quirúrgica respecta, de lo expresado al hablar de la fleboextracción de la gran safena. Como en aquella aquí también es aconsejable introducir el fleboextractor desde la incisión primera por arriba del maleolo externo hasta el hueso poplíteo, para luego incidir sobre la oliva y extraída la vena, proceder a su ligadura en su desembocadura en la poplítea.

POST OPERATORIO:

Inmediatamente de finalizada la intervención se exige al enfermo que mueva las piernas en la cama o lo que es mejor que deambule ya que la contracción muscular favorece la circulación centripeta, alejando de esa manera el peligro de la flebotrombosis con las embolias consecutivas.

En realidad el post-operatorio no requiere mayor cuidado que el de las heridas quirúrgicas.

Se retiran los puntos al sexto día de la operación y en la mayoría de los casos los enfermos pueden volver al trabajo a partir de los quince días, siempre que sus labores no requieran esfuerzos violentos ni prolongada estación de pié.

Las hemorragias causadas por el desgarro de los comunicantes se cohiben efíesamente con el

vendaje compresivo que practicamos inmediatamente después de la fleboextracción.

En ocasiones persiste durante un tiempo variable un cordón indurado en el sitio que ocupaba la vena extraída, pero ello no requiere ningún cuidado, pues prontamente involuciona.

Los hematomas y sufusiones que pudieran presentarse tienen la misma evolución de cualquier derrame sanguíneo provocado por un traumatismo cerrado.

- - - - -

COMPLICACIONES

La fleboextracción, como toda intervención quirúrgica sobre el sistema venoso, cuenta entre sus más terribles complicaciones, con las embolias pulmonares. Demostrada la participación del factor reposo en la patogenia de estas flebotrombosis y embolias consecutivas es que se preconiza la movilización activa del enfermo desde el mismo instante de finalizada la operación.

La tromboflebitis es otra de las complicaciones, aunque más rara que la anterior, debida a descuidos en la asepsia del acto operatorio o por no haber extirpado previamente a la intervención los focos sépticos presentes en el resto del organismo.

Las hemorragias por falta de una buena hemostasia operatoria o por haberse desprendido la ligadura del cayado, así como la infección de las he-

ridas quirúrgicas son complicaciones que no pueden culparse al método en sí, sino que son en su mayoría defectos de técnica imputables al cirujano.

- - - - -

C A S U I S T I C A

Las historias clínicas que transcribimos a continuación pertenecen a enfermos que han sido intervenidos en el Servicio de Clínica Quirúrgica del Instituto General San Martín, Pabellón Dr. Enrique Finochietto a cuyo jefe Prof. Dr. Federico F. Chritsmann quedamos profundamente agradecidos.

HISTORIA CLINICA Nº 18846

Nombre: F. P. ; Entrada: 31-12-51 ; Argentino, 41 años de edad. Carnicero.

Enfermedad actual: Dos años después de una caída, nota por encima del maleolo interno izquierdo una * placa violácea del tamaño de una moneda de 50 cts. que trató con curas húmedas y luego de ulcerarse y exulcerarse en varias ocasiones curó con tratamiento local.

Poco después aparecen dilataciones varicosas en el trayecto de la vena safena interna izquierda, en la mitad superior de la pierna. En Junio de 1951 fué tratado con inyecciones esclerosantes. Últimamente nota su pierna edematizada y dolor que se alivia al caminar. Nunca usó venda elástica.

ESTADO ACTUAL: Miembro inferior izquierdo: A la ins-

pección se observa un manguito completo de pigmentación y esclerodermia y cicatrices de úlcera que abarca desde tercio medio de pierna hasta la línea bima-leolar. En posición horizontal se observa un trayecto venoso tortuoso de un diámetro aproximado de ocho milímetros que sigue en la pierna el trayecto de la safena interna y que se introduce en la zona de esclerodermis. A la palpación el tronco se toca depta sible en partes y en otras indurado en forma de cor dón.

La circunferencia izquierda es de dos y tres y medio centímetros mayor que la homóloga de- recha a nivel de la pantorrilla y tobillo respecti- vamente.

En ambos miembros se palpan muy bien los pulsos arteriales perisféricos clásicos, a excep- ción del tibial posterior por tratarse de una zona indurada.

Al tomar la posición de pié hay una fran- ca ingurgitación del tronco venoso, descripto.

Pruebas funcionales: Brodie - Trendelenburg: positi- va franca.

Perthes - Delbet: Muestra vaciamiento to- tal de las venas ingurgitadas.

Adams: positiva.

Impresión Clínica: Úlcera por insuficiencia del ca- y ño de la safena interna, con buen sistema venoso profundo.

Proposición terapéutica: Resección cayado safena in-

y fleboextracción previa flebografía operatoria.

Operación: 12- 1 - 52

Anestesia local infiltrativa con novocaina al 1%.

Técnica quirúrgica: Incisión de siete centímetros paralela a la arcada, sobre el cayado. Disección del mismo y sección de colaterales de las cuales existe una sola tipo pudenda. Sección de la safena a cinco centímetros del cayado e introducción de una cánula de Finochietto por su extremo proximal. A través de la misma y con enfermo en Trendelenburg invertido de 40° se inyecta 30 c. c. de Nosylan al 35%, mientras se le invita a hacer un esfuerzo abdominal sostenido y se practica flebografía que muestra una femoral suficiente. Ligadura doble del cayado en su base (una transfixión).

Introducción del fleboextractor hasta el tercio inferior de la pierna justo por encima de la zona esclerodérmica. Sección a ese nivel de dos cm. visualizando el fleboextractor.

Sección de la vena y previa anestesia del trayecto se practica la fleboextracción de todo el segmento. Inyección esclerosante en el segmento distal, en el que se aprecia una gran hipertensión venosa que empuja el émbolo de la jeringa. Cierre de las indicaciones en dos planos.

Gran vendaje elástico. De ambulación y movimientos inmediatos. Antibióticos.

Alta: 17 - 1 - 52 .

HISTORIA CLINICA N° 18891

Nombre: S. A. T. de ; Entrada 14 - 1 - 52. Húngara.
57 años. Casada. Quehaceres domésticos.

Antecedentes personales: Tuvo un solo hijo. Niega abortos.

Enfermedad actual: Hace seis años aparecen varicosidades en muslo y pierna derecha, asintomáticas. Poco tiempo después aparece un golfo varicoso en la cara anterior de garganta de pié, el cuál un día se ulcera produciendo una copiosa hemorragia que se cohibe con vendaje compresivo. Hace 10 inyecciones esclerosantes, una por día, curando aparentemente durante un año y medio, al cabo de los cuales aparecen manchas rojas sobre el trayecto de la vena safena interna, edema intenso de pierna y pié y ulceración grande de pierna.

Internada en el Hospital Aleman cura casi totalmente en 50 días con tratamiento local. Al ser dada de alta persiste una pequeña ulceración en cara anterior de pierna, y la piel circunvecina es de color rojo cianótico, moreno, brillante y tensa.

En su domicilio usó venda elástica y hacía curas húmedas. Posteriormente se reabre su úlcera, presentando dolor en el miembro inferior derecho, ya sea de pié, caminando o en clinostatismo. Se le aconsejó internarse.

Estado actual; Talla 1.65 mts. Peso actual y habitual 95 Kgs. Tensión arterial: Mx 210 Ma. 160.

X Miembro inferior derecho: En todo el trayecto de la vena safena interna se observan dilataciones varicosas,

ses, así como en la cara posterior de la pierna,

No hay miedema y el diámetro de los dos miembros es igual. Pulsos arteriales normales. En la piel las lesiones ya descritas.

Pruebas funcionales: Brodie-Trendelenburg y Perthes-Delbet francamente positivas.

Proposición terapéutica: Resección del cayado de la vena safena interna derecha y fleboextracción previa flebografía operatoria.

Operación: 22 - 1 - 52

Anestesia local con novocaína al 1%

Descripción macroscópica: Cayado con numerosas colaterales. Safena interna dilatada. Prueba del reflujo al esfuerzo: francamente positivo.

TECNICA QUIRURGICA:

Incisión de 8 cm. sobre el pliegue inguinal y siguiendo su dirección. Disección del cayado y flebografía por el extremo proximal de la safena con 20 c.c. de Nosylan al 35% y haciendo hacer al enfermo un esfuerzo sostenido.

Demostrada la indemnidad del sistema profundo, se practica doble ligadura de la safena en su base y fleboextracción hasta parte media de pierna. Cierre por planos. Vendaje elástico. Movilización inmediata. Antibióticos.

Es dada de alta el día veinticinco de Enero de mil novecientos cincuenta y dos. Sin complicaciones.

HISTORIA CLINICA Nº 18939

Nombre: M. A. A. Entrada 5 - 2 - 52. Argentino

21 años.

Antecedentes hereditarios: Padres varicosos.

Antecedentes personales: A los 20 años fué operado de hernia inguinal derecha.

Enfermedad actual: Desde hace dos años, nota dilataciones venosas en la pierna izquierda que aumenta con los esfuerzos. No hubo nunca dolores ni edemas.

Estado actual: Miembro inferior izquierdo: se observan dilataciones venosas a nivel de la desembocadura de la safena interna y a la altura del tercio superior sobre el trayecto de la misma vena.

Examen clínico: Prueba de Brodie-Trendelenburg: positiva débil. Prueba de Perthes-Delbet: francamente positiva.

Miembro inferior derecho: Dilatación del cayado de la safena interna y del tronco de la misma en muslo y pierna.

Prueba de Brodie-Trendelenburg: negativa.

Prueba de Perthes-Delbet: positiva

Impresión clínica: Insuficiencia de l cayado de la vena safena interna izquierda.

operación: 14 - 2 - 52.

Anestesia local: Incisión paralela a la arcada crural, cuyo centro pasa por el lugar del latido de la arteria femoral. Luego de atravesar la fascia superficial del muslo se descubren el cayado de la gran safena y sus colaterales que se disecan y ligan.

Se procede a la resección del cayado venoso y luego a la extracción de la safena por medio

del fleboextractor en dos tomas: la primera hasta debajo de la rodilla y la segunda desde allí hasta la región suprasmaleolar.

Vendaje compresivo-elástico y de ambulación precoz.

Alta: 15 - 2 - 52

Comentario: Este enfermo muestra la importancia del factor hereditario llamado mesénquima labil ó hipotónico: padres varicosos y él mismo padeciendo de una hernia inguinal.

No creemos que la intervención realizada acabe con su afección. La distrofia venosa, de que es portador de seguro se pondrá de manifiesto en otros territorios y demandará nuevos tratamientos, por lo que es de aconsejar un examen periódico para despistar cualquier intento de recidiva.

HISTORIA CLINICA N° 18952:

S. F. R. de; Entrada 11-2-52 ; Argentina; Casada 40 años; Quehaceres domésticos.

Antecedentes personales: Hace dos años fué operada de prolapso genital. Menopausa a los 38 años. Dos partos normales. Dos abortos sin complicaciones. Apendicectomía a los 24 años.

Enfermedad actual: Desde su primer parto-hace catorce años- nota la aparición de várices en sus miembros inferiores. Durante el embarazo tuvo gran edema de pierna, que cedió después del parto.

Las várices permanecían asintomáticas hasta hace cuatro años. Desde entonces nota pesades en

el ortostatismo prolongado, son edemas de los miembros inferiores, acompañado de prurito. Toda esta sintomatología clínica calma con el clinostatismo.

Se le ha hecho una sola inyección esclerosante en la pierna izquierda.

Estado actual: Enferma obesa. Tensión arterial:
Mx: 210 mm. Mn: 150 mm.

Pierna izquierda: A la inspección: Pigmentación ocre de parte inferior de piernas y trayectos varicosos en el territorio de la safena interna desde rodilla hasta maleolo interno.

Examen funcional: Prueba de Brodie-Tredelenburg: positiva franca. Prueba de Perthes-Delbet: positiva.

Impresión clínica: Varices esenciales con insuficiencia del cayado de la safena izquierda interna.

OPERACION: 19 - 2 - 52

Anestesia local infiltrativa con novocaina al 1%.

Técnica quirúrgica: Incisión sobre el pliegue inguinal. Disección del cayado de la safena interna que se presenta dilatado e insuficiente, con numerosas colaterales.

Ligadura del cayado y resección total de colaterales. Introducción del fleboextractor por el extremo distal de la safena seccionada hasta la rodilla, donde se practica una nueva incisión sobre la oliva y se procede previa anestesia del tronco venoso a su extracción.

Incisión a nivel del maleolo interno y se practica cateterismo retrógrado de la otra mitad de

de la safena con el fleboextractor, seguida de la resección. Cierre de las heridas en dos planos. Apósito y gran vendaje compresivo-elástico.

La enferma fué dada de alta el 21-2-52 al evolucionar satisfactoriamente su enfermedad.

HISTORIA CLINICA Nº 18989

S. U. A. de ; Entrada: 22 - 2 - 52; 26 años. Casada. Argentina. Quehaceres domésticos.

Antecedentes personales: Apendicectomía a los 18 años. Dos embarazos y partos normales.

Enfermedad actual: Miembros inferiores: Trayectos varicosos en territorios de las safenas internas que se distienden por la posición del pié.

Prueba de Brodie-Tredelenburg: francamente positiva en ambos miembros. Prueba de Perthes-Delbet: Positiva en ambos miembros.

Impresión clínica: Várices esenciales con insuficiencia del cayado de ambas venas safenas internas.

Operación: 28 - 2 - 52

Miembro inferior derecho. Anestesia local con novocaine al 1% adicionada de adrenalina.

Técnica quirúrgica: Incisión sobre pliegue inguinal de 8 cm. Disección del cayado que se muestra del tamaño de una uva y francamente insuficiente a la prueba del esfuerzo.

Se liga el cayado y se intenta introducir por su extremidad distal el fleboextractor, que no alcanza a pasar de la mitad del muslo.

Se disecciona entonces la safena interna por encima del maleolo, desde donde se introduce sin dificultad el fleboextractor hasta el pliegue inguinal. Fleboextracción. Cierre de la herida a puntos separados. Vendaje acolchado con venda elástica.

OPERACION: 1 - 3 - 52

Miembro inferior izquierdo.

Anestesia local.

Técnica Quirúrgica: incisión sobre el pliegue inguinal a la altura de los latidos de la femoral. Disección del cayado que se presenta ligeramente dilatado e insuficiente. Resección del cayado con todas sus colaterales. Fleboextracción en tres tomas: desde pliegue hasta encima de la rodilla, de allí hasta debajo de la misma y luego hasta la altura del maleolo. Sutura de las heridas en dos planos. Vendaje elástico. Levantamiento y desambulación precoz. Antibióticos.

El 7 - 3 - 52 se quitan los puntos de sutura.

Dado el buen estado de la enferma se decide intervenirla de un quiste dermoideo en el ovario (teratoma) el día 8 - 3 - 52.

HISTORIA CLINICA Nº 19073

Nombre D. P. G. - Entrada 1 - 3 - 52 - 22 años - Argentina - Soltera. Quehaceres domésticos

Antecedentes hereditarios y personales: Sin impor-

tancia.

Enfermedad actual: Hace cinco años nota la presencia de una dilatación venosa en pierna derecha que luego se hace extensiva a la otra pierna aumentando en ambas localizaciones discretamente de tamaño.

Desde hace dos años nota un dolorimiento en ambos miembros atribuido a dichas vérices que aumenta de intensidad en el premenstruo.

Estado actual: Peso: 80 kgs.

Miembros inferiores: Tonismo y trofismo conservado. No se constata la presencia de úlceras. Se aprecia un discreto paquete varicoso en cara interna e inferior de pierna derecha y otro más pequeño en hueso poplíteo izquierdo.

<u>Pruebas funcionales:</u>	<u>Miembro inf. izq.</u>	<u>inf. der.</u>
Brodie-Trendelenburg	Positiva	Positiva
Perthes-Delbet	Positiva	Positiva

Operación 15 - 6 - 52

Anestesia local con novocaina. Pentotal sódico: lgr.

Descripción macroscópica: Cayado de ambas safenas internas demuestran la insuficiencia de la válvula yuxta-ostial al esfuerzo; venas varicosas que forman buches impidiendo el avance del fleboextractor.

TÉCNICA QUIRÚRGICA: Se practica una safenectomía típica y luego fleboextracción hasta maleolo interno en miembro inferior derecho, a favor de la incisión a nivel de dichos buches y en miembro inferior izquierdo hasta tercio inferior de pierna.

Vendaje acolchado con vendas de lienzo y luego el's-

ticas.

Post-operatorio: Heridas operatorias derechas aparecen infiltradas y con colección purulenta. Divulsión y penicilina.

25 - 4 - 52.

Heridas en buen estado.

La enferma es dada de alta el día 26 - 4 - 52.

Comentario: Creemos que con la intervención realizada se curarán los trastornos que aquejaban a la enferma.

HISTORIA CLINICA Nº 19047

L. O. F. - entrada: 20-11-52. 68 años. - Argentino Casado - empleado.

Antecedentes personales: Operado de hernia inguinal izquierda a los 48 años.

Enfermedad actual: Desde hace más o menos 20 años, comenzó a notar dilataciones venosas en el tobillo y pierna izquierda, que con el tiempo fueron aumentando de tamaño y avanzando hacia la raíz del miembro.

Al caminar, que lo debe hacer en largas distancias para su trabajo, se le hinchan los tobillos, especialmente el del lado izquierdo. Nunca ha tenido úlcera.

Estado actual: Miembro inferior izquierda: Presenta hiperpigmentación en dorso del pie y regiones maleolares. Múltiples dilataciones varicosas que se extienden alrededor de la pierna y en la cara interna

del muslo siguiendo el trayecto de la vena safena interna.

La presión de dichas dilataciones muestran sus paredes tensas en posición de pié.

No se aprecian lesiones cutáneas de ninguna especie.

Exámen clínico

Prueba de Brodie-Trendelenburg clásica: francamente positiva.

Prueba de Brodie-Trendelenburg fraccionada: muestra comunicantes insuficientes.

Prueba de Perthes-Delbet: positiva (buen sistema profundo).

Prueba de Uchsner-Mahorner: muestra insuficiencia de la válvula yuxta-ostial.

Impresión clínica: Insuficiencia del cayado de la safena interna izquierdo con sistema venoso profundo permeable.

OPERACION: 1 - IV - 52

Anestesia local infiltrativa con novocaina al 1%.

Técnica Quirúrgica: incisión, disección y resección del cayado y colaterales.

Se introduce el fleboextractor que llega solo hasta la parte media del muslo por las flexuosidades que presenta la safena a ese nivel.

Se localiza la safena en la región supra-maleolar y desde allí, previa disección se introduce el fleboextractor sin mayores inconvenientes hasta la ingle, desde donde se practica la extracción.

Cierre de las incisiones en dos planos. Vendaje elástico.

Post-operatorio inmediato: bueno.

Comentario: Creemos que evoluciona bien y que se ha evitado las complicaciones tróficas que hubiera sufrido el enfermo en caso de operarse.

HISTORIA CLINICA N° 19192

M. A. P. de - Entrada 29-5-52 - 42 años - Casada Italiana. Quehaceres domésticos.

Antecedentes personales: Dismenorreica. Casada a los treinta años. Tiene tres hijos.

Enfermedad actual: Desde el primer embarazo, hace nueve años, aparecen dilataciones venosas en miembros inferiores, al principio asintomáticas, que posteriormente en verano provocan ardores, picazón y algo de edemas ortostáticos. Hace cuatro años hizo 20 inyecciones esclerosantes.

Las inyecciones le provocaban grandes dolores y la enferma manifiesta no haber tenido mejoría. En tres oportunidades se han abierto paquetes, provocando grandes hemorragias que requerían un vendaje compresivo.

Estado actual: Miembros inferiores: Se observan trayectos varicosos en ambas piernas, correspondientes a la vena safena interna. Se palpan los cayados dilatados y tensos.

Pruebas funcionales:

Brodie-Treddelemburg: positivo en ambas piernas.

Perthes-Delbet: positivo en ambas piernas.

Swartz: igualmente positiva en ambas piernas.

Impresión clínica: Várices esenciales de los miembros inferiores, con insuficiencia de los cayados de las safenas internas.

OPERACIONES

Primera intervención: 3 - 6 - 52. Miembro inferior izquierdo.

Resección del cayado y colaterales en la forma clásica. Se hace fleboextracción hasta encima del maleolo interno de la safena interna, con una incisión intermedia en el tercio inferior de la pierna.

Sutura de las heridas en dos planos. Vendaje compresivo. Deambulación inmediata.

Segunda intervención: 10 - 6 - 52. Miembro inferior derecho.

En la misma forma que el anterior se procede a la disección y resección posterior del cayado insuficiente y colaterales, logrando hacer la fleboextracción completa en una sola toma desde la ingle hasta la región supramaleolar.

En ambos casos el post-operatorio fué excelente siendo dada la enferma de alta en buenas condiciones.

HISTORIA CLINICA N° 19261

P. L. F. - Entrada 1 - 7 - 52 - 32 años - Argentino rentista -

Antecedentes personales: En 1949 estuvo internado

por una prodermitis aguda.

Enfermedad actual: Su padecimiento comienza hace 15 años en que aparece edema de pié y pierna al final del día y que desaparece con el reposo. Dolor en la posición de pié que calma con la marcha y el clinoestatismo.

Sigue así hasta hace dos años en que desarrolla el proceso erisipelatoso que motiva su internación anterior y a posteriori siguió en igual forma hasta hace cuatro meses en que hace una ulceración a nivel del maleolo interno derecho, miembro donde hizo el proceso anterior. Hace un mes, otro proceso similar presenta a nivel del maleolo externo.

Estatura actual: Talla 1.67 ms. Peso 87 kgs.

Tensión art. : Mx. 160 mm. mn. 95 mm.

Miembros inferiores: A la inspección ambos miembros presentan trastornos evidentes de nutrición. En miembro inferior izquierdo se aprecia una zona hiperpigmentada que ocupa un manguito supramaleolar de diez centímetros.

Dedos cianóticos sin trastornos tróficos en uñas, en lado derecho la hiperpigmentación y descamación es más marcada y ocupa toda la pierna desde su tercio superior.

La induración esclerodérmica es muy marcada y en las regiones supramaleolares interna y externa hay sendas úlceras de cinco cts. de diámetro de bordes cortados a pico, de fondo sucio y secre-

tante, muy infiltrado. Muy discreto color.

En pierna izquierda no hay trayectos venosos, varicosos visibles y palpables. En pierna derecha hay un golfo venoso palpable a tensión en posición de pié, en la parte posterior y media de la pantorrilla.

Para dicho golfo la prueba de Brodie-Trendelenburg fraccionada con lazo opuestos debajo de la rodilla y la Parthes-Delbet ha ese mismo nivel son ambas positivas.

Pulsos arteriales perisféricos son todos palpables menos el tibial posterior derecho, por estar incluido en la zona ulcerada e infiltrada.

En posición horizontal, palidez acentuada de pié izquierdo con cianosis a nivel del dedo menor. No hay miodema.

Examen flebográfico: Miembro inferior derecho: La venografía por punción, muestra reflujos del sistema profundo con válvulas y aspecto sensiblemente normal. Comunicante insuficiente en sitio de punción e insuficiencia de safena externa. La flebografía fué practicada en posición de pié, con treinta c.c. de Nosylan al 35%.

Impresión clínica: Se trata de una insuficiencia del cayado de la safena externa y además hay una comunicante insuficiente.

Proposición terapéutica: Resección del cayado de la safena externa derecha y comunicante insuficiente.

Observación posterior por la posibilidad

de insuficiencia del sistema profundo.

OPERACION : 5 - 8 - 52.

Anestesia local con novocaina al 1%.

Técnica quirúrgica:

Incisión de 8 cm. horizontal en el hueso poplíteo, por encima de la línea bicondílea. Sección de aponeurosis. Visualización y disección de la safena externa hasta su desembocadura en la vena poplíteo. Ligadura de la misma y de la comunicante incontinente. Se canaliza el cabo distal y se extrae con fleboextracción por incisión de 2 cc supramaleolar externa.

Sutura de herida poplíteo. Se deja abierta la incisión inferior. Vendaje compresivo-elástico y movilización precoz.

El 13 - 8 - 52 se retiran los puntos.

Hay ligera infiltración de los bordes de las heridas y serohematoma.

Alta: El 26 - 8 - 52. Pantorrilla bien, úlcera maleolar muy bien cicatrizada.

HISTORIA CLINICA Nº 19395

C. E. J. - Entrada 28 - 8 - 52 - 44 años. Argentino Ferroviano.

Antecedentes personales: Hace tres años fué operado de hernia epigástrica.

Enfermedad actual: Desde hace tres años muestra dilataciones varicosas en miembro inferior derecho y la posición del pié prolongada le ocasiona pesadez del pié y calambre en la pantorrilla.

Estado actual: Miembro inferior derecho: Se observan dilataciones varicosas en el trayecto de la vena safena interna desde el tercio inferior del muslo hasta el maleolo interno.

A la palpación se hallan tensas e'ingurgitadas.

Examen clínico:

Brodie-Trofelenburg: Francamente positiva.

Perthes-Delbet: Positiva.

Impresión clínica: Vértices de la gran safena derecha por insuficiencia de su cayado.

OPERACION: Incisión paralela al pliegue de tres cms. Disección y resección del cayado. Introducción del fleboextractor hasta la rodilla y extracción.

Disección de la safena por encima del maleolo interno. Canalización de la misma con el fleboextractor desde el lugar de la última incisión hasta rodilla y resección retrógrada.

Cierre por planos. Vendaje elástico y movilización inmediata. El 3 - 9 - 52. no hay dolor ni edema.

El 5 - 10 - 52 es dado de alta en perfectas condiciones.

CONCLUSIONES

Solo después de un prolijo examen clínico y en los casos de difícil interpretación, con ayuda de la flebografía, estamos habilitados para hacer una indicación terapéutica formal a un enfermo varicoso.

Antes de intervenir, debemos cerciorarnos bien de la capacidad funcional del sistema venoso profundo, pues su obstrucción contraindica totalmente cualquier tipo de tratamiento.

La fleboextracción está indicada en todos aquellos casos en que se muestre un signo de Brodie-Trendelenburg doble o cuando no sea posible localizar exactamente una comunicante incontinente, pues con dicho método extirpamos todas ellas.

También está indicada la fleboextracción en los casos que presentan un signo de Brodie-Trendelenburg positivo por cuanto al extirpar la vena evita la recanalización posterior de la misma por reflujo proveniente de una comunicante.

Igual conducta debemos adoptar cuando la afecta es la safena externa.

En aquellos enfermos que presentan una insuficiencia arterial de los miembros inferiores, habrá que dilucidar la participación que en tal proceso corresponde a las várices, pues en caso de que éstas jueguen un rol reflejo (Nario), su resección mejorará de seguro aquella insuficiencia.

Los resultados obtenidos hasta la fecha empleando el método mixto de resección del cayado de la safena interna o externa o ambas a la vez, seguida de fleboextracción, son ampliamente satisfactorias.

El complejo cutáneo-varicoso-: angiodermatitis purpúrica y pigmentada, dermoepidermitis microbiana, eczema, linfangitis erisipelatosa, dermatoesclerosis y úlcera de la pierna se ven influenciadas muy favorablemente con dicho tratamiento, en forma especial la úlcera que en algunos enfermos finaliza en pocos días una evolución de largos años.

PALABRAS FINALES

Nuestra pretensión no ha sido otra, que poner de relieve una vez más, las justas indicaciones que la fleboextracción tiene en el tratamiento quirúrgico de las várices.

Si hemos logrado cumplir - aunque sea en parte - nuestro propósito, quedamos profundamente satisfechos.

BIBLIOGRAFIA

- AYAS EDUARDO:** La fleboextracción en el tratamiento quirúrgico de las várices.
La Prensa Médica Argentina 35 - 1042 -
- 1948.
- BAISTROCCHI JULIO D. :** Observaciones alejadas de varicosos operados.
La Prensa Médica Argentina 38 -.2227 -
- 1951
- BAISTROCCHI JULIO D. y PRANPARO VALENTIN J.:** Várices de los miembros inferiores. Clínica y T. Quirúrgica.
La Prensa Médica Argentina 38 - 256 -
- 1951.
- BAISTROCCHI JULIO, OULTON C. A y PRANPARO VALENTIN:**
Valor de la flebografía en el diagnóstico de las enfermedades de las venas. Sdad. Arg. de Cirujanos. Novenas Jornadas Quirúrgicas realizadas en la Ciudad de Santó Fé. 461-1952.
- BARDINI ROBERTO N. :** Anestesia con pentotal sódico a cielo abierto en la vena femoral en el momento de la fleboextracción.
La Prensa Médica Argentina 39 - 75 -
- 1952.
- CATTANEO ROBERTO A.:** Várices de los miembros inferiores.
El día Médico. 21 - 1909 - 1949.

CHRISTMANN F. F., OTTOLENGHI G. RAFFO J. y Von GROLMAN
Técnica Quirúrgica. Ed. El Ateneo. To-
mo III. Pág. 1946

DE PIERRIS CARLOS A: Recidivas y fracasos en las o-
peraciones sobre várices.
La Prensa Médica Argentina 39 - 167 -
- 1952.

DI GIO ALFREDO V. y BAY RICARDO: COagulación de la
sangre en enfermos varicosos.
La Prensa Médica Argentina 34 - 892 -
1947.

FENNEY PHILIP W. : Tratamiento quirúrgico de las ve-
nas varicosas.
Anales de cirugía 10 - 448 - 1951.

FERNANDEZ C. J. e ITURRASPE M. C.: Nuestra conducta
quirúrgica en las várices de los miem-
bros inferiores.
Jornada Médica 5 - 282 - 1951.

FORGUE F. : Manual de Patología Externa.
Tomo I - 590 - 1941.

FREIDENBERG JORGE: Sistematización en el estudio de
los enfermos varicosos de los miembros
inferiores.
Revista Médica de Rosario. 40 - Nº 9
al 12 - 1950.

GOÑI MORENO I., ESTEBAN H. IPARRAGUIRRE J., FARACNI H.
Várices. Criterio diagnóstico y tera-
péutico. La Prensa Médica Argentina
39 - 2021 - 1952

- KIRSCHNER NORDMANN: Cirugía. Tomo II. 750 - 1945.
- LAURENCE ALBERTO F. : Várices del miembro inferior.
Ed. El Ateneo 1951.
- LYALL DAVID : Extractado de "Surgery, Gynecology and
Obstetrics" Marzo 1946, por "El Día
Médico". Nº 43 - 1618 - 1946.
- MARTORELL F. : Várices. Su tratamiento basado en la
flebografía. Ed. Labor. 1946.
- MARIO CLIVIO : La participación arterial en los sín-
dromes varicosos del miembro inferior.
La Prensa Médica Argentina. 30 - 57 -
1943.
- NIEL ALBERTO M. : Estado actual del tratamiento de
las várices del miembro inferior.
Sdad. Arg. de Cirujanos. Novenas Jor-
nadas Quirúrgicas realizadas en la
Ciudad de Santa Fé. 1952.
- PASLAN H. R. : Várices. Tratamiento quirúrgico pre-
coz. Ed. Vergar. 1947.
- PRAT DOMINGO y GARCIA GUELEFI A.: Várices. Anales de
la Facultad de Medicina de Montevi-
deo. 35 - 169 - 1950.
- FUYO VILLAFANE F.: Várices. Estado actual del pro-
blema. La Semana Médica 50 -936 -
1943.
- SWINTON N. M. y GRAHAM F. B. : Tratamiento de las
várices de los miembros inferiores.
en síntesis. La Prensa Médica Argen-
tina 39 - 2201 - 1952

VILA EDUARDO J. y PUENTE JOSE J.: Vértices del miembro inferior. Tratamiento. Undécimo Congreso Anual de la Asociación Argentina de Cirugía. Ed. Bufferini 1939.

Ed. Bufferini
J. Puente

Son 52 folios:
Comunicación




RAFAEL G. ROSA
PROSECRETARIO

27. 2. 17
/