

Utilización del método de Muller para la microcirugía de varices de miembros inferiores en el Hospital Militar de Quito-Ecuador

Mario H. Ortega Rojas¹, Ximena Avila², Patricio Miño³, Alonso Falconí⁴

¹Ex-médico tratante, ²Médico Residente, ³Médico Tratante, y ⁴Médico Jefe, Servicio de Cirugía Vascular, Hospital Militar, Quito, Ecuador.

Resumen

El fundamento de la técnica de la cirugía por micro incisiones es tratar con criterio funcional, estético, rápido, eficaz y ambulatorio todas las várices esenciales de las extremidades inferiores. Hasta hace pocos años realizar cirugía de várices significaba extraer los paquetes varicosos con cortes muy grandes y postoperatorios dolorosos. Entre el 1 de Enero y 31 de Diciembre de 1998 se realizaron en el Servicio de Cirugía Vascular del Hospital General de las Fuerzas Armadas No. 1, en Quito, Ecuador, un total de 104 cirugías sobre territorio venoso superficial con mini incisiones (Técnica de Muller). De los 104 pacientes (208 extremidades) intervenidos quirúrgicamente, el 57.68% fueron de sexo femenino (n=60), y con una edad comprendida entre los 23 y 77 años. La safenectomía interna unilateral total se realizó en 92 casos (44.23%), mientras que la safenectomía interna unilateral parcial desde Hunter hacia distal se realizó en 16 casos (7.69%), desde rodilla hacia distal en 11 casos (5.28%), y safenectomía interna total bilateral fueron 29 casos (13.94%). Sobre el territorio de la safena externa se realizaron 26 safenectomías externas unilaterales totales (12.5%). En 13 casos se realizó safenectomía interna más safenectomía externa bilateral (6.25%). Varicotomías a nivel de pierna unilateral fueron 149 casos (71.63%). A nivel de piernas bilateral fueron 55 casos (26.44%), mientras que a nivel de muslos se realizaron 20 flebectomías microquirúrgicas (9.61%). En un paciente se realizó varicotomías a nivel de pie (0.48%).

Entre las principales complicaciones que se presentaron en nuestra casuística están: parestesias transitorias, linforrea a nivel de cara interna de rodilla, edema distal transitorio, equimosis (menor de 5 cm de diámetro) en los sitios de flebectomía, dolor leve a moderado. **Rev Fac Cien Méd (Quito) 2001; 26(1): 29-32**

Palabras clave: Técnica de Muller, venas varicosas, microcirugía, vena safena.

Abstract

The micro incisions surgical technique is based on the treatment with functional and esthetical criteria, and in a rapid, efficient and ambulatory manner all kind of varicose veins in the lower limbs. Until few years ago, the treatment of varicose veins included the extraction of venous packages through big cuts and postoperative pain. Between January to December 1998, have been done at the Vascular Surgery Department in the Hospital General Hospital de las Fuerzas Armadas No. 1, Quito, Ecuador, a total of 104 surgeries on the superficial venous field using micro incisions (Muller's technique). Of 104 patients (208 limbs) 57.68% were women (n=60) and with an age range between 23 and 77 years old. Unilateral internal saphenectomy was done in 92 cases (44.23%), where as unilateral internal partial saphenectomy from the Hunter to distal was done in 16 cases (7.69%), from knee to distal in 11 cases (5.28%), and bilateral internal total saphenectomy in 29 cases (13.94%). On the externs saphenous was done 26 unilateral total saphenectomy (12.5%). In 13 cases was done bilateral internal and external saphenectomy (6.25%). Unilateral varicotomy from legs corresponded to 149 cases (71.63%), then bilateral procedure was done in 55 cases (26.44%), where as in thighs 20 microsurgical phlebotomies were done (9.61%). Between the principal complications in our experience have: transitory paresis, lymphorrea at the knee level, transitory distal edema, ecchymosis (less than 5 cm diameter), mild to moderate pain. **Rev Fac Cien Méd (Quito) 2001; 26(1): 29-32**

Key words: Muller's technique, varicose veins, microsurgery, saphenous vein.

Introducción

En 1966 Robert Muller describe por primera vez la cirugía de várices anárquicas y colaterales de las sa-

fenas con minicortes, utilizando anestesia local y en forma ambulatoria, la exéresis la realiza mediante el uso de instrumental delicado en forma de gancho. En Brasil Mario Degni, Puech Leao y otros introdujeron la técnica de la extracción de várices con agujas de Crochet.

Dirección para correspondencia: Dr. Mario Ortega Rojas, Consultorio: 02581181, Domicilio: 03412317, Metroquito: 02555000, Ambato: 03823933

En Argentina Berger en 1969³¹ publica sus experiencias al igual que Simkin en 1971, Pietravallo en 1972, García Mendez y Miguel Iusem en 1977⁹, Odisio en 1979¹⁶ y posteriormente otros autores como Enricci y Altman Canestri, Sanchez, Pace, Lavoraine² han ido perfeccionando la técnica.

En la actualidad es considerado como uno de los mejores tratamientos, sólo o en combinación con escleroterapia⁵.

Sabiendo que la enfermedad varicosa es evolutiva, crónica y que no existe tratamiento médico y/o quirúrgico que de una solución radical y definitiva, la microcirugía es una alternativa quirúrgica que el paciente acepta una reintervención.

Técnica quirúrgica

Los mejores candidatos para la utilización del método de Muller son los pacientes sanos, activos, sin sobrecarga ponderal¹³. Como parte de la técnica operatoria de la microcirugía venosa, es importante destacar los siguientes aspectos:

Marcaje Preoperatorio

Con el paciente en posición de pie debe realizarse el dibujo de todas las várices visibles con un marcador indeleble. El éxito de la operación depende de la precisión del marcaje, por lo que éste debe ser realizado por el especialista que va a operar.^{1,5,11,20,26,32}

Posición del Paciente

El paciente es colocado en decúbito dorsal o ventral según el caso, en ligero trendelenburg con el fin de que las dilataciones varicosas queden exanges y así se eviten los sangrados.

Instrumental Especial

Ganchillos de Muller o Crochets de diferentes calibre según el tamaño de las várices a ser extraídas.

Hojas de bisturí N° 11, o bisturí oftalmológico.

Pinzas Halsted curvas de diferente tamaño (mosquito)

Complicaciones

La flebectomía por micro incisiones utilizada por muchos médicos en numerosos países ha demostrado una asombrosa eficacia y excepcional seguridad durante más de 30 años (desde Robert Muller en 1966). En general las reacciones adversas que puede producir la microcirugía de várices desaparecen en forma espontánea o se curan fácilmente con un tratamiento específico⁶. Las complicaciones graves que presenta esta técnica son extremadamente raras sin embargo es menester enunciarlas.

Entre 1983 y 1994 se han realizado varios estudios estadísticos para investigar las reacciones adversas a la microcirugía de várices^{10,29} que las resumiremos a continuación.

Reacciones cutáneas

Desprendimientos Bullosos.- (0.96% - 8.94%)

Pigmentación Transitoria.- (0.33% - 7.2%)

Eczema.- (0.2% - 2.6%)

Reacciones vasculares

Hemorragia postoperatoria.- (0.028% - 1.1%)

Hematomas.- (0% - 1.7%)

Trombosis Venosa Superficial.- (0.05% - 2.4%)

Linforrea y Formación de seroma.- (0.05% - 1.8%)

Edema Local.- (0.03% - 1.3%)

Telangiectasias.- (1.4% - 9.5%)

Várices residuales.

Reacciones cicatrizales

Reacciones neurológicas

Parestesias transitorias (0.5% - 4.6%)

El objetivo del presente estudio es presentar la técnica quirúrgica y los resultados de las cirugías venosas superficiales realizadas en el Hospital Militar de Quito (HG-1) durante el período comprendido entre el 1 de Enero al 31 de Diciembre de 1998.

Pacientes y Métodos

Entre el 1 de Enero y 31 de Diciembre de 1998 se realizaron en el Servicio de Cirugía Vascular del Hospital General de las Fuerzas Armadas No. 1, en Quito, Ecuador, un total de 104 cirugías sobre territorio venoso superficial con mini incisiones (Técnica de Muller).

El diagnóstico de la patología venosa superficial se realizó mediante estudio clínico utilizando pruebas hemodinámicas funcionales (Shwartz, Trendelenburg y Perthes), además se confirmó el diagnóstico mediante la utilización de sonda doppler pulsado bidireccional de 7.5 MHZ. En los pocos casos que existió duda diagnóstica se realizó Eco Doppler Color. Los pacientes con patología venosa superficial y profunda fueron excluidos de este estudio, ya que por cambios tróficos de la piel no es recomendable este tipo de incisiones. Fueron excluidos además, aquellos pacientes con antecedentes de tromboflebitis o flebitis superficiales que han dejado como secuela dermatopatías, con antecedentes de TVP recientes, pacientes seniles o en aquellos que por sus condiciones generales no es posible realizar la cirugía, y finalmente aquellos pacientes que se niegan a la cirugía.

Resultados

De los 104 pacientes (208 extremidades) intervenidos quirúrgicamente, el 57.68% fueron de sexo femenino (n=60), y con una edad comprendida entre los 23 y 77 años (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los pacientes según edad y sexo.

EDAD (años)	n(%)	MUJERES	HOMBRES
21-30	4 (3.84)	1	3
31-40	16 (15.38)	6	10
41-50	16 (15.39)	12	4
51-60	31 (29.80)	23	9
61-70	27 (25.96)	16	11
71-80	10 (9.61)	2	7
TOTAL	104 (100)	60	44

La safenectomía interna unilateral total se realizó en 92 casos (44.23%), mientras que la safenectomía interna unilateral parcial desde Hunter hacia distal se realizó en 16 casos (7.69%), desde rodilla hacia distal en 11 casos (5.28%), y safenectomía interna total bilateral fueron 29 casos (13.94%). En un paciente se realizó sección y ligadura de cayado de safena interna bilateral "cayadectomía", y en otro paciente cayadectomía unilateral ya que existía insuficiencia de cayado, con el resto del tronco safénico continente (1.44%).

Sobre el territorio de la safena externa se realizaron 26 safenectomía externas unilaterales totales (12.5%), en un paciente se realizó safenectomía externa unilateral parcial desde tercio medio de pantorrilla hacia distal (0.48%), y safenectomía externa bilateral total se operaron 4 casos (1.98%). En 13 casos se realizó safenectomía interna más safenectomía externa bilateral (6.25%).

Varicotomías a nivel de pierna unilateral fueron 149 casos (71.63%). A nivel de piernas bilateral fueron 55 casos (26.44%), mientras que a nivel de muslos se realizaron 20 flebectomías microquirúrgicas (9.61%). En un paciente se realizó varicotomías a nivel de pie (0.48%).

Entre las principales complicaciones que se presentaron en nuestra casuística están: parestesias transitorias (2-3 semanas) a nivel de tercio inferior de pierna sobre el trayecto del conducto safeno, linforrea a nivel de cara interna de rodilla, que cedió con vendaje compresivo a los 15 días. Edema distal transitorio, que cedió espontáneamente en un período de 2-3 semanas. Equimosis (menor de 5 cm de diámetro) en los sitios de flebectomía, que desaparecieron a los 8-15 días y para lo cual se prescribió geles heparinoides. Dolor leve a moderado (evaluación subjetiva según versión de los pacientes), que cedió en 3 - 5 días del post operatorio y para el cual se utilizaron AINES. Menos frecuentes fueron la cefalea post punción luego de la anestesia regional, y la infección subcutánea de heridas en las piernas que cedió con curaciones y antibióticos. En nuestra serie no se presentaron complicaciones neurológicas definitivas, hemorragias, lesiones ampollas de piel, trombosis superficial ni profunda, traumas arteriales, etc (Tabla 2).

Tabla 2. Frecuencia de complicaciones en los pacientes operados.

	n(%)
Parestesias de piernas	9 (4.32)
Linforrea	1 (0.48)
Edema distal transitorio	5 (2.40)
Equimosis sitio flebectomía	20 (9.61)
Dolor leve a moderado	25 (12.01)
Cefalea post-punción	2 (1.92)
Infección subcutánea	1 (0.48)

Discusión

La enfermedad varicosa es crónica y evolutiva¹ y hasta la actualidad no existe tratamiento médico y/o quirúrgico que de una solución definitiva¹⁴ por lo que consideramos que esta técnica con micro incisiones es en la actualidad uno de los mejores tratamientos sólo o en combinación con la cirugía tradicional o escleroterapia⁵, probado durante más de 30 años, que nos permite una resolución sencilla, rápida y ambulatoria de la patología venosa superficial y que el paciente acepta con facilidad y accede a reintervenciones posteriores por su sencillez, riesgos mínimos, y resultados estéticos. Además por el mínimo trauma quirúrgico que se produce, el tiempo de incapacidad laboral es corto, el paciente se reintegra rápidamente a su trabajo, y es más económico.⁵

El avance en el conocimiento de la anatomía venosa^{4,12}, y de su hemodinámica²⁸, en los últimos años; y los estudios clínicos recientes confirman que en la mayoría de las várices dependientes de safena interna, ésta está afectada desde la ingle hasta la rodilla²⁴; y en el caso de las várices dependientes de safena externa ésta está afectada en el tercio o mitad superior³⁰, razón por la que en teoría, en la mayoría de los casos sería suficiente la safenectomía parcial hasta los niveles mencionados, sin embargo en nuestro medio, por nuestra idiosincrasia, por factores económicos, etc. los pacientes acuden al especialista la mayor parte de veces cuando la patología es muy florida, por lo que en la mayoría de nuestros pacientes hemos realizado safenectomías totales.

Rivlin,²³ desde 1975 ha aportado una tasa de residiva baja, del 7% en 10 años con esta técnica sobre más de 2000 intervenciones, ha denominado este procedimiento "Varicotomía Estética Múltiple", por otro lado 3 estudios randomizados⁸ han probado que la escleroterapia de várices esenciales tiene una tasa de residiva de 60 % y 74% a 5 años, comprobado con ecografía doppler. De modo que la cirugía sigue siendo el único tratamiento eficaz de las várices esenciales tronculares.

Las complicaciones leves son las más notables aunque raras en la flebectomía ambulatoria, la mayoría se solucionan espontáneamente. Para minimizar las complicaciones de la flebectomía ambulatoria es necesario planificar y realizar cuidadosamente la intervención. Si el especialista tiene una sólida base técnica, teórica y práctica, podrá controlar la gran diversidad de situaciones que se plantean, evitar riesgos y por tanto reducir las posibilidades de que se produzcan complicaciones.

Bibliografía

1. Altman Canestri E, Sánchez C, Tropper U, et al. Tratado de Flebología y Linfología 1ra edición. Bs As Argentina, 1995.
2. Altman Canestri E, Sánchez C: Microcirugía, Tratamiento estético de las Várices. 6to Congreso Mundial de Flebología. Bs As Argentina, 1977.

3. Constancias Dortu J, Dortu JA: Lí esthetisme en Phlebectomie Ambulatorie (Methode de Muller). En: Raymond Martineou, P, et al. Phlebologie. John Libbey Eurotext. Ltd. 1992.
4. Cotton LT: Varicose veins gross anatomy and development. Br J Surg 1961, 48:595-597.
5. Dortu JA: Traitement des varices des membres inférieurs par la flebectomie ambulatoire (Methode de Muller). Ann Chirurgie 1997;51:762-772.
6. Dortu JA, Dortu J: Complicaciones de la flebectomía ambulatoria. Phlebology Digest 1995;3:4-6.
7. Dortu JA, Raymond-Martimbeau P: Ambulatory phlebectomy, phlebectomie ambulatoire. Bilingual Edition English-French, Houstom, PRM Edition, 1993.
8. Einarson E, Eklof B, Neglen P: Sclerotherapy or Surgery as treatment for varicose veins: a prospective randomized study. Phlebology 1993;??:22-26.
9. García M, Iusem Ø, Testoni R: Microcirugía como complemento de la fleboextracción. Rev Arch Fleb 1977;1:14-??
10. Garde C: Ambulatory Flebectomy: Long-term results, immediate complications, best indications. 7th Annual Congress of the North American Society of Phlebology. Mavi, Hawaii 1994.
11. Goren G, Yellin AE: Cirugía mínimamente invasiva de las várices esenciales, exéresis venosa por invaginación y flebectomías de las colaterales mediante gancho. Arch Cir Vasc 1998;7:113-125.
12. Gradman WS, Segalowitz J, Grundfest W: Venoscopy in varicose veins surgery, Initial Experience . Phlebology 1993;8:145-150.
13. Hallet John WJ, Brewster DC, Darling RC: Cuidados del paciente en cirugía vascular. Salvat Editores S.A. Barcelona, España, Primera Edición. 1985:243.
14. Kira F, Lesnik D: Safenectomía Interna. Rev Pan Flebol Linfol 1994;12:??
15. Muller R: Traitement des varices per la Phlebectomie Ambulatorie. Phlebologie, 1966;19:277
16. Odisio A: Las Várices de los Miembros Inferiores. Editorial Akadia. Bs. As. Argentina .1979.
17. Olivenia JA: Unusual Complications of Ambulatory Phlebectomy Skin Necrosis due to prolonged ischemia caused by inability to metabolize epinephrine. VII Annual Congress of the North American Society of Phlebology, Mavi, Hawaii. 1994.
18. Ortega Rojas M: Revascularización de los Miembros Inferiores con Vena Safena en la Isquemia Crónica. Rev Pan Flebol Linfol 1997;24:??
19. Ortega Rojas M, Lopez E: Historia de la Cirugía Carotídea Rev Ciencia 1998;?:-??-??
20. Pietravallo A: Flebopatías Superficiales y Profundas. Ciba Geigy. Bs.As. Argentina. 1985:3:93-140.
21. Quintana F, Cabot X, Puig A: Cura CHIVA de las várices en las Extremidades Inferiores. Rev Pan Flebol Linfol 1995;17:??-??
22. Rivlin S: Recurrent varicose veins. Med J 1996;1:1097-1102.
23. Rivlin S: The surgical cure of primary varicose veins. Br J Surg 1975;62:913-917.
24. Sarin S, Scurr JH, Smith PD: Assessment of stripping the long saphenous vein in the treatment of primary varicose veins. Br J Surg 1992;79:889-893.
25. Shapira A, Kaplan G: Cirugía Venosa Ambulatoria. Rev Pan Flebol Linfol 1995;14:??.
26. Simkin R: Várices, Ulceras y Angiodisplasias, Editorial Lopez Libreros, Bs.As. Argentina. Primera Edición. ????:123-133.
27. Simkin R: Enfermedades Venosas. Editorial López Libreros. Bs. As. Argentina. 1979:????
28. Tibbs DJ, Fletcher EWL: Direction of flow in superficial veins as a guide to venous disorders in the lower limbs. Surgery 1983;93:758-767.
29. Trauchessec JM, Vergereau R: Várices: Intervention en Ambulatoire. Le Generaliste 1987;909:8-12.
30. Van Bemmelen PS, Bergan JJ: Quantitative Measurement of Venous Incompetence. Austin, r.g. London, 1992:61-62.
31. Verger V: Tratamiento Ambulatorio de las Várices con Microcirugía. Primer Congreso de Flebología y Linfología. Hospital Penna. Bs.As. Argentina 1996.
32. VHL JF, Lefevbre Y, Lardebo M, Lemasle P: Licho larquage pre operatoire des varices des membres inférieurs. Phlebologie 1995;48:143-147.