

Recidivas de várices en miembros inferiores. Cómo evitarlas, cómo tratarlas?

Dr. Daniel García
Cirujano Cardiovascular – Torácico – Flebólogo
drdanielgarcia@yahoo.com.ar

Introducción:

El tratamiento de las várices de miembros inferiores requiere de un conocimiento anatómico, funcional, de un detallado examen físico y de estudios complementarios confiables, para que los resultados terapéuticos sean los esperados.

En la actualidad existen diferentes procedimientos terapéuticos que pueden incluirse desde los mínimamente invasivos hasta los mas invasivos.

El resultado terapéutico estará relacionado de acuerdo, a como fue evaluado ese paciente y si la técnica utilizada fue la correcta.

El objetivo de este capítulo es describir las causas mas frecuentes de várices recidivadas y como podríamos disminuir su incidencia.

Sinónimos: Safena interna = Safena Magna. Safena externa = Safena Parva.

Comenzaremos dando un concepto, a que llamamos várices recidivadas:

Concepto¹

- **Verdaderas venas varicosas recidivadas:** son las venas varicosas que estaban ausentes en las áreas operadas durante el exámen del primer mes de seguimiento alejado, pero que reaparecieron subsiguientemente en los sitios operados: sea como resultado de una neovascularización o de errores tácticos y/o técnicos.
- **Várices residuales:** son las venas varicosas que ya estaban presentes en los sitios operados en el exámen, a un mes de seguimiento alejado debido a errores tácticos o técnicos.
- **Nuevas venas varicosas:** son las venas varicosas que no estaban presentes en el seguimiento a un mes, sino que se desarrollaron más tarde en las áreas no operadas, debido a la progresión de la enfermedad. Eso se estableció mediante la comparación de los exámenes pre y postoperatorios así como también del puntaje anatómico CEAP.

Otros conceptos extraídos del Consenso que se llevó a cabo en Paris en 1998 ² sobre las recidivas según el método terapéutico empleado son los siguientes:

Recidiva varicosa: Reaparición o recurrencia de várices en un área previamente tratada satisfactoriamente.

Várices residuales: Venas varicosas que se mantienen luego del tratamiento.

PREVAIT: Presencia de várices, (residuales o recurrentes) luego de un tratamiento.

REVAS: Se limita sólo a pacientes tratados con cirugía.

REVATA: Recidivas posteriores a ablación láser.

Dentro de las clasificaciones de várices recidivadas existen distintas descripciones tanto de autores nacionales como de extranjeros. Dentro de algunas de ellas mencionaremos a los distintos autores:

Clasificación³

- Pozzi
- Perrin
- Stonebridge y col.
- Ruckley y Bradbury
- Schapira
- Lacour
- Pietravallo
- Eklof
- Altmann Canestri
- Amarin
- Darke

Cuando queremos detallar cual o cuales fueron las causas que generaron esas recidivas no son fáciles, dado que existen un sinnúmero de factores que solos o combinados pueden originarlas.

En el cuadro 1 se menciona un trabajo publicado por Perrin, Labropoulos y colab.⁴, en donde resumen las causas más frecuentes de recidivas en el seguimiento a 1 año de pacientes operados con técnica convencional.

Cuadro 1
Estudio REVAS (Perrin, Labropoulos, col..)
170 pac en 199 extremidades en período de 1 año.

%	Causa de la recidiva
17%	Origen pélvico o abd.
47%	Unión Saf-Fem. (falla técnica o neovascularización)
55%	Perforantes insuf.
27,4%	SVP

En este trabajo se puede observar que entre las perforantes insuficientes y las fallas técnicas o neovascularización tuvieron la mayor causa de recidivas.

Otra publicación de autores dinamarqueses⁵, describen un trabajo comparativo sobre las recidivas de pacientes operados con cirugía convencional versus laser endovascular y con un seguimiento a 5 años.(**Cuadro 2**).

Cuadro 2

Comparison of cumulative recurrence rates and source of reflux in patients 5 years after treatment with surgery or EVLA.

n = legs	Surgery (n = 68) Nº. (%)	EVLA (n = 69) Nº. (%)	P
Clinical recurrence	24 (35)	25 (36)	.9
Technical failure	2 (3)	3 (4)	.66
Reflux into the GSV	2 (8)	3 (12)	.66
Reflux into the AAGSV	3 (13)	6 (24)	.31
Reflux in the groin	1 (4)	2 (8)	.57
Reflux in thigh perforators	8 (33)	5 (20)	.37
Reflux in lower leg perforators	1 (4)	4 (16)	.18

AAGSV, Anterolateral accessory great saphenous vein; EVLA, endovenous laser ablation; GSV, great saphenous vein.

En esta publicación podemos ver que las recidivas tanto para la cirugía convencional como para el laser endovascular son similares con una P no significativa, pero cuando comparamos las recidivas por Vena Safena Anterior (AAGSV), se puede observar que la técnica laser presentó casi dos veces mas de frecuencia que la cirugía convencional. El hecho de no tratar los cayados cuando se hace laser endovascular puede dejar libre esta posibilidad.

Si observamos las causas de recidivas de mayor frecuencia, podemos ver que los reflujos por perforantes suelen ser significativos.

Si bien las recidivas son difíciles de evitar por mas que sigamos los pasos anteriores (Fig. 1, 2, 3), podemos disminuir su incidencia. A continuación, enunciamos cuales son los pilares fundamentales para poder mejorar ese índice:

1. **Evaluación clínica minuciosa:**
 - a) **Interrogatorio:** (tiempo de evolución, antecedentes quirúrgicos, traumáticos, cicatrices, lesiones tróficas, etc..).
 - b) **Auscultación:** en lugares que pudo haber traumatismo o existan lesiones en piel que nos puedan indicar alguna comunicación arterio-venosa mediante un soplo.
 - c) **Palpación:** mediante la misma podremos palpar los ostium de las perforantes directas, palpar induraciones como secuelas de tromboflebitis, dilataciones venosas superficiales, etc..
2. **Diagnóstico correcto:** a pesar de que nos parezca obvio, muchas veces recibimos al paciente ya estudiado y si no repetimos nosotros el ecodoppler, podemos dejar sin tratar algún punto de reflujo que seguramente será una causa de recidiva como ya describimos.
3. **Terapéutica adecuada a la patología que el paciente presenta:** es tal vez lo mas difícil porque el cirujano tiene que emplear la técnica más eficiente para esa enfermedad. Algunas veces no se pueden implementar por los antecedentes patológicos del paciente o alto riesgo

quirúrgico, motivo por el cual puede que el procedimiento alternativo no sea el mas adecuado.

4. **Seguimiento postoperatorio:** el seguimiento evolutivo es tan importante como los ítems anteriores. Si no tenemos seguimiento a corto y largo plazo, mal podríamos decir que no tenemos recidivas.

Por lo tanto, si respetamos esos pilares, que también podríamos llamarlos variables, seguramente no vamos a evitar las recidivas, pero sí, vamos a disminuir significativamente ese índice.

Algunas publicaciones dan un rango excesivamente amplio de recidivas, a los 5 años, que van del 20% al 80%. Si un cirujano tiene un 80% de recidivas a los 5 años debería replantearse que algo no está haciendo bien.

Desde la experiencia personal las causas mas vistas, en los últimos 25 años, fueron las siguientes (Fig. 1, 2 y 3):

- **Persistencia del reflujo.**
- **Omisión del tratamiento de perforantes indirectas o directas.**
- **Error diagnóstico.**
- **Resección quirúrgica insuficiente.**

Como verán, el error diagnóstico juega un papel fundamental a tener en cuenta en el momento de la evaluación del paciente.



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

¿Como evitar los malos resultados?

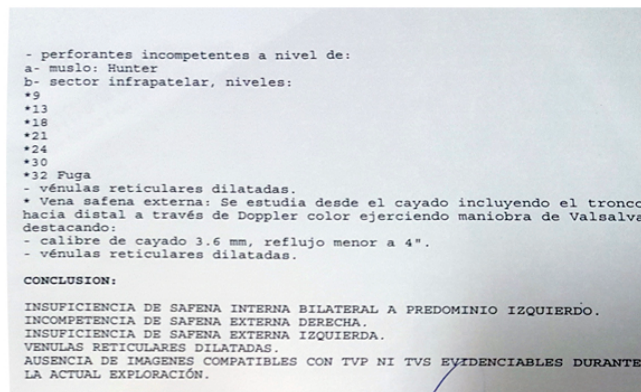
Es imprescindible que el examen físico, el ecodoppler y el tratamiento de esta patología, la realice el médico cirujano a cargo del paciente y evitar intermediarios en donde seguramente van a surgir algunos errores, sean diagnósticos y/o terapéuticos.

El ecodoppler es en la actualidad el Gold Standard para el diagnóstico y evaluación funcional de las enfermedades venosas tanto superficiales como profundas incluyendo las perforantes.

Ecodoppler mal Informados

Diariamente observamos en nuestro consultorio, informes de ecodoppler como el que se muestra a continuación. A este paciente, le habían indicado un tratamiento de ambas venas safenas internas y externas.

Por respeto al que realizó el estudio y a la paciente pondremos solamente la conclusión o informe resumido del estudio: **Fig. 4**



- perforantes incompetentes a nivel de:
a- muslo: Hunter
b- sector infrapatelar, niveles:
*9
*13
*18
*21
*24
*30
*32 Fuga
- vénulas reticulares dilatadas.
* Vena safena externa: Se estudia desde el cayado incluyendo el tronco hacia distal a través de Doppler color ejerciendo maniobra de Valsalva destacando:
- calibre de cayado 3.6 mm, reflujo menor a 4".
- vénulas reticulares dilatadas.

CONCLUSION:
INSUFICIENCIA DE SAFENA INTERNA BILATERAL A PREDOMINIO IZQUIERDO.
INCOMPETENCIA DE SAFENA EXTERNA DERECHA.
INSUFICIENCIA DE SAFENA EXTERNA IZQUIERDA.
VENULAS RETICULARES DILATADAS.
AUSENCIA DE IMAGENES COMPATIBLES CON TVP NI TVS EVIDENCIABLES DURANTE LA ACTUAL EXPLORACIÓN.

Fig. 4

Cuando vemos un informe como el anterior seguramente pensaremos en encontrar severas dilataciones varicosas o sintomáticas. Pero al revisar al paciente y no observar várices, excepto una reticular en cara interna de pierna derecha (imagen 4, flecha), se le repite el Ecodoppler en el consultorio observando que la paciente no tenía ningún signos de insuficiencia venosa superficial, perforante ni profunda. **Fig. 5 y 6.**



Fig. 5



Fig. 6

Éste hubiéase sido un caso de sobreindicación terapéutica.

Otra paciente consulta por edemas en ambos miembros inferiores, dentro del interrogatorio la paciente refiere antecedentes de cirugía de várices 5 años atrás, en el exámen físico se constata cicatrices en ambas regiones inguinales, algunas várices reticulares en piernas, pero en pantorrillas se palpaba dilatación del trayecto de las safenas menores. El edema era significativo, abarcando tobillos y pies compatibles con un linfedema secundario.

El Ecodoppler que traía la paciente informaba ausencia de ambas uniones safeno femorales con persistencia de ambos conductos safenos mayores con reflujo en todo su trayecto. Safenas menores de fino calibre y competentes. **Fig. 7.**

Las venas perforantes por sí solas son una de las causas mas frecuentes de recidivas ya sea por omisión o por tratamiento insuficiente ³.

Las Neovascularizaciones si bien está descriptas como una de las causas frecuentes de recidivas, requieren de un punto de reflujo, una vena que transmita ese reflujo y otra que lo exteriorice hacia la piel para poder observarlas. En la experiencia personal de realizar ecodoppler diarios se puede observar muñones de safena magna con neovascularización pero sin recidivas visibles. Otras veces observamos adenopatias con varices y reflujos en su interior pero no exteriorizadas a piel.

Los errores tácticos llamamos cuando uno se plantea realizarle un tratamiento determinado a un paciente y ese método y/o táctica fracaza al poco tiempo del postoperatorio dando como resultado las recidivas.

Los errores técnicos son todos aquellos que por diferentes problemas no pudimos realizar el tratamiento correspondiente o lo realizamos parcialmente. Esto va a llevar seguramente a una recidiva precoz de las várices.

Las várices pelvianas sea por insuficiencia hipogástricas, ováricas y/u otras causas intrapelvicas suelen ser de difícil diagnóstico y difícil tratamiento, dado que las recidivas son frecuentes aún cuando se realizó un tratamiento integral del mismo, entendiéndose por tal la colocación de stents en estenosis venosas profundas y/o compresiones extrínsecas como ocurre en los Sme de Nutcracker o Sme de May Thurner ⁶.

A continuación mostramos un caso mas de error diagnóstico que si se hubiese concretado hubiese sido un fracaso terapéutico:

Caso Clínico:

Paciente de 67 años que consulta como segunda opinión terapéutica. Otro profesional le había indicado una safenectomía interna convencional.

Se caracterizaba clínicamente por tener pesadez y cansancio de miembro inferior derecho. El ecodoppler que traía el paciente informaba: unión safeno femoral competente, conducto safeno interno insuficiente hasta tobillo, várices dependientes de dicho conducto.

Desde el punto de vista clínico el paciente tenía várices en cara interna de pierna derecha, pero al observar la región posterior se podía ver el origen en una perforante posterior baja del muslo. Sin duda que si le extraían la safena interna, iba a una recidiva a corto plazo por persistencia del reflujo de dicha perforante (**Fig.: 11, 12, 13 y 14**).

Error en el diagnóstico Clínico y en el ecodoppler



Fig. 11



Fig. 12

Las perforantes del muslo también son causas de recidivas si no se tratan correctamente, motivo por el cual se debería conocer anatómicamente las mismas para no obviar el estudio durante el exámen de ecodoppler.

Podríamos escribir un libro exclusivamente con estos ejemplos, pero concluiremos este capítulo resumiendo cuales serían los pilares fundamentales que deberíamos respetar para poder disminuir el índice de recidivas.

Pilares Fundamentales para tener un buen resultado terapéutico

- a) Evaluación clínica minuciosa
- b) Diagnóstico Correcto
- c) Terapéutica adecuada a la patología que el paciente presenta
- d) Seguimiento postoperatorio

Si en nuestro consultorio pudiésemos tener un ecodoppler a disposición nuestra, seguramente podríamos hacer el diagnóstico en el 80% de los casos en la primera consulta del paciente y de esta forma disminuiríamos el índice de error diagnóstico.

También debemos destacar la importancia que tiene que el cirujano vea al paciente, lo estudie y lo trate, evitando equivocaciones y/o errores por mal interpretación de la patología que el mismo presenta.

Las técnicas empleadas dijimos que no todas tienen el mismo resultado a largo plazo, motivo por el cual debemos seleccionar la mejor técnica de acuerdo a los factores de riesgo que tenga el paciente.

Por último, que deberíamos lograr si optamos por la técnica quirúrgica convencional?, sin duda que deberíamos tener un conocimiento anatómico detallado de la región a operar, hacer incisiones lo mas estéticas posibles y lograr un tratamiento integral de toda la patología que le paciente presenta. (Fig. 15, 16, 17 y 18).



Fig. 15

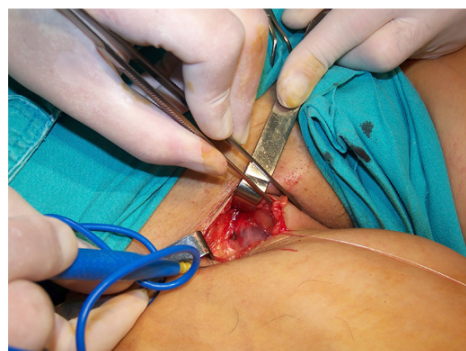


Fig. 16

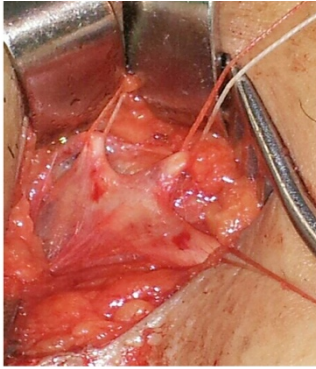


Fig. 17



Fig. 18

Las recidivas de várices no se pueden evitar pero sí podemos disminuir significativamente ese índice de recidiva.

Bibliografía:

- 1- Dres. Kostas T, Ioannou CV, Touloupakis E, et al. Fuente: Comentario y resumen objetivo: Dr. Rodolfo Altrudi [Eur J Vasc Endovasc Surg. 2004 Mar;27\(3\):275-82](#)
- 2- Perrin MR, Guex JJ, Ruckley VC, de Palma RG, Royle JP, Eklof B, Nicolini P, Jantet G and the REVAS group. Cardiovascular Surgery June 2000; 8(4).
- 3- *Tratado de Patología Venosa y Linfática. Cap. 23. Varices Recidivadas* Dr. Roberto Simkin.
- 4- Perrin MR, Labropoulos N, Leon LR. Presentation of the patient with recurrent varices after surgery. *J Vasc Surg* 2006; 43: 327-34.
- 5- Randomized clinical trial comparing endovenous laser ablation and stripping of the great saphenous vein with clinical and duplex outcome after 5 years. Lars Rasmussen, MD, Martin Lawaetz, MB, Lars Bjoern, MD, Allan Blemings, MSc, and Bo Eklof, MD, PhD. Naestved, Denmark
- 6- Marcelo Dándolo, Marcelo Pataro y colab. Revista Sociedad Argentina de Flebología. Flebología 2017;4 , N 2:38-45

dr.danielgarcia@yahoo.com.ar