

SAFENECTOMÍA TOTAL O PARCIAL: ¿DEBE EL CIRUJANO GENERAL REALIZAR SIEMPRE UNA SAFENECTOMÍA TOTAL?

VLADIMIR ARANGÚ-MUJICA*

Las enfermedades venosas son tan remotas como el propio origen del hombre, hace 3 ó 4 millones de años, el *Pithecanthropus erectus* fue el único animal al que se le ocurrió ponerse de pie, probablemente para enfrentar con más seguridad y dominio sus constantes luchas, además de ver el cielo y vislumbrar mejor el horizonte. Concomitantemente nacieron las várices, de allí que hay autores que opinan que hubiese sido mejor llamarlo "*Homus Phleboppaticus*"¹. El primer hallazgo histórico sobre la patología venosa es el Papiro de Ebers, el cual es un documento de origen egipcio, descubierto en 1872, por el arqueólogo George Ebers, en las ruinas de la ciudad de Tebas. Datado de 1550 a.C, y en donde ya se describían diversas formas terapéuticas para la enfermedad venosa². La escultura denominada Amyneion, (Figura 1) descubierta en las ruinas de la Acrópolis, en Atenas, es una manifestación de la preocupación de los pueblos de la antigüedad por las venas. Fechada en el siglo V a C para algunos es una ofrenda a Esculapio, Dios de la Medicina³.



Figura 1. Amyneion

Hipócrates, nacido en Cós, una pequeña isla en la costa de Grecia, es el padre de la medicina moderna, por haber hecho que los médicos de la época entendieran la inspiración moral necesaria para la práctica de la medicina, dejando de ver las enfermedades como simple castigo de los dioses, hizo referencia por primera vez a la escleroterapia, mediante la utilización de hierro en brasa para la destrucción de las venas varicosas⁴.

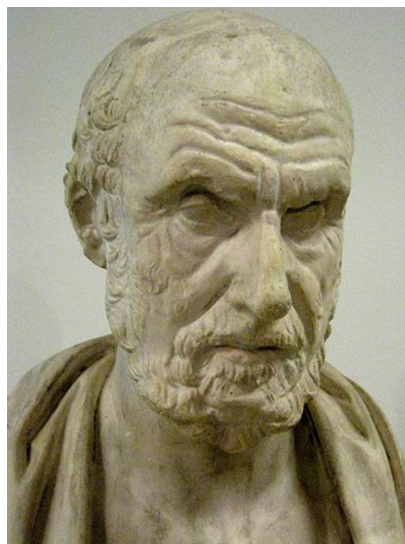


Figura 2. Hipócrates, el Padre de la Medicina

Galeno, nacido en Pérgamo, entre 129 y 199 d.C, considerado el segundo médico en importancia de la antigüedad (después de Hipócrates), hizo detalladas descripciones de ligaduras venosas utilizando por primera vez ganchos para ese fin, siendo el más lejano precursor de las agujas de croché, utilizadas actualmente para el tratamiento de las várices⁴.

Una vez realizada esta pequeña reseña histórica, nos encontramos que hoy en día, ante la grave situación de inseguridad que estamos viviendo a nivel nacional, por el incremento en el número de lesionados por armas de fuego y de accidentes de tránsito, sin contar con el número de lesionados por arma blanca, la vena safena interna representa un injerto natural, con el que contamos todas las personas y el cual puede ser de gran uti-

*Clínica Luis Razett, Caracas

lidad para el cirujano general y para el cirujano cardiovascular, en el momento en el cual nos enfrentemos en las salas de emergencia ante estos pacientes.

Ahora bien, el gran número de personas con patología varicosa de miembros inferiores a nivel nacional, representa una causa frecuente de consulta tanto a nivel hospitalario como a nivel privado y cada vez más se reconoce que la insuficiencia venosa crónica de los miembros inferiores, constituye un problema de salud significativo en todo el mundo. Por ejemplo en Estados Unidos, casi 30 % de los adultos y hasta 55 % en Europa tienen anomalías venosas en los miembros inferiores y de un sexto a la mitad de ellos padecen manifestaciones clínicas de importancia^{5,6,7}. De allí que la insuficiencia venosa crónica es una causa importante de ausentismo laboral⁸. Si a lo anteriormente señalado le agregamos los costos directos e indirectos⁹, directos correspondiente a honorarios médicos, de enfermería y del personal auxiliar, junto con los costos por exploraciones y por el tratamiento hospitalario o ambulatorio e indirectos relacionados con la pérdida de días laborales, observamos que el panorama se vuelve aún más complejo.

Es frecuente observar, como existen muchos pacientes con patología varicosa, en donde se les ha realizado de primera elección terapéutica, una safenectomía interna total.

La vena safena interna, siempre debe ser evaluada en su totalidad, conjuntamente con sus perforantes, tanto desde el punto de vista clínico, como mediante la utilización del doppler dúplex, desde la unión safenofemoral hasta la pierna, debido a que es frecuente observar como algunas veces la enfermedad se encuentra localizada en algunos segmentos de la misma, como por ejemplo en el segmento correspondiente al muslo o algunas veces la enfermedad se localiza a nivel de la pierna, motivo por el cual en estos casos es necesario conservar el segmento venoso que aún se encuentra sano, para poder utilizarlo en el momento preciso en que lo necesitemos^{10,11}.

La vena safena interna tiene la ventaja de ser un conducto autólogo, de fácil disección y sobre todo económico, si nos ponemos a compararla con los costos de los materiales protésico (dacrón ó politetrafluoretileno) existentes en el mercado. No sólo nos permite tener a la mano un conducto que puede ser utilizado en los casos de emergencia, para reparar aquellas lesiones vasculares arteriales o venosas susceptibles de reparación, sino que es un medio de gran utilidad para realizar los bypass, en los pacientes que van a ser sometidos a revascularización miocárdica por enfermedad arterial coronaria, en donde los cirujanos cardiovasculares nos encontramos muchas veces con personas en las cuales se le han realizado safenectomías totales, hasta de los dos miembros inferiores (Figura 3).

Por todos estos motivos anteriormente expuestos, es reco-

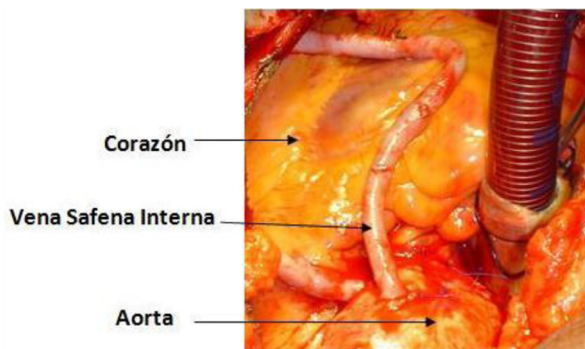


Figura 3. By pass aorto-coronario realizado con safena interna autóloga

mendable siempre tratar de ser lo más conservador posible al realizar la safenectomía interna de los miembros inferiores, tratando de realizar más safenectomías parciales (siempre y cuando la evaluación clínica y el estudio doppler dúplex nos demuestre que el segmento de vena safena interna que vamos a dejar se encuentra sano) y conservar esos segmentos venosos que nos pueden ser de gran utilidad, en los pacientes que acuden a diario a nuestras salas de emergencia.

REFERENCIAS

1. Simkin R, Várices, úlceras y angiodisplasias. López Editores, 1991.
2. Scuderi A. A historia da flebologia. Boletín Noticias Flebológicas da Sociedade Brasileira de Flebologia e Linfologia, 1997. P.2.
3. Lusem M, Historia y actualidad de la flebologia. En: Méndez AG, InsemM (eds) Flebopatías, estudio y tratamiento. 1986. p. 10-16.
4. Lyons AS, RJ. Petrucelli, Medicine- an illustrated history. Harry N. Abrams, Inc, 1987.
5. Brand FN, Dannenberg AL, Abbott RD, Kannel WB. The epidemiology of varicose veins: the Framingham Study. Am J Prev Med 1988; 4: 96.
6. Madar G, Widmer LK, Zemp E, Maggs M. Varicose veins and chronic venous insufficiency- disorder or disease ? a critical epidemiological review. Vasa 1986; 15:126.
7. Widmer LK, ed. Peripheral venous disorders. Bern: Hans Huber, 1978: 90.
8. Raju- Villavicencio. Tratamiento quirúrgico de las enfermedades venosas, 1999:15:240-254.
9. A.N.Nicolaidis, C.Allegre, J.Bergan, A.Bradbury, M.Cairols, P.Carpentier. Manejo de trastornos venosos crónicos de los miembros inferiores. Pautas Según Evidencia Clínica. 2008.
10. Jannet G. The socioeconomic impact of venous pathology in Great Britain. Phlebologie 1992; 45:433-7.
11. Merlo Ivánésio, Hur Parente José Ben, Komlós Pedro Pablo. Várices y telangiectasias. Diagnóstico y tratamiento. 2007.