

Trabajo original

Incidencia de neovascularización inguinal y venas varicosas recurrentes en pacientes sometidos a safenectomía mayor hace tres años

Dra. María de la Luz Heredia Porto,* Dr. Julio Serrano Lozano,* Dra. Nora Elena Sánchez Nicolat,* Dr. Juan Carlos Moreno Rojas,* Dr. José Luis Gutiérrez Ferreira*

RESUMEN

Introducción: La insuficiencia venosa crónica constituye la primera causa de atención dentro de la especialidad. Más de 20% de las cirugías venosas son por recurrencia. Las causas de las venas recurrentes son: la neovascularización y la falla en la técnica quirúrgica. La neovascularización es parte de la secuencia normal de curación de una herida. El diagnóstico de la neovascularización puede hacerse mediante: criterios bioquímicos, morfológicos histológicos y por ultrasonido Doppler Dúplex.

Objetivo: Determinar la incidencia de neovascularización inguinal y venas varicosas recurrentes en pacientes sometidos a safenectomía total interna hace tres años en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular en el HRLALM.

Material y métodos: Los pacientes operados de safenectomía mayor en el año 2004, con ligadura safenofemoral y resección de safena. Se realizó interrogatorio, exploración física y Ultrasonido Doppler Dúplex Venoso con transductor lineal de 7.5 Mhz.

Resultados: Se dividieron a los pacientes en dos grupos: grupo N sin recurrencia venosa clínica y grupo V con recurrencia clínica de venas. Un total 118 pacientes: 89 (75.4%) sin recurrencia y 29 (24.5%) con recurrencia. 11 (12.98%) pacientes con venas atípicas a nivel inguinofemoral demostrados con ultrasonido Doppler Dúplex; siete (8%) pacientes del grupo N (no recurrencia) y cuatro (14%) pacientes en el grupo V (con recurrencia); 8% de los pacientes del grupo N presentaron venas atípicas a nivel inguinofemoral, demostrado por ultrasonido, aun sin la presencia de nuevas venas clínicamente visibles en los miembros inferiores; 14% de los pacientes del grupo V presentaron venas atípicas inguinofemorales, lo cual se asoció a la presencia de nuevas venas en las extremidades inferiores.

Conclusiones: La aparición de nuevas várices en la porción proximal del muslo define la recurrencia clínica pero no necesariamente la ultrasonográfica. Es imprescindible la realización de un Ultrasonido Doppler Dúplex Venoso en los pacientes con recurrencia de várices, para determinar la causa y orientar el tratamiento.

Palabras clave: Venas recurrentes, neovascularización inguinofemoral.

ABSTRACT

Introduction: The chronic venous insufficiency is the more frequent disease. More of 20% total surgeries are for recurrent varicose surgery. The causes of the recurrence are: technical error or neovascularization. The neovascularization is a normal part of wound repair sequence. The neovascularization diagnosis is by morphologic, histological, biochemical and Doppler Duplex Ultrasound findings.

Objective: To determinate the inguinal neovascularization incidence and varicose vein recurrence, on saphenofemoral stripping patients three years ago.

* Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE.

Material and methods: All saphenofemoral stripping surgeries done in 2004. With a new physical examination and a Colour Doppler Duplex Venous scan with a linear transductor 7.5 Mhz.

Results: A 118 total patients, divided in two groups: N group no recurrence, and V group with recurrence. 89 (75.4%) no recurrence and 29 (24.5%) with recurrence. 11 (12.98%) patients with atypical veins in the groin by ultrasound; seven (8%) N group patients (no recurrence) and four (14%) V group patients (with recurrence); 8% of the N group patients with atypical veins on the groin with Doppler Duplex scan, but without varicose vein in the legs; 14% on the V group patients, with atypical veins on the groin and were associated with varicose vein on the legs.

Conclusions: The new varicose veins on the proximal leg are clinical recurrence, but no always ultrasonographic recurrence. The Colour Doppler Duplex scan is very important on the varicose vein recurrence patients, to determinate the causes and determinate the best treatment.

Key words: Recurrent veins, inguinofemoral neovascularization.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia venosa crónica constituye la primera causa de atención médica dentro de la especialidad. Más de 35% de los adultos en EEUU son portadores de IVC. Se estima un gasto anual de 100,000 millones de dólares en el tratamiento de este padecimiento y se pierden 4.6 millones de días de trabajo.

La cirugía para la enfermedad venosa es el procedimiento quirúrgico electivo más frecuentemente realizado. De 100,000 cirugías realizadas por año en Reino Unido por várices, 20% son por recurrencia. Por lo que se estima una recurrencia de 20-80% en términos generales.

La causa de las venas recurrentes permanece aún como un misterio. Entre ellas se mencionan:

- Falla en técnica quirúrgica.
- Neovascularización.

Si la falla técnica quirúrgica es excluida, la mayoría de las venas recurrentes son resultado de incompetencia inguinal y vasos de neoformación.

La neovascularización es parte de la secuencia normal de curación de una herida, mediante hipoxia, activación de células endoteliales, liberación de factor de crecimiento endotelial y de fibroblastos, para permitir la formación de conexiones arteriovenosas y la reperfusión de los tejidos en proceso de cicatrización.

El diagnóstico de la neovascularización puede hacerse mediante criterios bioquímicos, morfológicos, histológicos y por Ultrasonido Doppler Dúplex.

Los hallazgos ultrasonográficos de la neovascularización son: ausencia quirúrgica del cayado safenofemoral, irregularidad en la pared anterior de la vena femoral y la presencia de tributarias serpiginosas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron los expedientes de los pacientes operados de safenectomía total interna en el año 2004, con diagnóstico de enfermedad venosa crónica. Se citaron 118 pacientes a la consulta del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, donde se les realizó Historia Clínica y Ultrasonido Doppler Dúplex Venoso. Así determinamos la presencia o ausencia de recurrencia venosa mediante la identificación en la exploración física de la presencia de telangiectasias, venas reticulares, venas varicosas, cambios de coloración cutánea, la presencia de lipodermatosclerosis, úlceras. Se realizó Ultrasonido Doppler Dúplex Venoso con un transductor de 7.5 Mhz (Sonosite TITAN) de las extremidades inferiores operadas (*Figuras 1 y 2*) y se consideró positivo cuando:

- Se evidenció ausencia quirúrgica del cayado safenofemoral.
- La presencia de venas atípicas menores de 5 mm que conectan con la vena femoral.



Figura 1. Muñón de vena safena ligada a nivel de la cara anterior de la vena femoral.



Figura 2. Presencia de venas recurrentes con reflujo a nivel de muñón safeno.

- La presencia de reflujo venoso a nivel del muñón safeno.

RESULTADOS

Se dividieron los pacientes en dos grupos: grupo N sin recurrencia venosa clínica y grupo V con recurrencia clínica de venas. El grupo N consistió en 89 pacientes y el grupo V con 29 pacientes (*Cuadro I*).

En el grupo N se encontró la presencia de AHF 76 (85%) casos, uso de hormonas: 0 (0%), embarazos: tres (3%), sedentarismo: 56 (63%), bipedestación: 73 (82%), escleroterapia: 16 (18%), constipación: 33 (37%), dolor: cuatro (4%), parestesias: 16 (18%), disestesias: uno (1%), edema: 22 (25%), telangiectasias: 19 (21%), venas reticulares: tres (3%), venas varicosas: 21 (24%), cambios de coloración: nueve (10%), lipodermatoesclerosis: 0 (0%), úlceras: 0 (0%), ausencia de cayado safenofemoral: 89 (100%), venas atípicas a nivel inguinofemoral: siete (8%), reflujo a nivel del muñón safeno: siete (8%) (*Cuadro II*).

En el grupo V identificamos AHF: 21 (72%), uso de hormonas: tres (10.3%), embarazos: cuatro (14%), sedentarismo: nueve (31%), bipedestación: 13 (45%), escleroterapia: 26 (90%), constipación: 26 (90%), dolor: 25 (86%), parestesias: 21 (72%), disestesias: cuatro (14%), edema: seis (27%), telangiectasias: cinco (17%), venas reticulares: dos (76%), venas varicosas: siete (24%), cambios de coloración: tres (10%), lipodermatoesclerosis: uno (3%), úlceras: 0 (0%), ausencia de cayado safenofemoral: 29 (100%), venas atípicas a nivel inguinofemoral: cuatro (14%), reflujo a nivel del muñón safeno: cuatro (14%) (*Cuadro II*).

Por lo tanto, con un total 118 pacientes: 89 (75.4%) sin recurrencia y 29 (24.5%) con recurrencia (*Figura 3*). 11 (12.98%) pacientes con venas atípicas a nivel inguinofemoral. Siete (8%) pacientes del grupo N (no recurrencia) y cuatro (14%) pacientes en el grupo V (con recurrencia). 8% de los pacientes del grupo N presentaron venas atípicas a nivel inguinofemoral, aun sin la presencia de nuevas venas clínicamente visibles en los miembros inferiores. 14% de los pacientes del grupo V presentaron venas atípicas inguinofemorales, lo cual se asoció a la presencia de nuevas venas en las extremidades inferiores.

DISCUSIÓN

La recurrencia de las venas varicosas posteriores a la cirugía abierta convencional de la safenectomía total interna permanece como un problema significativo y aproximadamente 20% y hasta 70% de las cirugías son reoperaciones.¹

De acuerdo con la opinión actual,² la tasa más baja de reflujo recurrente posterior a la cirugía de safenectomía puede ser esperada si la vena safena es resecada con ligadura de la unión safenofemoral en la cara anterior de la vena femoral común y la interrupción de todas las venas tributarias proxi-

CUADRO I

Diferencias de las variables demográficas y antecedentes de los grupos

Grupo	Grupo N (n = 89)	Grupo V (n = 29)	Valor de p
Sexo	Femenino 63 (71%)	Masculino 26 (29%)	Femenino 26 (90%)
Edad*	50 ± 8.29	46 ± 5.46	p < 0.05*

CUADRO II

Diferencias de los resultados ultrasonográficos entre los grupos

Grupo	Grupo N (n = 89)	Grupo V (n = 29)	Valor de p
Ausencia de cayado	89 (100%)	29 (100%)	p > 0.05
Venas atípicas	7 (8%)	4 (14%)	p > 0.05*
Reflujo de muñón	7 (8%)	4 (14%)	p < 0.05*

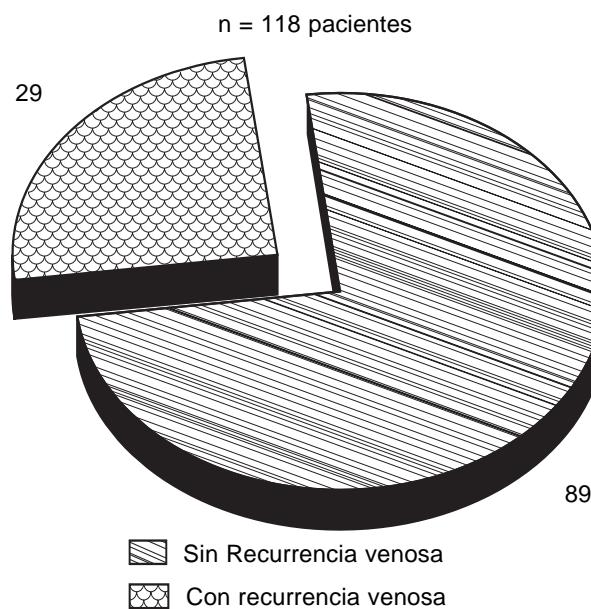


Figura 3. Porcentaje de pacientes con y sin recurrencia varicosa.

males, lo que corresponde con los hallazgos de nuestros pacientes, a los cuales se les realizó una correcta cirugía con ligadura y resección del cayado safenofemoral.

De acuerdo con lo reportado en la literatura mundial, la recurrencia de las venas varicosas ocurre generalmente en el periodo comprendido entre los 5 y los 11 años, en nuestros pacientes se identificó un porcentaje de recurrencia de 14% en un periodo de tres años.

La aparición de nuevas várices en la porción proximal del muslo define la recurrencia pero no necesariamente una recurrencia safenofemoral según algunos autores y corresponde con los hallazgos en nuestro trabajo, donde 29 pacientes presentaron venas recurrentes, pero sólo cuatro (14%) tuvieron la presencia de venas atípicas a nivel de la región inguinofemoral y con reflujo.

De la clasificación de los patrones de venas varicosas recurrentes que está reportado en la literatura:

- Un solo lumen (diámetro menor a 3 mm).
- Un solo lumen grande (diámetro mayor 3 mm).
- Múltiples vasos pequeños.
- No conexión entre la vena femoral común y las venas superficiales en la ingle.³

En el presente estudio encontramos que el patrón más observado en nuestros pacientes fue el de múltiples vasos pequeños que conectan directamente con la vena femoral.⁴

CONCLUSIONES

La aparición de nuevas várices en la porción proximal del muslo define la recurrencia clínica pero no necesariamente la ultrasonográfica.

Es imprescindible la realización de un Ultrasonido Doppler Dúplex Venoso en los pacientes con recurrencia de várices, para determinar la causa y orientar el tratamiento.

REFERENCIAS

1. Merlo I, Parente Ben Hur J. Várices y telangiectasias. Diagnóstico y Tratamiento. AMOLCA 2007.
2. Geier B, Olbrich S. Validity of the macroscopic identification of neovascularization at the saphenofemoral junction by the operating surgeon. *J Vasc Surg* 2005; 41(1): 64-8.
3. Stucker M, Netz C. Histomorphologic classification of recurrent saphenofemoral reflux. *J Vasc Surg* 2004; 39(4): 816-21.
4. Perrin MR, Labropoulos N. Presentation of the patient with recurrent varices after surgery (REVAS). *J Vasc Surg* 2006; 43(2): 327-34.
5. Fischer R, Linde N. Late recurrent saphenofemoral junction reflux after ligation and stripping of the greater saphenous vein. *J Vasc Surg* 2001; 34(2): 236-40.
6. Mosel Eifel Klinik. Reduction of neoreflux after correctly performed ligation of the saphenofemoral junction. A Randomized trial. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2004; 28: 246-52.

7. Winterborn RJ, Foy C. Causes of varicose vein recurrence: Late results of a randomized controlled trial of stripping the long saphenous vein. *J Vasc Surg* 2004; 40(4): 634-9.
8. Kostas T, Ioannou CV. Recurrent varicose veins after surgery: A new appraisal of a common and complex problem in vascular surgery. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2004; 27: 275-82.
9. van Rij AM, Jones GT. Neovascularization and recurrent varicose veins: More histologic and ultrasound evidence. *J Vasc Surg* 2004; 40(2): 296-302.
10. Fischer R, Chandler JG. Patient characteristics and physician determined variables affecting saphenofemoral reflux recurrence after ligation and stripping of the great saphenous vein. *J Vasc Surg* 2006; 43(1): 81.e1-81.e8.
11. Wong JK, Duncan JL. Whole leg mapping for varicose veins: Observations on patterns of reflux in recurrent and primary legs, with clinical correlation. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2003; 25: 267-75.
12. Coleridge Smith P, Labropoulos N. Duplex ultrasound investigation of the veins in chronic venous disease of the lower limbs - UIP Consensus document. Part I. Basic principles. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2006; 31: 83-92.
13. Cavezzi A, Labropoulos N. Duplex ultrasound investigation of the veins in chronic venous disease of the lower limbs - UIP Consensus document. Part II. Anatomy. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2006; 31: 288-9.
14. Ali SM, Callam MJ. Results and significance of colour duplex assessment of the deep venous system in recurrent varicose veins. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007; 34: 97-101.

Correspondencia:

Dra. María de la Luz Heredia Porto
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE
Av. Paloma Negra No. 55, Col. Benito Juárez,
Cd. Nezahualcoyotl, Estado de México.
Tel.: (55) 2232 9257