

**INSUFICIENCIA OSTIAL DE LA SAFENA INTERNA. TRATAMIENTO AMBULATORIO  
MEDIANTE LIGADURA CON PRESERVACIÓN DE LA SAFENA IN SITU**

SAPHENOUS INSUFICIENCY. AMBULATORY TREATMENT  
WITH LIGADURE AND VEIN PRESERVATION

**Martinessi, Víctor; Sanchez Carpio, Carlos; Dibenedetto, Nadia;  
Canavoso, Lucas y Gerónimo, Santiago.**

**RESUMEN**

Antecedentes: durante años el tratamiento de la insuficiencia de la válvula ostial de la Safena Interna (SI) ha consistido en la resección de la vena mediante distintas técnicas.

Objetivo: proponer y evaluar los resultados del tratamiento conservador mediante ligadura y sección del cayado de la SI con preservación de la vena in Situ.

Diseño: estudio prospectivo, experimental y observacional.

Método: entre marzo de 2005 y mayo de 2007 fueron tratados 47 pacientes con várices de Miembros Inferiores debido a una insuficiencia de la válvula ostial de la SI. En todos los casos se realizó ligadura y sección de la SI a nivel del cayado con preservación de la vena in Situ en forma completamente ambulatoria.

Resultados: el 93.75% de los pacientes tratados, refirió la desaparición de los síntomas subjetivos, en el 6.25% restante la mejoría fue parcial. No hubo morbilidad ni mortalidad inherente al procedimiento realizado.

Conclusiones: el tratamiento ambulatorio de la insuficiencia ostial de la SI con preservación de la vena in Situ demostró, en esta experiencia inicial, ser efectivo y seguro.

**Palabras clave:** Insuficiencia safena. Tratamiento ambulatorio

**ABSTRACT**

Background: during years the treatment of the insufficiency of the ostial valve of the Internal Safena (IS) it has consisted of the resection of the vein by means of different techniques.

Objective: to propose and to evaluate the results of the preservative treatment by means of tie and section of the cayado one of IF with preservation of the vein in Situ.

Design: prospective, experimental and observational study.

Method: between March of 2005 and May of 2007 47 patients were dealt with with varices of Inferior Members due to an insufficiency of the ostial valve IS. In all the cases it was made tie and section of IF at level of the cayado one with preservation of the vein in Situ in completely ambulatory form.

Results: the 93,75% of the treated patients, referred the disappearance of the subjective symptoms, in the 6,25% rest the improvement was partial. There was no morbidity nor mortality inherent to the made procedure.

Conclusions: the ambulatory treatment of the ostial insufficiency of IF with preservation of the vein in Situ it demonstrated, in this initial experience, to be effective and safe.

**Key words:** Saphenous insufficiency. Ambulatory treatment.

---

Fecha de envío: 1 junio de 2007 • Fecha de aceptación: 3 de septiembre de 2007

Dirección postal: Hospital Nacional de Clínicas. Santa Rosa 1564 - x5000 - Tel. 0351 4337014  
Departamento de Flebología y Linfología. Unidad Hospitalaria de Cirugía N°2 Hospital Nacional de Clínicas. FCM-U.N.C.  
E-mail: fcmunc@fcm.unc.edu.ar





## INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se presenta la experiencia obtenida en el tratamiento de la insuficiencia ostial de la safena Interna mediante una pequeña incisión sobre el pliegue inguinal realizada con anestesia local, la identificación y ligadura del cayado seguida de su sección, ligando también las afluentes insuficientes que se identifiquen del cayado, dejando a la vena safena interna In Situ.

El tratamiento se realiza en forma completamente ambulatoria, presenta mínima morbilidad y prácticamente está exento de riesgos, siendo aplicable incluso en pacientes de edad avanzada y con alto riesgo operatorio.

Los buenos resultados obtenidos y las escasas complicaciones presentadas, junto a una baja morbilidad y una recuperación rápida de los pacientes tratados nos motivaron a presentar nuestra experiencia.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Entre marzo de 2005 y mayo de 2007 fueron tratados 64 pacientes con várices de Miembros Inferiores de los cuales 47, el 73,43%, presentaban insuficiencia de la válvula ostial de la Safena Interna, asociada en algunos casos a insuficiencia del sistema perforante. Con extremos etáreos que oscilan entre los 25 y los 87 años de edad, y una media de 62.5. Del total de los pacientes tratados 42 fueron mujeres, el 65.62.

Todos los pacientes fueron investigados clínicamente mediante las pruebas clínicas clásicas, más específicamente la de Brodie Trendelenburg, que en un 90% de los casos, 42 de los pacientes tratados, contribuyó al diagnóstico de insuficiencia de la válvula ostial de la safena interna.

También se realizó un eco doppler del sistema venoso de ambos miembros inferiores en todos los casos estudiados con una efectividad del 100% en la realización y corroboración del diagnóstico (1, 12).

Este estudio no invasivo permitió además descartar patología obstructiva del sistema venoso profundo en los casos a los cuales se les propuso un tratamiento quirúrgico.

En la figura N°1 se observa el gráfico de una señal doppler que indica la presencia de un flujo normal a nivel del cayado de la Safena Interna.

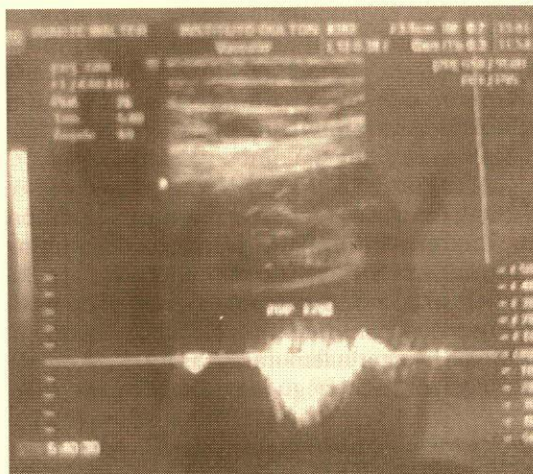


Figura n° 1

En la figura N°2, en cambio, se objetiva claramente el cambio de señal que refleja una inversión de flujo a nivel de la válvula ostial del miembro contralateral en el mismo paciente.

A los pacientes con sintomatología de sensación de pesadez, cansancio o calambres en los miembros inferiores, ó que refirieron episodios previos compatibles con flebitis y/o celulitis del miembro afectado, acompañados de evidencias clínicas de insuficiencia de ostial de la safena interna: congestión, dilatación y/o elongación con tortuosidad de dicha vena, o sus colaterales, y/o alteraciones tróficas de la piel y sus faneras; se les propuso la realización de un tratamiento conservador mediante la ligadura y

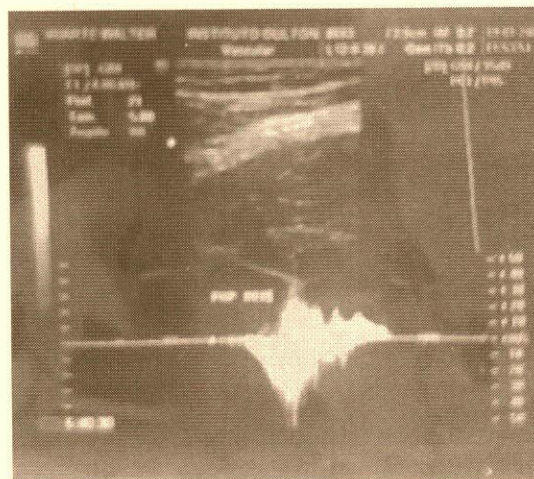


Figura n° 2



sección del cayado de la safena interna, con ligadura de las afluentes insuficientes del mismo en el caso de dilatación o tortuosidad de las mismas, con anestesia local y en forma completamente ambulatoria.

#### DETALLES TÉCNICOS:

Esta cirugía se realiza mediante una incisión lineal, previa infiltración de la piel y los planos profundos con 5 a 10 cc de lidocaína al 2%, sobre la proyección anatómica del cayado de la safena interna, la cual se localiza por dentro del latido de la arteria femoral, de unos 3 a 4 cm de longitud sobre el pliegue inguinal (Figura N°3).

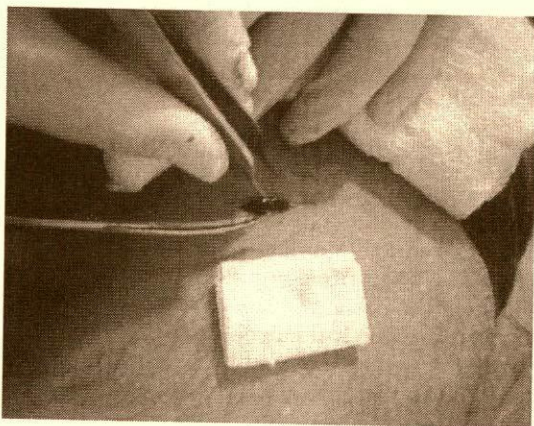


Figura n° 3

A continuación se realiza una disección delicada con tijera de Metzenbaum seccionando la fascia de Allan Burns para identificar la vena safena interna a nivel de su cayado la cual es jalonada y separada de sus adherencias a la cara posterior (Figura N°4).

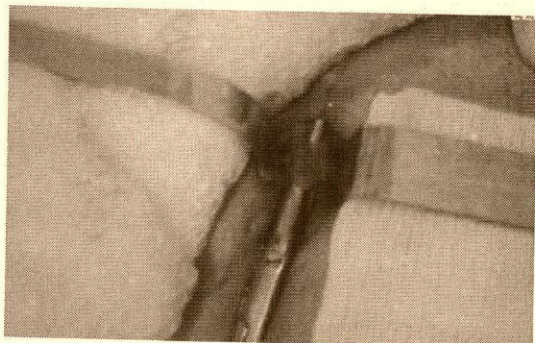


Figura n° 4

Acto seguido se procede a la ligadura y sección de la safena interna a dicho nivel y de las afluentes del cayado que mostraran signos de dilatación o tortuosidad cuando las hubiere (Figura N°5).

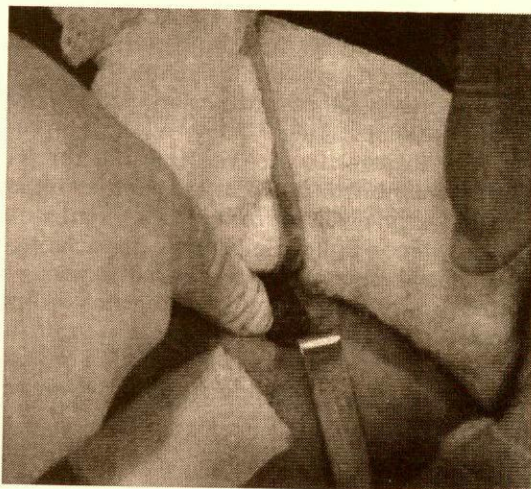


Figura n° 5

Finalmente se cierra la incisión mediante dos puntos separados de piel y se coloca un vendaje compresivo, a los fines de prevenir la formación de edema y hematomas (9), que se retira a las 48 hs. (Figuras N°6 y 7)

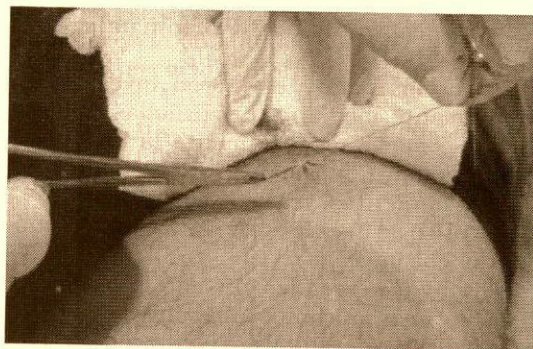


Figura n° 6

En los casos de insuficiencia ostial bilateral, que fueron 12, el 18.75%, del total de pacientes tratados, se trataron ambas piernas en el mismo acto para abreviar el periodo de interrupción laboral. Este hecho fue posible gracias a las bajas tasas de morbilidad y discomfort post operatorio que ofrece este procedimiento.



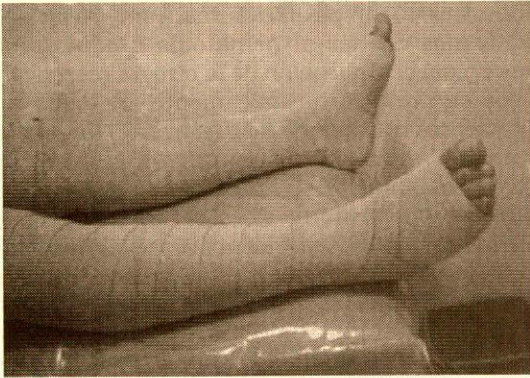


Figura n° 7

En todos los casos se utilizó una profilaxis antibiótica con una cefalosporina de 1° generación, excepto en los casos de pacientes diabéticos con lesión avienta, en los cuales se indicó ciprofloxacina por consejo del internista; y analgesia según necesidad con ibuprofeno o diclofenac.

## RESULTADOS

Mediante el empleo de esta técnica 60 de los 64 pacientes tratados, el 93.75%, refrieron la desaparición de los síntomas subjetivos, en los 4 restantes, 6.25% de los tratados, la mejoría fue parcial habiendo requerido, 4 de ellos, en un segundo tiempo un tratamiento esclerosante complementario, y la ligadura de una vena perforante insuficiente el restante.

En la población estudiada no hubo mortalidad inherente al procedimiento, y la morbilidad fue escasa. En 34 pacientes, el 53.12%, se presentó algún hematoma o seroma mínimos a nivel de la incisión inguinal que fue atribuido a la disección de los tejidos para la identificación del cayado de la safena, y que se resolvió espontáneamente en todos los casos sin secuelas. Cuatro pacientes, el 6.25%, presentaron una flebotrombosis dolorosa transitoria, que se resolvió sin secuelas dentro de los 30 días de la cirugía. Y en dos pacientes, el 3.12% del total, se presentó una neuralgia que cedió con corticosteroides y complejo vitamínico B.

De los 64 pacientes tratados, 58, el 90.62%, retomaron sus actividades laborales habituales dentro de los 7 a 10 días de realizado el tratamiento. En los seis restantes se vio retrasado por: trombosis dolorosa de la safena

interna en el post-operatorio inmediato en cuatro casos, 6.25% del total; y en los dos casos restantes, 3.12% del total, por una neuralgia transitoria invalidante que cedió, dentro de los 30 días posteriores a la operación, con corticosteroides y complejo vitamínico de tipo B como se describió anteriormente.

En el seguimiento a largo plazo se pudo adjetivar una mejoría del trofismo cutáneo objetivable a partir de los tres meses de la operación, sobre todo en aquellos pacientes menores de 60 años; como se observa en las figuras N°8 y 9, tomadas al mismo paciente en el momento de la cirugía (Fig. N°8) y a los tres meses del post-operatorio (Fig. N°9).



Figura n° 8

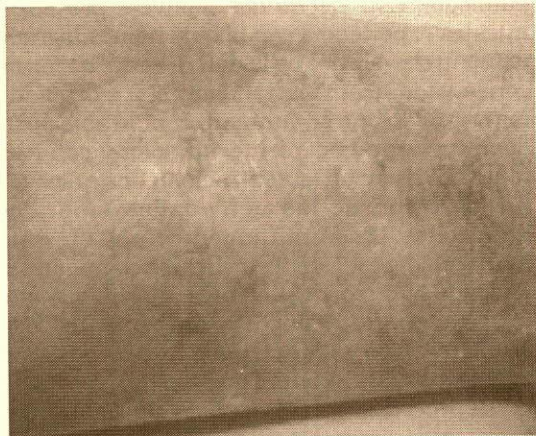


Figura n° 9

Se observa una sensible disminución de la pigmentación cutánea y de la maceración de la piel. El paciente refirió además una desaparición, casi completa, de los síntomas de



pesadez y cansancio en las piernas, sobre todo durante sus actividades laborales, tratándose en este caso de un obrero de la construcción de 35 años de edad.

## DISCUSIÓN

Siendo uno de los principales desencadenantes de la patología varicosa (14), el aumento de la presión hidrostática en el interior del sistema venoso superficial de los miembros inferiores (8, 10), asociado a factores predisponentes de orden genético y hormonal (8), el objetivo de cualquier tratamiento de esta enfermedad está dirigido a la eliminación de las fuerzas hidrostáticas del reflujo safeno y de las fuerzas hidrodinámicas del reflujo a través de las perforantes insuficientes (13). Para ello los tratamientos empleados consisten en la esclerosis de las venas dilatadas y en la cirugía de resección de las mismas (2,3,4,5).

Está bien documentado en la literatura que el aumento de presión hidrostática provocado por la insuficiencia de la válvula ostial condiciona estasis, dilatación y elongación de todo el sistema de la safena interna (6), y en algunos casos también de sus afluentes (13). De acuerdo a esta hipótesis ya demostrada, es lógico pensar que la ligadura y sección de la vena safena interna a nivel de la válvula ostial insuficiente sería el tratamiento de elección para este tipo de patología. Este hecho nos motivó a presentar nuestra experiencia con la cual hemos logrado un control evolutivo de la enfermedad, en forma conservadora, sin mortalidad y con morbilidad mínima; a lo que se suma un comfortable post-operatorio, prácticamente sin dolor y con una rápida re inserción laboral, en muchos casos sin interrupción de las actividades laborales habituales. Este tratamiento, por su baja morbilidad y escaso riesgo quirúrgico puede ser aplicado incluso en pacientes añosos con alto riesgo quirúrgico, incluso en pacientes con antiagregación plaquetaria o anticoagulación profiláctica, sin la supresión de los mismos.

El procedimiento propuesto se destaca por ser eminentemente conservador ya que al no realizar la fleboextracción de la vena varicosa, permite conservar no sólo la vena in situ, sino que no daña los filetes nerviosos ni los conductos linfáticos perivenosos, muchas veces causantes de complicaciones post-operatorias difíciles de manejar como: neuritis y edema que se hacen crónicos y generan mucho discomfort post-

operatorio al paciente tratado. Tampoco debemos olvidar al hematoma o equimosis, principal complicación de la cirugía resectiva y que se presenta prácticamente en todos los pacientes tratados con cirugía resectiva, que si bien la mayoría se resuelve sin mayores problemas, suelen ser causa de fiebre y un post-operatorio prolongado con un periodo de interrupción laboral que suele oscilar entre los 20 y los 45 días, llegando en algunos casos a ser causa de abscesos que exigen enérgica antibióticoterapia y, a veces, una incisión para drenaje del mismo.

A diferencia de ello en nuestra serie de pacientes no se presentaron hematomas ni seromas de relevancia clínica, y en ningún caso requirieron de antibióticoterapia adicional a la profilaxis ni tuvimos que lamentar la formación de abscesos.

Desde el punto de vista de la mejoría de los síntomas podemos decir que la misma es objetivada con mayor rapidez en la cirugía conservadora, ya que, no presenta casi dolor post-operatorio en el miembro tratado. Del mismo modo la mejoría del trofismo cutáneo y sus faneras puede apreciarse, como se dijo y mostró anteriormente, con mayor rapidez debido a la ausencia de hematomas e incisiones premaleolares que deben realizarse para la fleboextracción de la safena, muchas veces debiendo ser emplazada sobre tejido con trastornos tróficos severos.

Del análisis de los resultados obtenidos podemos concluir diciendo que:

- 1) La ligadura y sección de la safena interna a nivel del cayado y de las afluentes que mostraran signos de insuficiencia, con preservación de la vena In Situ, es un tratamiento efectivo, seguro y de baja morbilidad.
- 2) La preservación In Situ del elemento venoso tratado disminuye en forma considerable el discomfort y las complicaciones post-operatorias sin disminuir el resultado terapéutico.
- 3) Este tipo de cirugía conservadora aporta como beneficio un periodo post-operatorio mucho más comfortable que la cirugía resectiva, sobre todo teniendo en cuenta el dolor, la equimosis y el edema post-operatorios.
- 4) El tratamiento propuesto en este trabajo reduce en forma considerable el periodo de reposo laboral post-operatorio con la consiguiente re inserción laboral precoz de los



pacientes tratados y las ventajas económicas que ello significa.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Bergan JJ, Goldman MP (eds): Varicose and telangiectatic Leg Veins: Diagnosis and Treatment. St. Louis, Quality Medical Publishing, 1993.
2. Dodd H, Cockett FB: Patology and Surgery of the Veins of the Lower Limb, 2° Ed. Edinburgh, Churchill & Livingstone. 1976.
3. Haeger K: The problem of radicality in surgery for venous incompetence of the leg. A controlled investigation. VASA 1: 127, 1972.
4. Hobbs JT: Surgery and sclerotherapy in the treatment of varicose veins: A random trial. Arch Surg, 1974; 109; 793.
5. Kistner R. The operative management of deep vein incompetence in the legs. En Rutherford RB (ed): Vascular Surgery. W Saunders Co, Philadelphia, 1984.
6. Kistner RL: Primary venous valve incompetence of the leg. Am J Surg. 1980; 140: 218.
7. Kohler TR, Strandness DE Jr: Noninvasive testing for the evaluation of chronic venous disease. World J Surg. 1986; 10: 903.
8. Ludbrook J: Primary great saphenous varicose veins revisited. World J Surg. 1986; 10: 954.
9. Mayberry JC, Moneta GL et al: The influence of elastic compression stockings on deep venous hemodynamics. J Vasc Surg. 1991; 13: 91.
10. Nicolaides AN, Zukowski AJ: The value of dynamic pressure measurements. World J Surg. 1986; 10: 919.
11. Rutherford RB: The nonoperative management of chronic venous insufficiency in vascular surgery. Edited by Rutherford, W B Saunders. Philadelphia. 1977.
12. Sánchez Carpio C.; Miguel A; Rivas Jordan A. Anatomía de la vena safena interna a través de ecodoppler color. Flebología y linfología 20-22 Octubre. 1999.
13. Sánchez Carpio C, Rodi E, Balanzino R, Caballero F, Verasay G. Sistema venoso perforante del miembro inferior diagnóstico y tratamiento. Revista Médica de Córdoba, volumen 90, Diciembre 2002.
13. Simkin R: Várices, Úlceras y Angiodisplasias. López Libreros Editores, Buenos Aires, 1991.
14. Thompson H: Surgical anatomy of the superficial and perforating veins of the lower limbs. Ann R Coll Surg Eng. 1979; 61:198.