

VARICES DEL TERCIO SUPERIOR DE LA CARA EXTERNA DE LA PIERNA *

JEAN F. MERLEN y GÉRARD BOURET

Lille (Francia)

La insuficiencia valvular del sistema venoso superficial y profundo y la del sistema comunicante del tercio inferior de la pierna nos son conocidas. Los estudios recientes de WARWICK, en 1931, COCKETT y JONES, en 1953, LINTON, en 1953, DODD, en 1956, ROBERTE, en 1958, GULLMO, en 1959, SAUTOT, en 1963, ASKAR, en 1963... han precisado el lugar, la frecuencia y el papel fisiopatológico de las comunicantes directas e indirectas. Nosotros deseamos, no obstante, llamar la atención sobre la existencia de *varices aisladas en la cara externa del tercio superior de la pierna*, varices en apariencia independientes de los troncos safenos pero análogas a las comunicantes atípicas descritas por ROBERTE en el tercio inferior de la cara interna de la pierna.

Los tratados clásicos que hemos podido consultar y lo mismo el «rapport» de SAUTOT al Congreso Internacional de Flebología de Chambéry, en 1960, no las señalan. El autor ha comprobado en el tercio superior de la pierna la anastomosis directa sólo de la safena interna con el sistema profundo, formando la safena externa con las gemelares un importante sistema anastomótico intramuscular. No habla de comunicantes que se dirigen a la cara externa y superior de la pierna. G. BASSI publica, en 1962, un esquema donde figuran unas comunicantes que emergen de la cara externa de la pierna, pero describe «venas locales de unión» y «reflujo venoso» que provienen de la cara interna de la pierna; incluso el bien desarrollado trabajo de AKE GULLMO (1959) pasa por alto tales varices: el autor sueco designa bajo el nombre de «comunicante postibial» una vena comunicante insuficiente situada en la mitad superior de la pierna, exactamente detrás de la *cara interna de la tibia*. «No se ve con mucha frecuencia y no tiene salida (blow out) ya que no existe conexión alguna con las venas musculares.» Muy recientemente, ASKAR de El Cairo, tratando de la anatomía quirúrgica de las venas comunicantes de la pierna, menciona en particular las comunicantes situadas bajo la rodilla, que se localizan con la mayor frecuencia en los «septa» intramusculares y normalmente atraviesan la aponeurosis profunda. Su paso por las hojillas superficiales va seguido inmediatamente por un corto trayecto horizontal o ligeramente ascendente y luego con brusquedad de una curva antes de perforar la hoja profunda de la aponeu-

* Trabajo del Département d'Angéiologie. Clinique Médicale Ouest du Centre Hospitalier Universitaire (Director: Prof. H. Warenboug).

Traducido del original en francés por la Redacción.

rosis. Las comunicantes se presentan como ranuras entre una vaina grasa protectora. Si las comunicantes son varicosas su trayecto es horizontal o desciende oblicuamente, lo que complica la situación hemodinámica. La fascia es o demasiado flexible o la vaina grasa está ausente. ASKAR se pregunta si la dirección descendente juega un papel patológico o expresa una predisposición. La importancia de la descripción de este autor no necesita ser subrayada en cuanto concierne a las *varices primitivas de la cara superoexterna de la pierna*. Su existencia queda probada. Digamos, de entrada, que no se trata de simples varices de unión que alimentadas por el reflujo de una safena anterior o por la de una anastomosis pretibial de los dos sistemas safenos se extienden sobre la cara externa de la parte alta de la pantorrilla. Se trata, pues, de *varices aisladas sin relación con uno u otro de los sistemas safenos* que se esparcen bajo la piel a lo largo de la vertiente posterior del surco vertical limitado por detrás por el relieve sóleo. Este surco marca la unión a la piel del tabique aponeurótico que separa la celda anterior de la pierna de la celda postero-interna. Las comunicantes surgen algunos centímetros por debajo y detrás de la cabeza peroneal o en la unión del tercio medio y el tercio inferior de la pierna, a 8 ó 10 cm por encima del surco retromaleolar externo, o más rara vez en la parte media de la pierna sobre una misma línea vertical.

Sólo un muy cuidadoso examen permite advertir a la vista y más aún a la palpación un saliente redondeado y renitente: se trata de una «vena ciega» (BASSI, dice literalmente «vena a fondo ciego») terminación subcutánea de una comunicante que se sitúa en la vertiente posterior del surco descrito antes, señalando la unión a la piel del tabique aponeurótico. La fotografía con infrarrojos pone bien en evidencia la comunicante. En general es única, a veces son dos o tres sobre una misma línea vertical. En general no confluyen con otras varices superficiales más importantes; aparecen aisladas y localizables a la palpación, ya ramificadas en un ramillete de varículas formando como una estrella venosa, lo más frecuente, ya como una mancha azulada de estasis. VAN DER MOLEN publicó, en 1960, magníficas imágenes parecidas en el tercio inferior de la pierna. Sólo cuando existen varices en otros territorios o anastomosis de diámetro bastante intenso se desarrollan hacia la parte posterior de la pantorrilla, escapando a toda sistematización. Aisladas, estas varices se desarrollan escasamente sin dar lugar a úlceras excepto si se instala un síndrome postflebítico.

Estas varices son más antiestéticas que molestas. Si tenemos que tratarlas, nuestra actitud es la siguiente: Si es posible alcanzar directamente la comunicante, por punción directa perpendicular a la piel, es preciso esclerosarla según las técnicas habituales (Tetradecilsulfato de sodio al 0,25 %, salicilato de sodio al 20 %, y sobre todo, solución iodada de Gerson, más manejable); si no, es mejor dirigirse a las pequeñas ramas que forman la estrella venosa. Nosotros utilizamos una solución de novocaína y ácido láctico desprovista de poder necrosante (novocaína 0,05, ácido láctico 0,02, solución isotónica de cloruro de sodio 10 ml, por ampolla). TOURNAY nos dice haber obtenido por esclerosis de estas venas varicosas una mejoría importante en los casos de úlcera local y bilateral de la cara externa de la pierna semejante a la úlcera de Martorell.

CONCLUSIÓN

Las varices y varículas aisladas del tercio superior de la pierna realmente existen. Su disposición a lo largo de la aponeurosis intermuscular parece indicar que se trata de comunicantes directas procedentes de las venas peroneas. A veces, como en el caso del embarazo, son punto de partida de varices más importantes, en particular hacia la safena anterior, creando un problema estético. Son fáciles de esclerosar.

RESUMEN

Los autores resaltan la existencia de varices primitivas, no dependientes de los sistemas safenos interno y externo, en la cara superoexterna de la pierna. No suelen dar complicaciones, siendo más que nada un problema antiestético. Su tratamiento consiste en la esclerosis química.

SUMMARY

The occurrence of idiopathic varicose veins in the lateral aspect of the leg, not tributaries of the saphenous systems is emphasized. Sclerosing injections are recommended.

BIBLIOGRAFÍA

- ASKAR: *On the surgical anatomy of the communicating veins of the leg*. «J. Cardiovascular Surgery», 4:138;1963.
- BASSI, G.: *Lokalisation und behandlung der insuffizienten Vv perforantes beim ulcus cruris varicosum*. «Zbt. für Phlebol.», 1:93;1962.
- MIKIK, D.: *Le système des veines communicantes dans la constitution de la stase veineuse*. I Congreso Internacional de Flebología, Chambéry 6-8 mayo 1960. Impr. de Chambéry, 1962.
- SAUTOT, J.: *Les communications entre les systèmes veineux superficiels et profonds de la jambe. Leur rôle dans la stase veineuse*. I Congreso Internacional de Flebología, Chambéry 6-8 mayo 1960. Impr. Réunies de Chambéry, 1962.