

Varices atípicas, una causa de recidiva(*)

E. CACCIATORE, G. BEVILACQUA y G. P. CAMMAROTA

Ambulatorio di Chirurgia Vascolare. Ospedale Civile B. Ramazzini-Carpi (MO).
Modena (Italia)

En los años que van de 1972 a 1978 hemos comprobado, entre un total de 1.200 varices operadas, que en 66 casos había algunos tipos de anomalías que nos han parecido muy interesantes como causa involuntaria de recidiva postoperatoria. Entendemos aquí aquellas que los autores franceses denominan «pseudo-recidivas», es decir las que sobrevienen incluso después de intervenciones efectuadas por expertos y con técnica correcta.

Excluimos las «recidivas verdaderas», aquellas debidas a intervenciones insuficientes o incompletas, en las que el cirujano ha omitido la supresión de los puntos de fuga.

La Tabla I aclara en esquema estas variedades, que la figura 1 muestra en su morfología.

Las hemos subdividido en **dos grupos**. El **primero** comprende las varices de colaterales de la safena, es decir de venas que dependen directa o indirectamente del territorio safeno.

En particular: a) en el cayado hemos encontrado 12 veces que la epigástrica se subdivide lejos de la safena en dos ramas (v. cutáneo abdominal) una hacia arriba, otra hacia abajo al muslo. La correcta supresión de la epigástrica no incide sobre éstas, cuya insuficiencia por tanto continuará persistiendo. En el postoperatorio se hallará un ramo varicoso externo, alto, en el muslo. Para evitarlo, solemos aislar la epigástrica lo más lejos posible del cayado y ligar por separado los otros dos ramos.

b) A nivel del muslo un ramo considerado «rebelde» a la cirugía es el denominado «geniculado». Nace de la safena en el tercio medio del muslo y circundando la cara externa de la rodilla se pierde por la parte externa de la pierna hacia el maléolo externo.

Varices típicas de la mujer, este ramo está muy influenciado por la actividad hormonal, en especial gravídica y, según **Vidal-Barraquer**, se origina en pequeños «shunts» arteriovenosos.

La fleboextracción, así como la ligadura aislada, no nos parece eficaz, ya que esta vena es rehabilitada por colaterales que provienen de arriba y por ello nos encontramos con la sorpresa de que tras la intervención la hallamos como antes.

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

TABLA I

I. Varices de colaterales de la safena:

- | | | | |
|----------------|-------------------------------------|---|----------|
| a) del cayado: | epigástrica —→ Cutánea-abdominal —→ | ramo descendente | 12 casos |
| b) del muslo: | Vena geniculada —→ | rehabilitación desde arriba por ramos descendentes de las venas cutáneo-abdominales . | 31 casos |

II. Varices de colaterales anómalas:

- | | | |
|---------------------------|----------------------|----------|
| a) Doble cayado | | 2 casos |
| b) Vena epigástrica —→ | V. ilíaca | 6 casos |
| c) Vena pudenda —→ | V. femoral | 15 casos |

En los 31 casos observados hemos preferido dejarla «in situ» para luego someterla a esclerosantes sucesivas, advirtiendo previamente al paciente. Hemos dejado de lado las resecciones múltiples a lo largo de su curso por dos motivos: primero, porque algunos sectores intermedios recidivan igualmente y, segundo, la estética del miembro sufre bastante. Por el contrario, la esclerosis nos ha parecido el método de elección ya que la vena ha respondido siempre de manera excelente.

El **segundo grupo**, varices de colaterales anómalas, responde mayormente al criterio de variabilidad anatómica, típica característica del cayado. Nos limitaremos a señalar sólo tres puntos.

a) En dos casos hemos observado un doble cayado: uno típico en la cara anterior de la femoral y otro, cerca de un cm. más abajo, en la cara externa.

La sospecha de una anomalía aparece cuando al disecar el cayado no encontramos ramas. Ampliando la disección y explorando con detenimiento aparece el cayado anómalo que contiene las ramas que faltaban.

La relativa pobreza de colaterales del cayado representa para nosotros un buen signo semiológico que invita a una exploración más atenta y a buscar las ramas que faltan en otro lugar.

Por ejemplo, en 6 casos (2b) la vena epigástrica era directamente tributaria de la ilíaca y también en 15 casos (2c) la vena pudenda se abocaba directamente en la femoral, independientemente del cayado.

La búsqueda de estos ramos impone obviamente una disección cuanto más cuidadosa mejor: aislamiento del cayado, ligadura de todos los ramos y explorar lo más lejos posible sus eventuales ramificaciones secundarias y un corto sector de vena femoral por encima y por debajo de la unión.

Aparte de la meticulosidad, hay que proceder además a una suave disección para evitar lesionar las delicadas estructuras linfáticas, cuyo compromiso es fuente de enojosas complicaciones (linforrea, edema, etc.).

Se confirma, pues, incluso aquí, que la cirugía venosa es una cirugía deli-

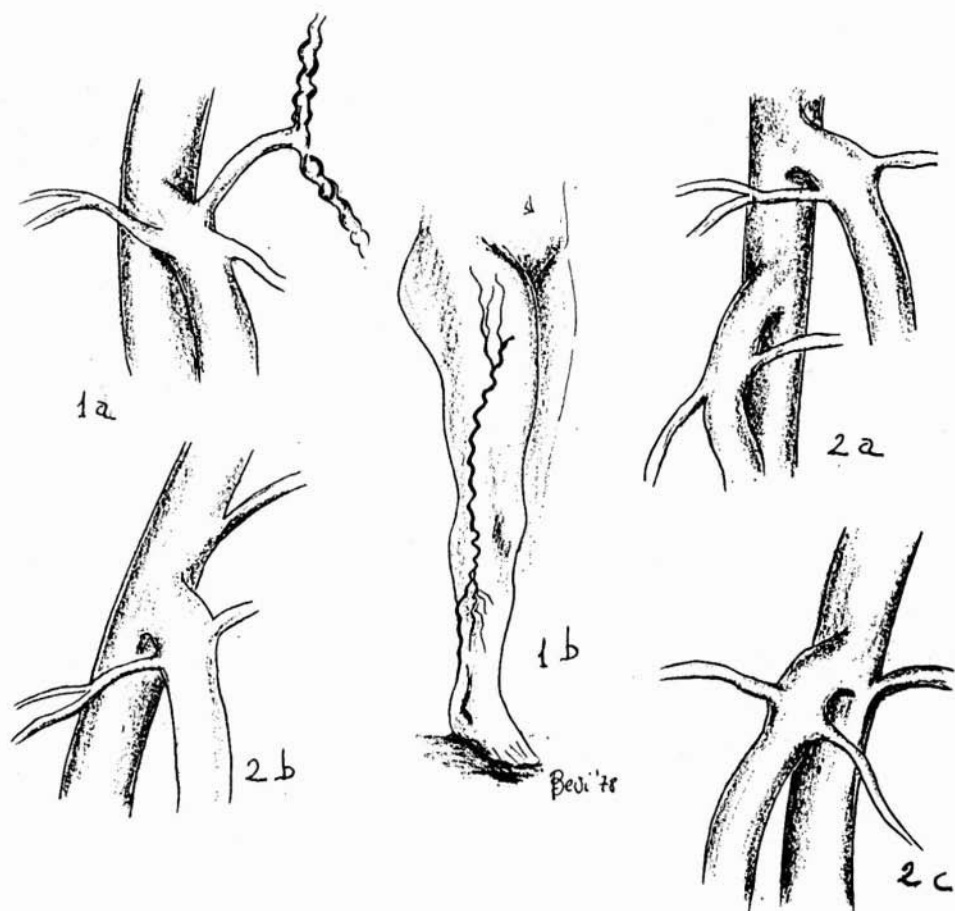


Fig. 1. Explicación en el texto.

cada y que además de efectuarse de modo correcto hay que poner particular atención para evitar descorazonadoras sorpresas a distancia. Parece asimismo muy útil resaltar la notable ayuda que nos ofrece la esclerosis postoperatoria de retoque que nos permite, en gran parte, sortear de modo brillante los límites impuestos por la cirugía.

Por otra parte, empero, conducta de prudencia nos viene dada por notables flebólogos de la Escuela francesa, quienes nos ponen en guardia sobre la fácil tentación de garantizar la completa supresión de las varices: ello nos vendrá asegurado con el tiempo, después de controles periódicos y asíduos, con esclerosantes de retoque y contención elástica prácticamente constante.

RESUMEN

Se hace una breve reseña de las distintas raras variedades de varices atípicas observadas en estos últimos 6 años entre 1.200 intervenciones. Se exponen las posibles causas de recidiva, incluso tras una intervención que ha seguido las reglas habituales. Se proponen algunos recursos técnicos intraoperatorios en casos de fleboextracción para evitar las recidivas.

SUMMARY

Different varieties of atypical varicous veins observed on 1.200 surgical procedures are commented on. Methods to prevent the relapse of these varicous veins, as well as their causes are underlined.

BIBLIOGRAFIA

- Bassi, G.: «Le Varici degli Arti Inferiori». Ed. Min. Med., 1962.
Cacciatore, E.: La terapia venotropa nel trattamento integrato del flebopatico. «Min. Cardioang.», 25:499, 1977.
Cacciatore, E.: Esperienze di scleroterapia con Atossisclerol. En Prensa en «Min. Cardioang.».
Elbaz, Cl.: Chirurgie itérative dans les récidives après operation pour varices essentielles. «Phleb.», 3:265, 1977.
Frileux, C. y Waligora, Jr.: La chirurgie itérative dans les varices essentielles des membres inférieurs. «Mém. Acad. Chir.», 93:270, 1967.
Leclercq, D.: La chirurgie itérative dans les varices essentielles des membres inférieurs. «Phleb.», 30:405, 1977.
Malan, E. y Giabbani, V.: La malattia varicosa degli arti inferiori. «Arch. Med. Mut.», 22:47, 1961.
Martorell, F.: «Angiología», Salvat Ed. Barcelona, 1967.
Olivier, C.: Le traitement chirurgical des récidives après operation pour varices essentielles. «J. Chir.», 109:565, 1975.
Tournay, R.: «La Sclérose des Varices», Masson Ed. 1976.
Tuscano, G.; Cacciatore, E.: Note di terapia delle varici essenziali. «Terapia», 59:53, 1974.