

## **Las varices recidivadas de los miembros inferiores (\*)**

FELICE PELLEGRINO y FRANCESCO FESANI

II.<sup>o</sup> Istituto di Clinica Chirurgica Generale e Terapia Chirurgica  
(Direttore: Prof. P. Goffrini). Università di Parma (Italia).

El perfeccionamiento logrado en el estudio clínico y flebográfico de los enfermos varicosos y los avances de la técnica quirúrgica divulgados por los angiología no han conseguido reducir del todo las recidivas varicosas. Por el contrario, las más recientes estadísticas nos hablan de un relativo aumento de ellas. Las causas de este aumento se atribuyen a factores de orden técnico, intervenciones incompletas o inadecuadas, o a la constitución individual, con independencia del procedimiento quirúrgico empleado. Resulta evidente que tal alternativa tiene un notable interés práctico y adquiere singular valor su exacta discriminación, sobre todo en el orden terapéutico.

Aun cuando exista abundante literatura sobre este particular, nos parece útil aportar nuestra contribución, obtenida de la observación cuidadosa de 77 casos (66 mujeres y 11 hombres) de varices recidivadas extraídos de nuestra casuística de cirugía venosa. Tomamos en consideración sólo los síndromes varicosos graves, caracterizados por voluminosas varices recidivadas tributarias de los grandes colectores, con insuficiencia valvular y fenómenos de estasis, dejando las formas más leves y más frecuentes de estasis venosa sin signos evidentes de insuficiencia valvular.

Siguiendo la norma de investigación señalada por los autores conocedores del problema, podemos afirmar que las varices recidivadas o persistentes pueden atribuirse: 1) a causas de orden anatómico; 2) a causas dependientes de una técnica quirúrgica errónea o incompleta; 3) a causas ligadas a un insuficiente tratamiento complementario; y 4) a causas de orden fisiopatológico general.

### **I. CAUSAS DE ORDEN ANATOMICO**

Un cierto número de recidivas de las varices cabe atribuirlo a la complejidad del sistema venoso de los miembros inferiores y a la notoria variedad y anomalías del mismo. Bajo este punto de vista llamamos la atención sobre la multiplicidad de formas de desembocadura de la safena interna en la femoral y de sus tributarias ostiales: sobre la posibilidad, muy frecuente para algunos, de una safena doble en el muslo, con tronco superficial más voluminoso y otro pro-

(\*) Traducido del original en italiano por la Redacción.

fundo por debajo de la capa superficial de la fascia profunda (**Martorell; Shermann; Torner**) (fig. 1); y, por último, sobre la importancia de la rama safena posterior o vena de Leonardo y de las comunicantes entre los dos sistemas safenos.

## II. CAUSAS DE ORDEN TECNICO

Sabemos que los tiempos de un tratamiento quirúrgico correcto, practicado propiamente sobre los lugares por donde se establece el paso de la sangre de la circulación profunda a la superficial, comprende: la resección del confluente safeno-femoral, la flebo-extracción de la safena interna y el aislamiento e interrupción de las perforantes insuficientes. Cualquiera de estos tiempos puede ser realizado de forma incompleta o errónea, a consecuencia de un deficiente estudio clínico y por tanto de una inadecuada programación quirúrgica.

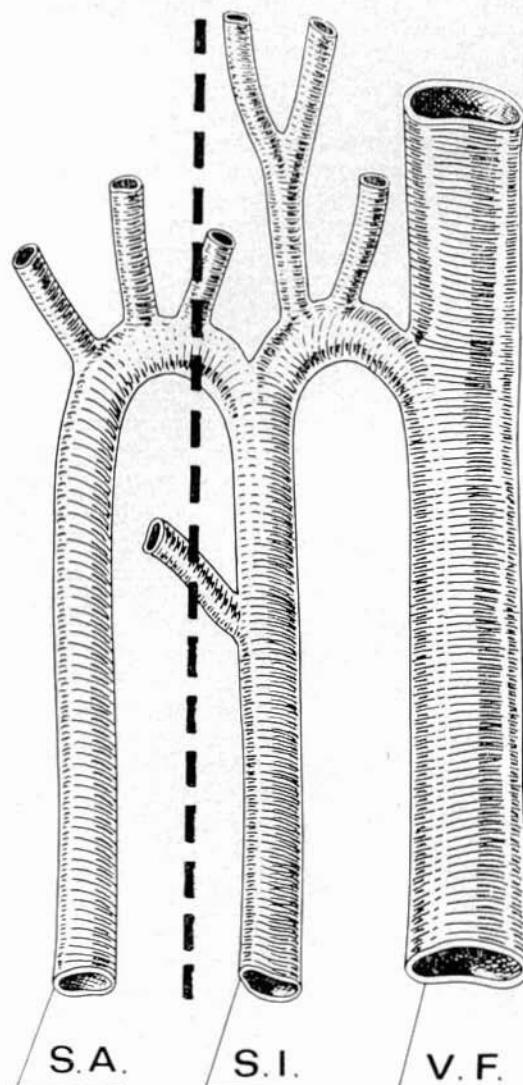


FIG. 1 Representación esquemática de variedad anatómica de desembocadura de la safena interna en la femoral, con trayecto subfascial de la safena accesoria (de TORNER, modificada).

La resección del confluente safeno-femoral es, ciertamente, el tiempo principal de la intervención de safenectomía, porque a este nivel el reflujo se halla presente en todos los casos de varices, aun cuando las venas perforantes de la pierna sean continentes. Se puede calcular que, en efecto, en más del 60 % de los casos la recidiva es la consecuencia de una resección inadecuada del cayado (**Dodd; Martin; Martorell; Waligora, etc.**).

También en nuestra casuística esta causa ocupa el primer

lugar como causa de recidiva. Los errores técnicos se han demostrado en relación al lugar y extensión de la vía de acceso, al nivel de la interrupción de la safena, a dejar sin ligar alguna colateral y a la presencia de anomalías ignoradas (fig. 2).

Nos parece oportuno señalar la relativa frecuencia con que el reflujo ostial se transmite no sólo a la circulación venosa del muslo sino también a la de la pierna y en particular al distrito de la safena externa, de modo especial cuando existen comunicantes intersafénicos. En estos casos, por tanto, también las varices de la safena externa pueden considerarse en relación con una recidiva a cargo de la safena interna y, con mayor precisión, a una insuficiencia valvular ostial de esta última.

Las recidivas por fleboextracción incompleta de la safena son más raras y en realidad menos importantes. No obstante, somos del parecer de que la safenectomía tiene que extenderse hasta el maléolo, no sólo para interrumpir las distintas perforantes sino también para evitar la posible repermeabilización del vaso por parte de comunicantes safeno-safénicas. Una buena norma es asociarle

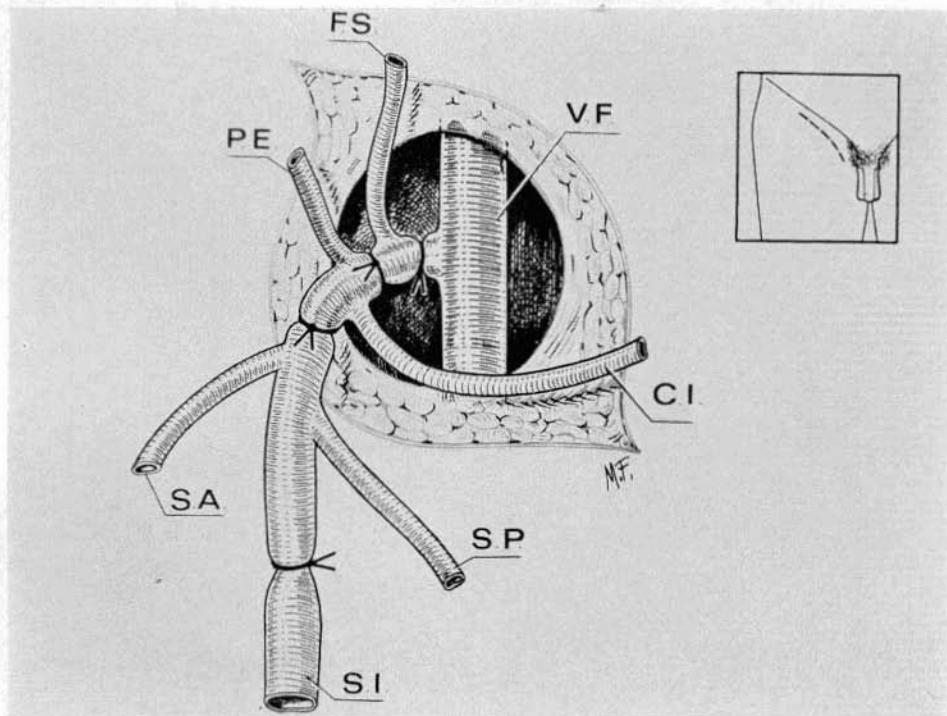


FIG. 2. Representación esquemática de las distintas posibilidades de error en la resección del confluente safeno-femoral. El esquema demuestra a la vez como sólo la ligadura de la safena a nivel de su desembocadura en la femoral puede interrumpir la circulación venosa superficial de la profunda.

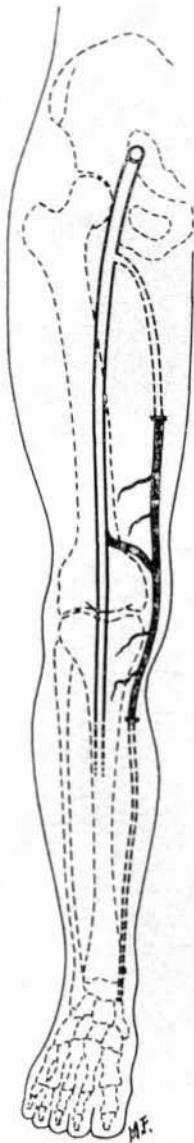


FIG. 3

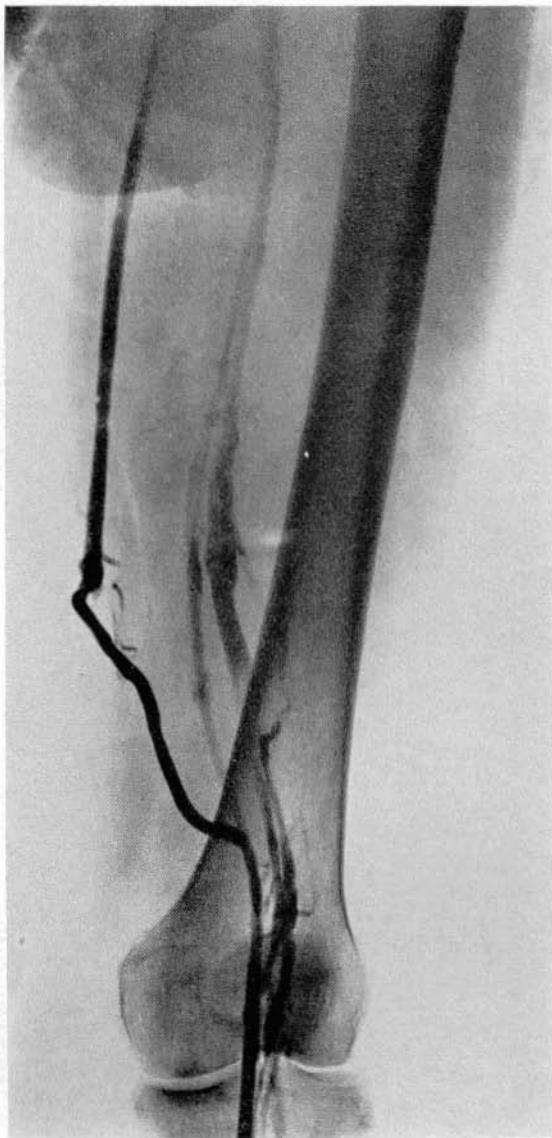


FIG. 4

FIG. 3. Representación esquemática de recidiva a través de un sector de safena interna abandonado, por medio de una comunicante insuficiente.

FIG. 4. Flebografía en una mujer de 38 años de edad portadora de varices recidivadas en el miembro inferior derecho. Además de una ressección incompleta del confluente safeno-femoral se dejó intacta la safena interna en el muslo, la cual viene rehabilitada por una comunicante hunteriana.

la resección de la vena de Leonardo, donde como ya sabemos se introducen la mayor parte de las comunicantes del tercio inferior de la pierna.

En cerca del 30 % de los casos observados por nosotros, además de una resección insuficiente del confluente safeno-femoral, existían extensos sectores de la safena interna, ya en el muslo, ya en la pierna, a los que confluían a menudo perforantes insuficientes (figs. 3 y 4). En tal situación, la reaparición de las varices es precoz y con frecuencia complicada de focos tromboflebiticos tanto en la pierna como en el muslo, particularmente molestos y de lenta resolución, con una sintomatología subjetiva a menudo bastante grave. De todo ello resulta, pues, la absoluta inoportunidad de la ligadura múltiple de la safena como terapéutica de las varices, tal como aún muchos practican habitualmente.

La persistencia de perforantes insuficientes constituye otra causa de recidiva varicosa, que si no muy frecuente puede calcularse alrededor de un 7.5 %. En el muslo las perforantes pueden interrumpirse en todos los casos con una flebo-extracción adecuada, mientras que en la pierna incluso la safenectomía completa no da absoluta garantía dado que la mayor parte de las perforantes desembocan en colaterales de la safena y en particular en la rama safénica posterior (figuras 5 y 6). Es a este nivel donde deben interrumpirse con ligaduras aisladas o bien con resección sistemática por zonas (**Cockett; Felder** y colaboradores; **Linton**), aunque la mayoría de los angiólogos se muestren reacios a la aplicación de esta intervención por el mayor traumatismo que comporta.

En 11 casos de recidiva por insuficiencia de perforantes de la pierna hemos hallado que la gran mayoría de ellas desembocaban en la rama safénica posterior (vena de Leonardo). En todos estos pacientes la primitiva intervención de resección del cayado de la safena y la safenectomía se habían efectuado de modo correcto.

La importancia de la rama safénica posterior, tanto en la génesis del síndrome varicoso primitivo como de la recidiva de las varices, es indudable. Con este motivo es oportuno dedicarle una particular atención en el estudio de los varicosos.

Las varices de la safena externa, si se dejan, pueden a su vez constituir otra causa de recidiva en el sector de la safena interna, por las conocidas conexiones anatómicas y funcionales entre ambos sistemas (figs. 7 y 8).

Naturalmente, también para la safena externa las recidivas se hallan en relación generalmente con los mismos errores técnicos relativos a una resección insuficiente del cayado y a omitir la ligadura de una o más colaterales, así como a variedades anatómicas y anomalías desconocidas (fig. 9).

En nuestro grupo de pacientes, las recidivas de la safena externa aparecen con menor frecuencia. No obstante, podemos confirmar que la estasis de este distrito se transmite por lo habitual a la safena interna a través de las anastomosis intersafénicas y en particular de la vena fémoro-poplítea o ramo anastomótico de Giacomini, capaz de determinar la aparición o la agravación de un complejo síndrome varicoso recidivado en el distrito mayor, incluso cuando la primitiva intervención se efectuó con corrección.

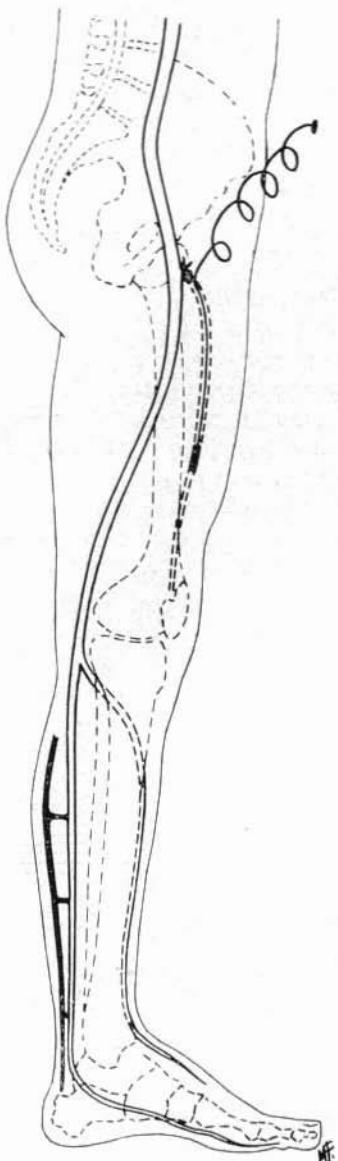


FIG. 5

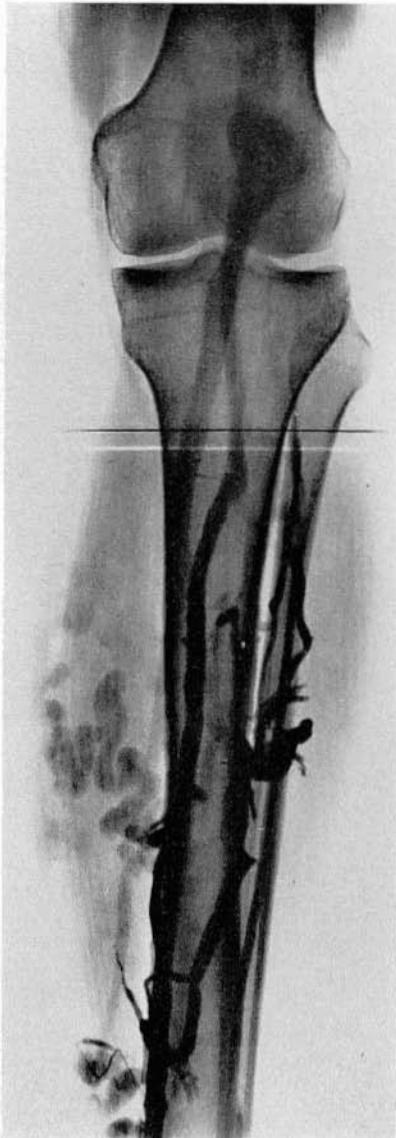


FIG. 6

FIG. 5. Representación esquemática de las venas comunicantes que quedan en la pierna incluso después de la fleboextracción más correcta.

FIG. 6. Flebografía en una mujer de 42 años de edad portadora de dilataciones saculares varicosas recidivadas en la pierna, mantenidas por comunicantes insuficientes. La paciente fue sometida a una correcta intervención de resección del confluente safeno-femoral y safenectomía con anterioridad

### III. INSUFICIENTE TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO

Aun después de una intervención quirúrgica adecuada, hasta el inmediato periodo postoperatorio, son siempre de aconsejar todas aquellas normas higiénicas y diatéticas en uso en el sujeto varicoso. Un constante control de la nueva situación de la circulación venosa sirve luego para corregir en su momento cualquier imperfección de la intervención. En particular, a parte de la persistencia de comunicantes insuficientes o de varices desconocidas en la safena externa que requieren obviamente otra intervención, es oportuno tratar precozmente con terapéutica esclerosante las pequeñas estasis venosas residuales.

### IV. CAUSAS PREDISPONENTES

Es evidente que cualquier procedimiento quirúrgico no modifica el complejo de factores predisponentes, determinantes o agravantes del síndrome varicoso. Por ello el problema se inserta en el más vasto de la etiopatogenia de las varices y por tanto escapa a nuestro propósito, si bien puede confirmarse dada la mayor frecuencia de las recidivas en la mujer que el sexo y los factores hormonales tienen su importancia, además de la obesidad y de las condiciones desfavorables del trabajo o profesión.

Particular papel adquieren, sin interferencia de sexo, las manformaciones congénitas o adquiridas del miembro, los traumatismos, la artrosis, el pie plano y otras deformidades, como también la edad. Se ha encontrado también, y lo confirmamos, que el terreno constitucional no se diferencia del de aquellos enfermos curados después de la intervención.

### CONCLUSIONES

Nuestra investigación clínica y flebográfica sobre 77 casos de varices recidivadas viene a confirmar una cierta frecuencia en los fracasos en la terapéutica quirúrgica del síndrome varicoso, lo que demuestra que todavía a menudo se cofía en técnicas incorrectas o inadecuadas. Habrá por tanto que hablar no tanto de varices recidivadas sino más bien de varices persistentes, imputables en exclusiva a errores de técnica o a la inobservancia del principio general de la terapéutica quirúrgica de esta enfermedad que prevé la supresión de los puntos de reflujo.

Entre las insuficiencias de orden técnico la más frecuente es la inadecuada resección del confluente safeno-femoral, siguiéndole la falta de interrupción de las anastomosis intersafénicas, el desconocimiento de una insuficiencia de la safena externa, el abandono de sectores venosos o de la safena entera, la persistencia de perforantes insuficientes y, por último, la existencia de anomalías anatómicas.

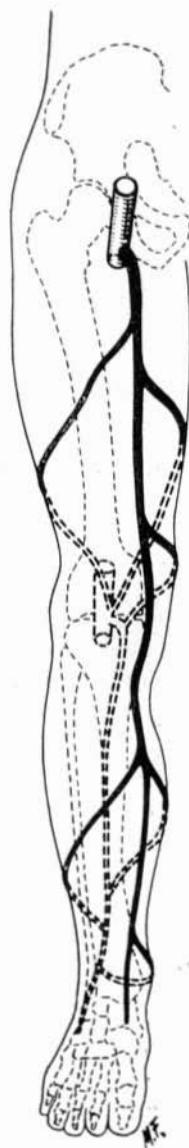


FIG. 7

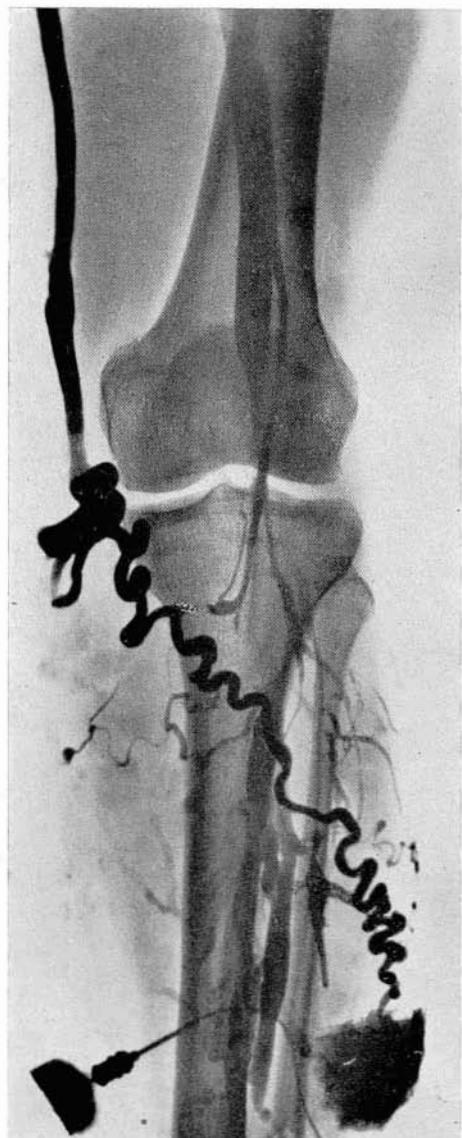


FIG. 8

FIG. 7. Representación esquemática de las comunicaciones existentes entre los distritos de las dos safenas.

FIG. 8. Flebografía en un paciente de 57 años de edad con voluminosas varices recidivadas en la pierna. La inyección del contraste fue practicada también en una dilatación sacular venosa de la cara externa de la pierna: se evidencia un larga vena comunicante intersafénica.

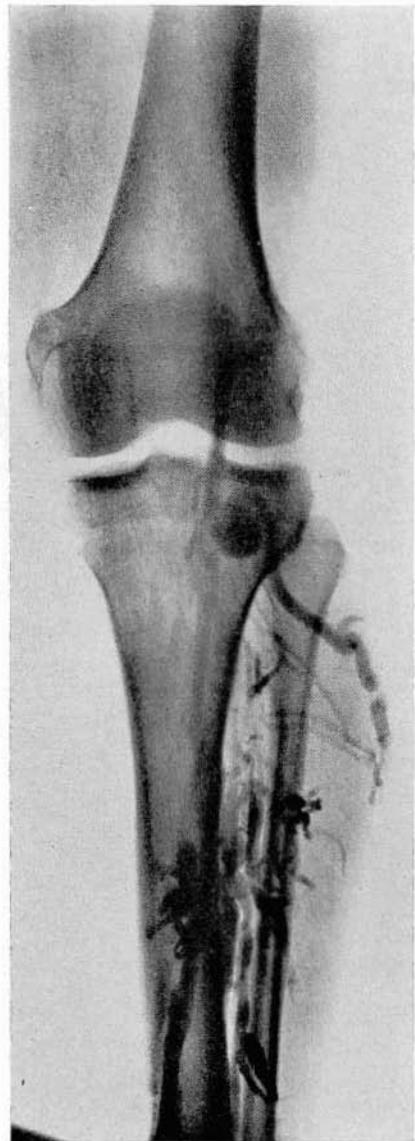


FIG. 9. Flebografía en un hombre de 45 años de edad portador de varices recidivadas en la safena externa. Es bien evidente el reflujo venoso tras la resección del confluente del todo insuficiente por ligadura distal de la safena externa.

El diagnóstico no presenta dificultades, siendo fácil en general reconocer la causa y la precisa localización de los puntos de reflujo responsables. A tal efecto, una bueha ayuda puede lograrse por la investigación flebográfica; investigación que, sin embargo, no puede o no debe sustituir un detenido examen clínico.

El tratamiento de la recidiva de las varices es, en nuestra opinión, siempre quirúrgico, en particular cuando, lo más a menudo hallado, es evidente la existencia de una insuficiencia venosa por reflujo no suprimida por la intervención primitiva.

#### RESUMEN

Basándonos en una cuidadosa revisión de la literatura y en la observación personal de 77 pacientes, hemos realizado un estudio sobre la recidiva de las varices con especial atención en valorar sus causas.

El estudio clínico y radiográfico de los pacientes observados ha confirmado que en la gran mayoría de los casos la recidiva se halla en relación con una insuficiencia o errores de técnica durante la primitiva operación: resección inadecuada del confluente safeno-femoral, fleboextracción incompleta de la safena interna, olvido de interrumpir las comunicaciones intersafénicas, persistencia de perforantes insuficientes. Esta comprobación induce a considerar que las recidivas varicosas no son una incidencia ligada a la evolución de la enfermedad y por tanto computable entre los inevitables fracasos de la terapéutica quirúrgica sino, por el contrario, la consecuencia de un tratamiento efectuado superficialmente y con técnica inadecuada.

## SUMMARY

Recurrent varicose veins of the lower limbs are studied. A review of the literature on the subject is made. The author's own experience of 77 cases is exposed. In most cases, recurrency seems to be related to technical deficiencies in the first surgical intervention.

## BIBLIOGRAFIA

1. AGRIFOLIO, G. y EDWARDS, E. A.: *Results of surgical treatment of varicose veins.* "J.A.M.A.", 178:907;1961.
2. ASKAR, O.: *A radiological study of the effect of deep fascia on the communicating veins of the leg.* "Brit. J. Radiol.", 36:583;1963.
3. BAISTROCHI, J. D. y AZIZE, N. M.: *Varices recidivadas. Consideraciones.* "Prensa Méd. Argentina", 47:69;1966.
4. BASSI, G.: *"Le Varici degli Arti Inferiori."* Ed. Minerva Med., Torino, 1962.
5. BATTEZZATI, M. y BINDA, B.: *Terapia delle varici dell'arto inferiore con legature multiple transcutanee e iniezioni sclerosanti associate o meno allo strappamento della parte alta della grande safena.* "Min. Chir.", 7:936;1952.
6. BELELLI, E. y DAMIANI, R.: *Rilievi anatomo-chirurgici sulla giunzione safeno-femorale.* "Ann It. Chir.", 34:224;1957.
7. BROWN, D. B.; GRAHAM, A. G.; TOOMEY, W. F.: *Recurrence of varicosity following "high ligation".* "Scot. Med. J.", 5:88;1960.
8. CARTER, B. N. y JOHNS, T. N. P.: *Recurrent varicose veins: Anatomical and physiological observations.* "Ann Surg.", 159:1017;1964.
9. COCKETT, F. B.: *The pathology and treatment of venous ulcers of the leg.* "Brit. J. Surg.", 43:260;1955.
10. DASELER, E. H.; ANSON, B. J.; REIMANN, A. F.; BEATON, L. E.: *The saphenous venous tributary and related structures in relation to the technique of high ligation.* "Surg. Gyn. & Obst.", 82:53;1946.
11. DODD, H. y COCKETT, F.: *"The Pathology and Surgery of the Veins of the Lower Limb."* Livingstone, London, 1956.
12. DODD, H.: *Persistent or recurrent varicose veins.* "Brit. J. Clin. Pract.", 17:501;1963.
13. FELDER, D. A.; MURPHY, T. O.; RING, D. M.: *A posterior subfascial approach to the communicating veins of the leg.* "Surg. Gyn. & Obst.", 100:730;1955.
14. FOOTE, R. R.: *"Varicose Veins."* Ed. Butterworth, London, 1949.
15. GIACOMINI, C.: *Osservazioni anatomiche per servire allo studio della circolazione venosa dell'estremità inferiore.* "Giorn. R. Accad. Med. Torino", 7:91;1873.
16. JUNOD, J. M.: *Tactique chirurgicale des récidives de varices opérées.* "Helv. Chir. Acta", 31:581;1964.
17. LACOUR, R. A.: *Tratamiento de las varices residuales y recidivadas.* "Sem. Med.", 124: 402;1964.
18. LAUTRE, M. A.: *A propos du problème des récidives de varices.* "South African Med. J.", 33:21;1959.
19. LINTON, R. R.: *The communicating veins of the lower leg and the operative technic for their ligation.* "Ann. Surg.", 107:582;1938.
20. LUKE, J. C. y CUTELINS, J. R.: *Factors in the improvement of results in varicose vein surgery.* "Canad. J. Surg.", 6:145;1963.
21. MALAN, E.: *Le vasculopatia periferica come malattia sociale.* "Med. Soc.", 9:117;1959.
22. MALAN, E. y PUGLIONISI, A.: *Anatomo-fisiopatologia venosa in rapporto alla flebografia.* "Min. Card.", 6:168;1956.
23. MANSBERGER, A. R.; YEAGER, G. H.; SMELSER, R. M.; BRUMBACK, F. M.: *Saphenofemoral junction anomalies.* "Surg. Gyn. & Obst.", 91:533;1950.
24. MARCOZZI, G.: *L'esame flebografico nella diagnostica e nella terapia delle varici degli arti inferiori.* "Arch. Atti Soc. It. Chir.", 53.<sup>a</sup> Congr., 2:193;1951.
25. MARTIN, P.; LYNN, R.; BEVERLEY, R.; DIBLE, J. H.; AIRD, J.: *"Peripheral Vascular Disorders".* Livingstone Ltd., Edinburgh-London, 1956.
26. MARTINET, J. y TUBIANA, R.: *"Pathologie des Veines"*, Ed. G. Doin, Paris, 1950.
27. MARTINO, R.: *"Varici ed Ulcere della Gamba"*, Ed. Ambrosiana, Milano, 1950.
28. MARTORELL, F. y MARTORELL, A.: *Anomalías de desague venoso como causa de recidiva de las varices operadas.* "Angiología", 1:80;1949.

29. NABATOFF, R. A.: *Basic technical reasons for major recurrences following for varicose veins.* "VII<sup>o</sup> Congr. International Cardiovascular Society", 1965.
30. OLIVIER, Cl.; EPFELBAUM, R.; DI MARIA, G.; FAVRE, M.: *Les réinterventions pour varices essentielles des membres inférieurs.* "Presse Méd.", 74:1355;1966.
31. PUGLIONISI, A. y RABAOTTI, A.: *L'indagine flebografica nelle affezioni venose degli arti inferiori.* "Ateneo Parm.", 23:2;1952.
32. PUGLIONISI, A.: *Sindromi da insufficienza venosa cronica degli arti inferiori: Aspetti fisiopatologici e problemi terapeutici.* "Gazz. Osp. Clin.", 9:464;1959.
33. RATSCHOW, M.: "Angiologia", Ed. C.E.A., Milano, 1962.
34. ROSS, R. L.: *Recurrent varicose veins.* "California Med.", 87:168;1957.
35. SERVELLE, M.: *Les malformations congénitales des veines.* "Rev. Chir.", 68:88;1949.
36. SHERMANN, R. S.: *Varicose veins. Further findings based on anatomic and surgical dissection.* "Ann. Surg.", 130:218;1949.
37. STALKER, L. K. y HEYERDALE, W. W.: *Factors in recurrence of varicosites following treatment.* "Surg. Gyn. & Obst.", 71:723;1940.
38. STALKER, L. K.: *Management of recurrent varicose veins.* "Am. Surg.", 75:688;1948.
39. THEIS, F.: *Basis for recurrence of varicose veins in the various form of phlebitis.* "Ann. Surg.", 98:82;1933.
40. TORNER, J.: *Anomalía anatómica como causa de recidiva varicosa.* "Angiología", 4:139;1952.
41. TORRACA, L. y RODINO, D.: *Indicazioni e risultati della terapia chirurgica delle varici degli arti inferiori.* "Arch. Atti. Soc. It. Chir., 53<sup>o</sup> Congr.", Roma, 1951.
42. VAN LIMBORGH, J.: *L'anatomie du système veineux de l'extremité inférieure en relation avec la pathologie variqueuse.* "Folia Angiol.", 8:240;1961.
43. WALIGORA, J.: "Les Interventions pour Varices Essentielles des Membres Inférieurs." Tesis de París, n.<sup>o</sup> 561, 1965.
44. WRIGHT, R. B.: *Some observations on the recurrence of varicose veins after high ligation operation.* "Glassg. Med. J.", 30:447;1949.
45. YOVANOVITCH, B. Y.; OBRADOVITCH, A.; ROSSITCH, V.; KANGRGA, N.; TOCHITCH, V.: *Valeur de la chirurgie dans le traitement des varices des membres inférieurs.* "Le Scalpel", 112: 233;1959.