

## ANOMALÍA ANATÓMICA COMO CAUSA DE RECIDIVA VARICOSA

JAIME TORNER SALLÉS  
*Barcelona*

Aunque a primera vista parece que el tratamiento quirúrgico de las varices esenciales es materia de poco riesgo e importancia, es frecuente que acuda a la consulta un paciente que, después de ser intervenido, recidiva. Ello provoca dos posturas: la que supone que el fracaso se debe a operación mal planeada e incompleta, y la que supone que la técnica es incorrecta.

Nuestro intento, en esta breve nota vascular, es insistir ante el especialista de que toda recidiva varicosa proviene de la práctica incompleta de la operación. Incompleta en el sentido de haber olvidado ligar alguna comunicante entre el sistema venoso profundo y el superficial; comunicante que, estando dotada de válvulas insuficientes, sobrecarga la red venosa superficial acarreándole permanente hipertensión y por ende dilatación descompensada. No describiremos las comunicantes habituales, por estar sobradamente divulgadas; ni tampoco las dificultades que, en ocasiones, entraña el descubrir dónde radica la patológica fístula venovenosa congénita, obligando estas circunstancias a recurrir a medios de la más fina investigación, como son los R.X. y las sustancias isoosmóticas líquidas de contraste.

Presentamos un caso intervenido por nosotros, semejante a uno publicado por SMITHY, H. G., notable por su anomalía anatómica y por la existencia de una comunicante anormal entre la femoral profunda y la safena interna, por debajo del cayado. El relato de la disposición vascular, es como sigue.

Después de profundizar a través de un abundante pániculo adiposo correspondiente, topográficamente, al cayado de la safena interna y de seccionar la fascia superficial, se descubre una vena de modesto calibre, que va de abajo a arriba y de dentro a fuera oblicuamente, recibiendo tres venas afluentes: una superior que viene del abdomen, con dirección casi vertical, otra interna y otra externa con curso casi horizontal. Este grupo venoso da origen a una vena de mayor calibre que se hunde a través de una fascia. Se diseca este punto, que contiene una gruesa vena, de paredes no transparentes y que en su lado externo evidencía un latido arterial. El tacto denota la presencia, como muy cercana, de la arteria femoral. Se puncionan los tejidos yuxtalateral-externos a la vena, sin conseguir sangre. Ascendiendo la disección hacia el

ligamento de Poupart, se descubre una vena que viene del abdomen y que, con tra-yectoria casi vertical, vierte en el vaso sospechoso de ser la femoral. Esta vena abdo-minal, antes de unirse a la vena del muslo, recibe otra vena que viene de la región pudenda. Ampliando el campo operatorio, se descubre otro vaso que aborda a la gruesa vena, por su lado externo. A un cm. aproximado por debajo de este dispositivo vascular descrito, se visualiza una vena de paredes muy transparentes, envuelta en conec-tivo laxo, que toma dirección de fuera adentro y abajo, adquiriendo recorrido sinusoi-dal y que se aleja hacia el borde interno de los aductores.

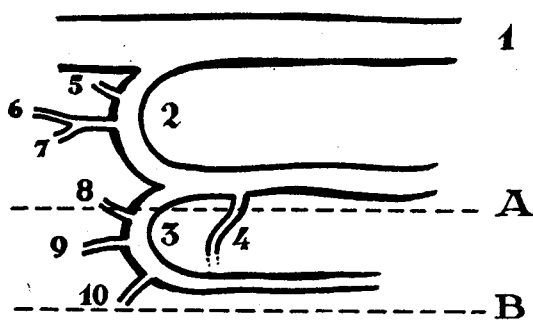


Fig. I. — (Esquema).

1. — Femoral.
2. — Cayado de la safena interna profunda.
3. — Cayado de la safena interna superficial.
4. — Comunicante anormal.
5. — Circunfleja iliaca externa.
6. — Subcutánea abdominal profunda.
7. — Pudenda profunda.
8. — Circunfleja iliaca superficial.
9. — Subcutánea abdominal superficial.
10. — Pudenda superficial.
- A. — Fascia profunda.
- B. — Fascia superficial.

Esta estructura anormal, nos sugiere varios comentarios de interés quirúrgico y que, resumiendo, son:

1.º La anatomía venosa descrita hace imposible que, clínicamente, sea positiva la maniobra de Schwartz en la ingle, por cuanto que el tronco safeno es subaponeurótico y cubierto por un plano venoso anormal y accesorio que impide recibir digitalmente la onda percusora. Antes de operar, la maniobra de Schwartz sólo fué positiva hasta el tercio medio del muslo.

2.º La profundidad de la auténtica safeno, junto con el hallazgo de un dispositivo vascular completamente semejante al que normalmente hallamos en el cayado de la safena interna, predispone a cometer un error funda-

mental, cual sería el abandonar la ligadura del auténtico cayado de la safena interna.

3.º Hay que consignar la existencia de una comunicante anormal y que pudo visualizarse, después de insistir en la disección del campo operatorio. Ello aconseja a no contar el tiempo que se invierte en la operación y a utilizar en gran escala la pulcritud y la paciencia.

4.º Es notable la perfecta diferenciación de una fascia superficial, con su red venosa subyacente, y otra profunda. La red superficial comprende: una subcutánea abdominal superficial, una pudenda superficial y una circunfleja iliaca superficial. La red profunda comprende una estructura similar, con la única diferencia, de que la subcutánea abdominal profunda y la

puddenda profunda, se fusionan antes de llegar al cayado de la safena interna profunda. Por tanto se trata de una anomalía, consistente en una doble red venosa superficial (fig. 1).

Todo lo expuesto apoya y justifica el criterio de F. MARTORELL, al insistir en los motivos que causan recidivas varicosas, y precisamente en esta revista F. y A. MARTORELL publicaron un caso de comunicante anormal, presentando similitud con el actual, al tratarse de sexo femenino y lado izquierdo. El olvido de tal anomalía hubiera sido causa indudable de nueva hipertensión venosa y de fracaso operatorio.

### RESUMEN

Se describe una anomalía anatómica en la región del cayado de la safena interna, hallada en una operación de varices por recidiva.

### SUMMARY

A case of anomalous saphenofemoral junction is described. Some considerations are made about its significance of recurrences following ligations in varicose veins.

### BIBLIOGRAFÍA

1. GLASSER, S. T. — *An Anatomic study of venous variations at the fossa ovalis.* «Archives of Surgery», 46:289; 1943.
2. SMITHY, H. G. — *Complicating factors in the surgical management of varicose veins.* «Surgery», 17:590; 1945.
3. DASELER, E. H.; ANSON, B. J.; REIMANN, A. F. y BEATON, L. E. — *The saphenous venous tributaire and related structures in relation to the technique of high ligation.* «Surgery, Gynecology and Obstetrics» 82:53; 1946.
4. MARTORELL, F. y MARTORELL, A. — *Anomalías de desagüe venoso como causa de recidiva de las varices operadas.* «Angiología», 1:80; 1949.
5. MANSBERGER, A. R.; YEAGER, G. H.; SMELSER, R. M. y BRUMBACK, F. M. — *Saphenofemoral junction anomalies.* «Surgery, Gynecology and Obstetrics», 91:533; 1950.