

**XIII CONGRESO NACIONAL
DEL CAPÍTULO DE
FLEBOLOGÍA DE LA SEACV**

Girona, 20-23 de abril de 2005

**TEMA DE DEBATE II. RECIDIVA POSCIRUGÍA DE LAS VARICES:
¿PROBLEMA DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICO?**

Introducción

V. Martín-Paredero

Las recidivas varicosas, posiblemente, son uno de los temas peor estudiados en nuestra especialidad, y desconocemos, en gran medida, la realidad de este tema. Tampoco existen suficientes consideraciones con respecto al tratamiento inicial que se ha empleado, ni a las causas patológicas que originan dichas recidivas. Esto, en gran parte, se debe a la dificultad en elaborar bases de datos amplias y, a largo plazo, en un grupo de población, generalmente joven, que, una vez operados, no suelen volver al médico ni por ellos mismos ni por nosotros, ya que ocuparían y consumirían una gran cantidad de recursos tanto directos, sanitarios, como indirectos, en pérdida de horas de trabajo. Sin embargo, hablamos de enfermedades crónicas, de amplia afectación social, que necesitan un control y, sobre todo, una prevención. Para ello, nosotros, los especialistas, deberíamos contar con unas ideas más homogéneas,

así como de unas guías clínicas para aplicar en estos casos, que estuvieran en plena sintonía con la atención primaria. Uno de los objetivos del Capítulo de Flebología de la SEACV es este, y confiamos en que sea factible a medio plazo tras desarrollar el *Libro blanco sobre la insuficiencia venosa crónica*.

En la Mesa de hoy contamos con dos expertos en el tema de las recidivas varicosas que, sin ninguna duda, nos van a ofrecer una valiosa información al respecto, así como una serie de reflexiones que podremos debatir posteriormente.

Tanto el Dr. S. Llagostera, del H.U. Sant Pau de Barcelona, como el Dr. J. Juan, del H.U. Vall d'Hebron, son conocidos por todos nosotros y su espléndida trayectoria profesional no necesita de presentación. En esta mesa nos expondrán su experiencia en este arduo tema, que sin más preámbulos procedemos a realizar.

*Servicio de Angiología y
Cirugía Vascular. Hospital
Universitari Joan XXIII.
Tarragona, España.*

Correspondencia:

Dr. Vicente Martín Paredero. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitari Joan XXIII. Dr. Mallafre i Guasch, 4. E-43007 Tarragona. E-mail: paredero@hxxiii.scs.es

© 2005, ANGIOLOGÍA

Recidiva poscirugía de las varices

S. Llagostera

La recidiva varicosa después de la cirugía es todavía un problema de primer orden, ya que llega a representar en algunos casos el 30% del total de varices intervenidas quirúrgicamente; además, supone un problema añadido, no sólo por el tiempo y gasto que supone dicho tratamiento, sino por las complicaciones que se presentan; algunas de ellas llegan a ser de cierta envergadura y seriedad.

El fallo o la incompleta cirugía de la unión safenofemoral es todavía la causa más común de recurrencia varicosa, ya sea por una incompleta ligadura justo en la unión safenofemoral, como una incompleta y lejana ligadura de esta unión dejando toda una serie de colaterales afluyentes, que con una incompetencia ostial las convierte en el origen de la recidiva. También se ha descrito que, a pesar de una correcta ligadura de la

unión safenofemoral, se demuestra por eco-Doppler un neorreflujo que conecta con las venas más distales ya previamente ligadas, invocando unas supuestas vías linfovenosas, así como una siembra endotelial (estímulo angiogénico) procedentes de los cabos venosos ligados. La hipertrofia de venas tributarias de la vena femoral común son también origen de recidivas varicosas. Últimamente se han descrito varias técnicas para minimizar los neorreflujos inguinales, así como el extremar la disección con la finalidad de evitar cavernomas inguinales posteriores.

La estrategia de la cirugía, ya sea mediante fleboextracción o bien técnica CHIVA, conlleva también diversas modalidades de recidiva que deben abordarse, que duda cabe, desde una óptica hemodinámica, sobre todo a lo que la técnica CHIVA respecta.

Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Fundación de Gestión Sanitaria Hospital Sant Pau. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España.

Correspondencia:

Dr. S. Llagostera. Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Fundación de Gestión Sanitaria Hospital Sant Pau. Universidad Autónoma de Barcelona. Sant Antoni M. Claret, 167. E-08025 Barcelona. E-mail: sllagostera@hsp.santpau.es

© 2005, ANGIOLOGÍA

La recidiva varicosa: un problema de diagnóstico o de tratamiento

J. Juan-Samsó

Introducción

La recidiva varicosa constituye un problema importante en el tratamiento quirúrgico de las varices. Su aparición se condiciona por diversos factores: etiología del síndrome varicoso, diagnóstico adecuado, tratamiento utilizado, eficacia de los cambios hemodinámicos poscirugía, control de los factores de riesgo, tiempo transcurrido, etc.

Con frecuencia se suele invocar a la evolución del síndrome varicoso y a la enfermedad venosa parietal como las causas más destacadas en la aparición de dicha recidiva. El argumento de una vez extirpadas las varices, si estas recidivan de nuevo, ello se debe a la evolución de la enfermedad, es a menudo el más utilizado ante la aparición de una recidiva varicosa.

No existe a menudo ninguna consideración acerca de los errores tácticos y técnicos del tratamiento inicial, ni a cómo la reorganización del drenaje de la circulación superficial poscirugía

puede intervenir como causa de dicha recidiva.

El objeto de este trabajo es estudiar la hemodinámica de la recidiva varicosa postratamiento quirúrgico convencional de varices primarias, con el fin de intentar una comprensión acerca de las causas que determinan dicha recidiva.

Pacientes y métodos

Se analizaron los estudios con eco-Doppler de 82 casos de recidiva de varices posfleboextracción de safena interna y/o externa por varices primarias.

Siguiendo los patrones de la literatura actual, se consideró como recidiva toda vena visible de calibre superior a 5 mm.

Los pacientes se exploraron mediante eco-Doppler (Phillips P700 y SD800) en bipedestación con la utilización de las maniobras de Valsalva, Paraná, y compresión-relajación para obtener una cartografía morfológica y hemodinámica de la recidiva varicosa.

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona, España.

Correspondencia:

Dr. Jordi Juan Samsó. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Passeig de la Vall d'Hebron, 119-129. E-08035 Barcelona. E-mail: 7925jjs@comb.es

© 2005, ANGIOLOGÍA

Clasificación de la recidiva varicosa

Bajo el punto de vista hemodinámico, podemos clasificar la recidiva varicosa en tres apartados:

- *Recidiva por fracaso en el cierre del punto de fuga.* Para que el cierre de un punto de fugas sea eficaz, éste debe realizarse a ras de su origen; de no hacerlo así, se originan muñones que a menudo son causas de recidivas. Estas recidivas se caracterizan por tener una respuesta positiva a la maniobra de Valsalva. El correcto cierre del punto de fuga puede en ocasiones ser muy difícil de realizar (*shunts* pélvicos, cayado de safena externa, perforantes de muslo). En otras ocasiones se causan errores técnicos durante la cirugía (muñón largo en el cayado de safena interna).
- *Recidiva por fracaso en el drenaje de la circulación superficial.* Las venas tributarias sanas de la safena interna, tras la eliminación de ésta, primero se trombosan y posteriormente se recanalizan y originan una neogénesis de sentido retrógrado en búsqueda de una perforante de reentrada. Habitualmente, esto se consigue de forma adecuada; sin embargo, existe un cierto número de situaciones en las cuales no se consigue un adecuado drenaje de la circulación superficial y aparecen varices recidivadas en las que no existe un punto de fuga entre la circulación venosa profunda y la superficial; se trata de una recidiva con respuesta negativa a la maniobra de Valsalva. Asimismo, consideramos las telangiectasias poscirugía de varices, que aparecen a menudo cuanto

más radical ha sido la cirugía, como la expresión de un fracaso en el drenaje de la circulación cutánea.

- *Recidiva por aparición de nuevos puntos de fuga.* Se trataría de recidivas originadas por nuevos puntos de fuga no consignados en la cartografía previa a la primera intervención. Correspondería a un tipo de recidiva originado por la evolución de la enfermedad varicosa. Se caracterizaría por presentar una respuesta positiva a la maniobra de Valsalva.

Resultados

Recidiva por fracaso en el cierre del punto de fuga

83 casos. Se distribuyen en:

Región inguinal

69% de casos:

- *Cayado in situ.* Observada en el 12% de los casos. Consiste en un defecto técnico, debido a una confusión entre el origen del cayado de safena interna femoralmente, con el origen de la safena anterior. En esta situación el cirujano interrumpe la safena interna a ras de la safena anterior, originándose una recidiva a partir de la safena anterior. Este tipo de recidiva presenta una respuesta positiva a la maniobra de Valsalva, tanto de la vena femoral común (VFC) como en la propia recidiva varicosa.
- *Neocayado.* Observada en el 6% de los casos. Se trata de un defecto técnico debido a una insuficiente disección de la vena femoral. Se origina

un neocayado a partir de una colateral de la VFC. En esta situación se observará un Valsalva positivo en VFC, neocayado, así como en la recidiva varicosa.

- *Cavernoma con muñón del cayado de safena interna.* Observada en el 31% de los casos. Se trata de la causa más frecuente de recidiva varicosa. Consiste en un defecto técnico originado por la no interrupción del cayado de safena interna a ras de la VFC, dejando un muñón largo de safena. En esta situación se origina una recidiva caracterizada por la visualización de la válvula ostial del cayado de safena interna, así como el hallazgo de colaterales rectilíneas y el hallazgo de un Valsalva positivo en VFC y recidiva varicosa.
- *Cavernoma sin muñón del cayado de safena interna.* Observada en el 20% de los casos. La vena safena interna es una de las principales vías de drenaje de los *shunts* pélvicos. Con cierta frecuencia la incontinencia de la safena interna se acompaña de una correcta competencia de la válvula ostial, estableciéndose una incompetencia de safena interna a partir de la desembocadura de un *shunt* pélvico en la misma. En tal caso la eliminación de la safena conduce a una recidiva varicosa a partir del *shunt* pélvico. No existe conexión entre la recidiva varicosa y la VFC. Este tipo de recidiva se caracteriza por la no visualización de la válvula ostial, el hallazgo de colaterales tortuosas, así como la existencia de un Valsalva negativo en la VFC y positivo en la

recidiva varicosa. Esta recidiva no se atribuye a un error técnico de la intervención, y sí, en todo caso, a un error de diagnóstico o de estrategia frente al *shunt* pélvico.

Región poplítea

Su manifestación clínica característica es el cavernoma de fosa poplítea. Se observó en un 8% de los casos. Puede revestir tres formas:

- Cavernoma de cayado de safena externa.
- Cavernoma de vena de Giacomini.
- Cavernoma por perforante de fosa poplítea.

Las causas que propician la recidiva varicosa poplítea son complejas de determinar; por una parte, conciernen al diagnóstico: identificación correcta del punto de fuga que determina la insuficiencia de la safena externa (cayado de safena externa, vena de Giacomini o perforante de fosa poplítea); pero, por otra parte, deben considerarse factores técnicos como la compleja anatomía del cayado de safena externa, que habitualmente hace muy complejo su interrupción a ras de la vena poplítea.

Recidiva por el fracaso en el cierre de perforantes

Observada en el 6% de los casos. Dos son los factores que inducen a esta recidiva: la dificultad en el cierre de perforantes a ras de su origen y la ausencia habitual de cierre del orificio aponeurótico por el que la perforante se exterioriza al sistema venoso superficial. Debe considerarse a este tipo de recidiva co-

mo originado por una causa de técnica quirúrgica

Recidiva por fracaso en el drenaje de la circulación superficial

Dichas recidivas no originadas por defectos técnicos se observaron en un 12% de casos. En este sentido, cabe señalar que el 72% de pacientes de este grupo presentaban telangiectasias que habían aparecido en el postoperatorio de la cirugía.

Recidiva por aparición de nuevos puntos de fuga

Observadas en el 5% de los casos. Corresponden a la aparición de nuevas perforantes incompetentes que originan nuevos *shunts* venovenosos. Dicha forma de recidiva, Valsalva positiva, se relacionaría con la evolución de la enfermedad, no obedeciendo a factores de técnica ni de diagnóstico.

Discusión

El 83% de casos de recidiva se ocasiona por el fracaso del punto de fuga, el 12% con el fracaso en el drenaje del sistema venoso superficial y tan sólo un 5% con la aparición de nuevos puntos de fuga. Estas cifras nos indican que la evolución de la enfermedad como causa de recidiva varicosa es de escasa importancia, lo cual desmiente uno de los tópicos más frecuentes cuando se invocan a las causas de recidiva varicosa.

La mayor parte de recidivas varicosas se ocasionan por fracaso del punto de fuga de causa técnica; no obstante,

algunas recidivas ligadas a esta causa se evitan difícilmente (*shunts* pélvicos).

En el 12% de los casos la recidiva se ligó a un fracaso en el drenaje del sistema venoso superficial, que es una causa intrínsecamente ligada al método de tratamiento y, por tanto, no solamente no evitable, si no de muy difícil solución, ya que una nueva extirpación o esclerosis de la recidiva conducirá a desencadenar la misma causa que la ha originado.

Si consideramos la suma de causas no evitables de recidiva varicosa (20% de *shunts* pelvianos, 12% de fracaso de drenaje del sistema venoso superficial y 5% de nuevos puntos de fuga), podemos considerar de forma global que el 37% de causas de recidiva varicosa no son evitables técnicamente, aun cuando sólo un 5% se deben a la propia evolución de la enfermedad.

Finalmente, parece que el análisis de estos datos debiera inducir a una reflexión acerca de cuál es la estrategia más adecuada en el tratamiento de las diferentes causas del síndrome varicoso.

Conclusiones

Las causas de la recidiva varicosa son complejas; las más frecuentes se deben a errores técnicos con relación al cierre del punto de fuga.

En ocasiones, errores diagnósticos causan estrategias erróneas en el tratamiento que inducen a recidivas (*shunts* pélvicos, recidivas de fosa poplítea).

Otros tipos de recidiva no se condicionan por problemas de diagnóstico ni de tratamiento, obedeciendo exclusiva-

mente a factores de estrategia quirúrgica –recidiva sin punto de fuga–, con relación al fracaso de drenaje superficial poscirugía de exéresis.

Finalmente, un último grupo, poco numeroso en nuestra experiencia como causa de recidiva varicosa, se ha condicionado por la aparición de nuevos pun-

tos de fuga, que se relacionarían con la evolución de la enfermedad.

Creemos que del análisis de las causas de la recidiva varicosa debería inferirse que un mejor diagnóstico, estrategia y ejecución técnica de la cirugía varicosa redundaría en un mejor resultado de dicha cirugía.