

Trabajo del Instituto de Cirugía para Post-Graduados
Director: Prof. Dr. Eduardo Blanco Acevedo

POR QUE PUEDEN RECIDIVAR LAS VARICES, LUEGO DE REALIZADA UNA SAFENECTOMIA TOTAL (*)

Dr. Jorge L. Rodríguez Juanotena

La terapéutica quirúrgica de las várices esenciales está en plena discusión y evolución. Numerosos procedimientos, quirúrgicos, esclerosantes o combinados se han realizado por los diversos autores, teniendo cada uno de ellos sus fervientes partidarios y sus detractores sistemáticos. Desde que Trendelenburg ⁽¹⁵⁾, en 1890, describió la ligadura de la safena interna en el muslo, hasta la época actual, muchos años han transcurrido, muchas intervenciones han sido propuestas y al conocerse los resultados alejados, se tiene la suficiente experiencia sobre la eficacia de ellos.

Está perfectamente demostrado que el tratamiento esclerosante aislado es el que da mayor porcentaje de recidivas; por ello los procedimientos que gozan de las preferencias de casi todos los cirujanos, son o el quirúrgico aislado o el combinado, quirúrgico-esclerosante. Este último presenta algunos inconvenientes: la cantidad de líquido esclerosante puede haber sido insuficiente y quedan venas sin trombosarse, necesitando su tratamiento ulterior, o la inversa, la cantidad de líquido esclerosante fué excesiva y la trombosis alcanzó al sistema profundo, con los peligros consiguientes; o aún cuando el volumen del líquido esclerosante era el adecuado, debido a que se produjo una flebitis química muy intensa, con gran dolor, tumefacción, fiebre, etc., el enfermo permaneció en cama, inmóvil y la éstasis venosa facilitó la producción de la trombosis profunda.

Aunque el método combinado es preconizado por autores de

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 28 de mayo de 1952.

gran experiencia como Oschner y Mahorner⁽⁹⁾, Foote⁽³⁾, Mairano⁽⁵⁾, Martorell⁽⁶⁾, etc., por presentar esos peligros, que aunque no muy frecuentes son reales, muchos cirujanos prefieren el tratamiento quirúrgico aislado.

Dentro de éste, es conocido que la ligadura y resección del cayado de la safena interna con todos sus afluentes, tiene indicaciones limitadas, que hacen que su ejecución como operación única, no sea frecuente. La mayoría de las veces es necesario actuar también sobre comunicantes, ya del muslo, o de la pierna.

La operación primera propuesta fué la safenectomía total, haciendo una gran incisión que toma prácticamente toda la cara interna del miembro inferior, Terrier-Alglave⁽¹⁶⁾, Madelung⁽¹⁷⁾ o la extirpación subcutánea, por medio de instrumentos especiales, de los cuales los más conocidos y primeros en usarse fueron el enucleador de Mayo⁽⁸⁾ y el fleboextractor de Babcock⁽¹⁾. Estas operaciones se abandonaron paulatinamente y se comenzó a ligar y resecar aisladamente cada una de las comunicantes insuficientes. Como la localización exacta de dichas comunicantes a veces es un poco difícil y la operación, si son muchas las comunicantes insuficientes, es engorrosa de realizar, en los últimos años parece insinuarse una corriente a favor de la extirpación subcutánea de la safena por medio del fleboextractor de Babcock o instrumentos semejantes. Tal corriente ha sido también estimulada, porque al suprimirse el reposo a que se sometían los enfermos operados, han desaparecido casi completamente las complicaciones que gravitaban sobre tal operación.

Si se realiza esa intervención parece superfluo que sea necesario localizar exactamente las comunicantes insuficientes, pues serán arrancadas al realizar la fleboextracción. Así podemos leer autores como Benchimol⁽²⁾ que dicen: "prescindimos, por ahora, de todas las pruebas que pretenden reconocer las comunicantes insuficientes".

Sin embargo, luego de realizada una safenectomía total de la safena interna, con técnica correcta, pueden recidivar las várices que asentaban en ese territorio. ¿Cómo es posible que recidiven las várices una vez extirpada la vena enferma, ligado y resecado el cayado, extirpadas las comunicantes que iban al tronco principal? A propósito de un caso clínico que tuvimos

oportunidad de tratar, analizaremos la razón de ese hecho que a primera vista parece improbable.

En un artículo nuestro ⁽¹⁰⁾ analizamos las indicaciones de la safenectomía total y decíamos que eran várices donde “a la insuficiencia del cayado se le agrega una insuficiencia notable de una o varias comunicantes”. Decíamos también en dicho artículo, que la safenectomía total ya no se realiza con la primitiva técnica de Terrier-Alglave, que deja una cicatriz inconveniente del doble punto de vista estético y funcional, sino que se realiza la fleboextracción, hecha con instrumentos especiales. No nos referiremos a las recidivas luego de ligadura y resección del cayado y ligadura y resección aislada de las comunicantes, pues se comprende fácilmente que con dicho procedimiento, una comunicante insuficiente puede haber pasado inadvertida y hacerse manifiesta un tiempo después de realizada la operación. En cambio cuando se realizó correctamente una safenectomía total, cuesta comprender cómo pueden haber comunicantes insuficientes en el territorio de la vena safena interna.

Este razonamiento surge de un falso conocimiento anatómico. El estudio del sistema venoso ha sido descuidado, tal vez por la gran importancia que se le dió siempre al sistema arterial. Al leer los libros clásicos de Anatomía, se encuentra casi siempre una descripción insuficiente de las venas comunicantes de pierna y se saca la conclusión de que ellas nacen del tronco principal de ambas safenas.

En realidad esto no es así; nuestras disecciones anatómicas ⁽¹¹⁾ no nos han demostrado esto. Hay comunicantes que nacen del tronco principal de las safenas, pero hay muchas que unen un afluente de la safena con una vena profunda. Muchas veces en la pierna, nacen de una vena situada 2 ó 3 ctms. por detrás de la safena interna, la cual termina ya en el muslo o en el cayado, formando entonces una safena interna doble. En nuestras disecciones ⁽¹¹⁾ encontramos dicha vena, que proponemos llamarle safena accesoria, en el 45 % de los casos.

Revisando la bibliografía encontramos que Hovelacque ⁽⁴⁾ dice en letra “chica”: “Les anastomoses (se refiere a las venas comunicantes) naissent beaucoup plus souvent des branches ac-

cessoires que du tronc" y recientemente Sherman (14) insiste en el mismo hecho anatómico.

Ahora se comprende cómo puede quedar una comunicante insuficiente al realizar una safenectomía total, ya se haga a cielo abierto (operación de Terrier-Alglave) o por el procedimiento de la tunelización o por la fleboextracción. En todos estos procedimientos se extirpa el tronco safeno interno y se ligan o extirpan las comunicantes que a él llegan, pero no se actúa sobre las comunicantes que llegan a una colateral de la safena. Si una de ellas es insuficiente, se comprende que las várices puedan recidivar.

Estamos hablando de recidivas; en realidad no son verdaderas recidivas, puesto que esas venas no fueron tratadas, pero para simplificar las cosas, debemos decir que empleamos el término recidiva en el sentido, que creemos muy práctico, en que lo emplea Salleras (12, 13): son várices aparecidas luego de una terapéutica quirúrgica realizada para obtener su curación.

Este hecho anatómico explica por qué las estadísticas muestran que los mejores resultados se obtienen con la ligadura y resección del cayado y la ligadura de las comunicantes insuficientes, previa localización precisa, que con la safenectomía total u otros procedimientos. Conociendo estos hechos anatómicos, ya en el trabajo citado (10) recomendábamos tal conducta terapéutica.

Hechas estas consideraciones resumiremos la historia clínica siguiente que es demostrativa.

P. V., 54 años, uruguayo, casado, albañil. Libreta clínica 37429. Consulta en el Instituto de Cirugía para Post-Graduados por várices de su pierna derecha.

Dice que en el año 1926 se le realizó una operación sobre sus várices (el examen demuestra que fué una safenectomía total según la técnica de Terrier-Alglave). Quince años después volvieron a aparecer várices en esa misma pierna a la altura del tercio medio, predominando en la cara posterior e interna de la pierna. Desde que las observó fueron aumentando progresivamente de tamaño. Hace unos seis años se le realizó tratamiento esclerosante que no lo mejoró. Poco tiempo después aparecieron zonas de pigmentación en el tercio inferior de la pierna derecha, predominando en la cara interna. Desde hace unos seis meses presenta edema de esa pierna cuando está un tiempo prolongado en posición de pie, disminuyendo con la elevación del miembro. Ocho días antes de su consulta presentó una váricorragia externa de una várice

de la cara interna de la pierna, cediendo rápidamente con la terapéutica habitual.

No tiene antecedentes patológicos de importancia tanto personales, como familiares.

Examen clínico: Es un hombre con buen estado de nutrición, sin nada que llame la atención en la inspección de conjunto. El examen

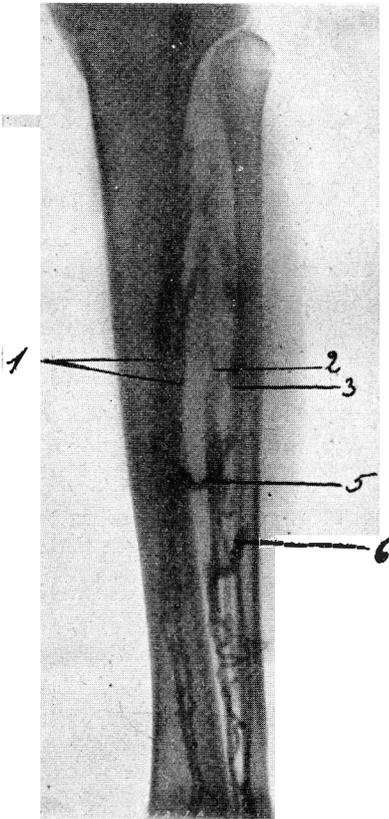


FIG. 1. — Flebografía. Frente. 1) Venas tibiales posteriores. 2) Vena peronea. 3) Vena safena externa. 5) Comunicante insuficiente entre safena externa y tibial posterior. 6) Comunicante insuficiente entre vena peronea y una vena superficial de cara posterior de pierna.

clínico, salvo su miembro inferior derecho, es normal. La inspección de dicho miembro nos muestra: cicatriz de safenectomía total; várices de tipo serpiginoso en las caras interna y posterior de pierna, tercio medio; en el tercio inferior, formando un manguito, pero predominando en la cara interna, hay una zona de pigmentación marrón violáceo como se ve en la angiodermatitis purpúrica y pigmentaria de la insuficiencia venosa crónica. A la palpación no se palpan venas trombosadas; en las zonas de piel pigmentada se observa el adelgazamiento de ésta y que puede desplazarse algo sobre los planos profundos. Los pulsos arteriales son perceptibles y su amplitud es normal; no se palpan adenopatías in-

guinales; el examen osteoarticular y neurológico es normal. La realización de las pruebas funcionales muestra lo siguiente: Prueba de Brodie-Trendelenburg, negativa; prueba de las ligaduras escalonadas, se observa que las várices se rellenan cuando se saca una ligadura situada a nivel de las tuberosidades tibiales; una ligadura puesta por encima

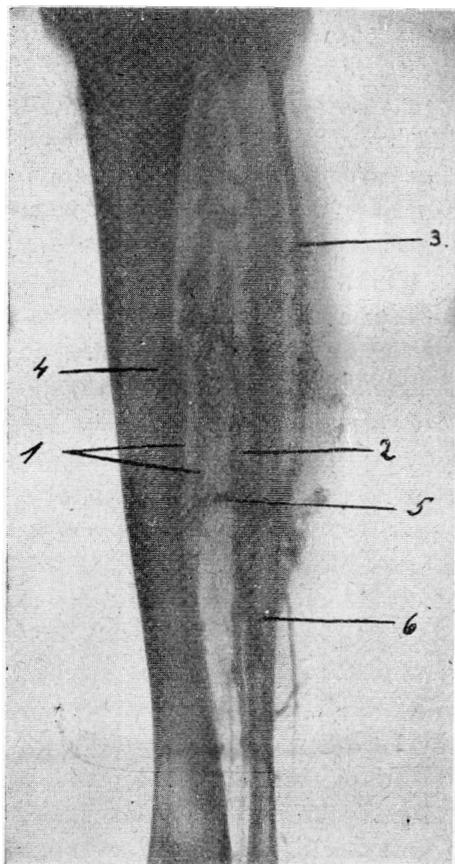


FIG. 2. — Flebografía. Perfil. 1) Venas tibiales posteriores. 2) Vena peronea. 3) Vena safena externa. 4) Comunicante insuficiente entre tibial posterior y afluyente de la safena interna. 5) Comunicante insuficiente entre safena externa y tibial posterior. 6) Comunicante insuficiente entre vena peronea y una vena superficial de cara posterior de pierna.

de los cóndilos femorales no detiene el reflujo. Los exámenes de laboratorio de rutina son normales.

El examen clínico nos hace el diagnóstico de várices de pierna por insuficiencia del cayado de la safena externa, ya que una ligadura situada a la altura de las tuberosidades tibiales (por encima de las comunicantes de pierna) evita todo relleno del sistema venoso, y si se pone a la altura de los cóndilos femorales, se rellena de nuevo, lo cual nos descarta la existencia

de comunicantes insuficientes en el muslo, lo mismo que la anastomosis entre ambas safenas. A pesar de ello, dado que sobre la cara interna de pierna hay un paquete más voluminoso, que siempre lo hemos encontrado en relación con una comunicante insuficiente a ese nivel, realizamos una flebografía para localizar comunicantes con la técnica descrita por Massell y Ettinger (7). Dicho estudio flebográfico (figs. 1 y 2) nos muestra que hay tres comunicantes insuficientes en la pierna, una entre un afluente de la vena extirpada y la tibial posterior (correspondía a la altura donde se veía el paquete varicoso señalado) otra entre la safena externa y la tibial posterior y la última entre la vena peronea y una vena superficial, que aunque posterior parece que no se une directamente a la safena externa.

A pesar de que la flebografía nos mostraba una comunicante insuficiente en cara interna de pierna, como la clínica no la ponía en evidencia, solamente ligamos y resecamos el cayado de la safena externa con sus colaterales. Desaparecieron las várices de la cara posterior casi en su totalidad, pero persistieron las de la cara interna de pierna, por lo cual un mes después procedimos a la ligadura aislada de las tres comunicantes demostradas por la flebografía: una en la cara interna de pierna que alimentaba el paquete varicoso, cuyo volumen nos llamó la atención y las otras dos que iban hacia la cara posterior de pierna. Con esta operación complementaria el paciente quedó libre de várices.

Como vemos, este caso es muy instructivo; el examen clínico nos hace el diagnóstico de várices por insuficiencia del cayado de la safena externa; el estudio flebográfico nos demuestra que hay tres comunicantes insuficientes, una de las cuales es afluente del territorio safeno interno. Por consiguiente la explicación de la recidiva de las várices en este caso, por lo menos en parte, se comprende por el hecho anatómico señalado anteriormente.

Como enseñanza que queremos hacer resaltar de este caso clínico, está: 1) la frecuencia de la existencia de venas comunicantes que unen afluentes de las safenas con el sistema profundo y como corolario, 2) la posibilidad de una recidiva, luego de realizada una safenectomía total. Como conclusión, que el mejor tratamiento de las várices, es la ligadura y resección del cayado con

ligadura y resección de comunicantes insuficientes, las cuales deben localizarse exactamente, realizando si es necesario la flebografía con la técnica correspondiente, para localizarlas y otras veces para ponerlas en evidencia.

Resumen

El autor, a propósito de un caso en el cual recidivaron las várices en el territorio de la safena interna, luego de realizada una safenectomía total, insiste en:

- 1) Que frecuentemente las venas comunicantes unen afluentes de las safenas con la circulación profunda;
- 2) Que por ese hecho anatómico la safenectomía total no pone completamente a cubierto de recidivas;
- 3) Que el mejor tratamiento de las várices es la ligadura y resección del cayado correspondiente, con la ligadura y resección de las comunicantes insuficientes, previa localización precisa.

BIBLIOGRAFIA

1. BABCOCK, W. W. — A new operation for the extirpation of varicose veins of the leg. *New York M. J.*, 86 : 153, 1907.
2. BENCHIMOL, A. S. — Insuficiencias venosas crónicas de los miembros inferiores. Ed. Artécnica. Buenos Aires. 1951.
3. FOOTE, R. R. — Varicose veins. Butterworth & Co. London. 1949.
4. HOVELACQUE, A. — Angéiologie. Systeme veineux. En Poirier, P.; Charpy, A. *Traité d'Anatomie Humaine*. T. II, Fas. 3. Paris. Masson y Cie. 1920.
5. MAIRANO, M. — Le varici e l'ulcera varicosa. Ed. Minerva Medica. Torino. 1949.
6. MARTORELLI, F. — El tratamiento de las várices. Edición Colección española de monografías médicas. Barcelona. 1941.
7. MADELUNG. — Ueber die ausschälung cirsoider varicen an den unteren extremitäten. *Verth. Dtsch. Ges. f. Chir.* 13 : 114, 1884.
7. MASSELL, T. B. y ETTINGER, J. — La flebografía en la localización de venas comunicantes insuficientes en enfermos con venas varicosas. *Anales de Cirugía*. 7 : 1238, 1948.
8. MAYO, C. H. — Treatment of varicose veins. *Surg. Gynec. Obst.* 2 : 385, 1906.
9. OCHSNER, A. and MAHORNER, H. — Varicose veins. S. V. Mosby Comp. St. Louis, 1939.
10. RODRIGUEZ JUANOTENA, J. L. — Tratamiento quirúrgico de las várices esenciales de los miembros inferiores. *Anales del Ateneo de Clínica Quirúrgica*. 17 : 123, 1951.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

11. RODRIGUEZ JUANOTENA, J. L. — Anatomía del sistema venoso del miembro inferior. Inédito.
12. SALLERAS, V. — Várices recidivadas. *Angiología*. 2 : 204, 1950.
13. SALLERAS, V. y BRULL, R. — Tratamiento quirúrgico de las várices esenciales. J. Janés, Editor. Barcelona, 1950.
14. SHERMANN, R. S. — Venas varicosas. *Anales de Cirugía*. 8 : 1237, 1949.
15. TRENDELENBURG, J. — Ueber die Unterwindung der vena saphena magna bei unterschenkelvaricen. *Beitr. z. Klin. Chir.* 7 : 195, 1890-1891.
16. TERRIER y F. ALGLAVE. — La résection totales des saphènes dans le traitement des varices superficielles des membres inférieurs et de leurs complications. *Rev. de Chr.* 34 : 217, 1906.

Dr. Prat. — Estoy completamente de acuerdo con la tesis presentada por el comunicante, de que la cirugía de las várices debe hacerse cuando son insuficientes las venas en el cayado de la safena interna o de la externa, y acompañada después esta extirpación por la ligadura de todas las comunicantes insuficientes; pero como eso no se puede obtener muy a menudo por las pruebas clínicas, creo que hoy día está consagrado y es de elección que se realice corrientemente la flebografía, porque además de las comunicantes que han pasado inadvertidas al cirujano, se han encontrado trombosis profundas, que han pasado también inadvertidas al clínico. Sabemos perfectamente hoy día, de acuerdo con los trabajos suecos de Bauer, franceses y americanos, que la trombosis, sobre todo en la pantorrilla, se produce bastante corrientemente sin dar síntomas de ninguna clase, a pesar de que tienen su sintomatología, aunque pueden quedar trombosis latentes y que después de la extirpación de las várices pueden aparecer úlceras varicosas, que muy a menudo obedecen a estas trombosis desconocidas.

De manera que creo que hoy día debe estar consagrada la flebografía, no digo sistemáticamente, porque establecer las cosas sistemáticamente en ciencia, puede ser inconveniente, pero debe hacerse ésta más corrientemente de lo que lo hacemos en nuestras clínicas y podremos, entonces, conocer mejor este problema y tratar mejor las várices.

Lo que dice nuestro comunicante está perfectamente de acuerdo con las conclusiones del hermoso trabajo sobre várices de Pierre Delbet, cuando se hace la safenectomía total, de la cual el campeón ha sido Alglave; observó Delbet que había bastantes recidivas cuando no se hacía una extirpación amplia y completa de la safena, desde el pie hasta el cayado, a unos seis u ocho centímetros de la arcada crural. Si se dejaba un pequeño segmento de safena interna, era eso bastante para dar una reproducción de las várices, una verdadera recidiva de las várices. Esto lo comprobó y lo puso bien de manifiesto el Profesor Delbet y entonces se consagró en la terapéutica de las várices, de que había que hacer una

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

extirpación completa de la safena hasta su desembocadura con la femoral y no sólo eso, sino extirpar también todas las venas afluentes que vienen a desembocar en el cayado.

Ahora bien: creo que corresponde, porque es un acto de justicia, destacar un hecho: nuestro comunicante con toda razón dijo que las várices han sido un poco descuidadas en su estudio, pero precisamente ha ocurrido lo que pasa casi siempre: ha citado de la biografía universal una serie de trabajos y le falta mencionar, quizás, uno de los más importantes de nuestro país. El Dr. Cendán Alfonzo ha hecho su tesis sobre las várices, pero el comunicante posiblemente no ha podido conocer ese trabajo tan importante del Dr. Cendán Alfonzo, porque creo que no está publicado. Como miembro del tribunal de la Agregación, lo conocía y después lo conocí más completamente aún, porque al hacer mi publicación de várices, comenté y reproduje y transcribí muchos elementos de ese trabajo. El Dr. Cendán Alfonzo es uno de los primeros que ha establecido la diferenciación neta entre comunicantes y perforantes, cosa que corrientemente los autores no lo hacen y realiza un estudio muy completo de la anatomía de las várices. Le hago un pequeño reproche al Dr. Cendán, de que después de haber hecho un trabajo tan brillante no lo haya complementado con la flebografía. Considero que en nuestro medio la tesis del Dr. Cendán, es uno de los trabajos más completos y acabados sobre várices, con datos nuevos y muy interesantes.

Dr. Palma. — Considero de interés el trabajo del Dr. Rodríguez Juanotena porque pone a punto una serie de hechos que generan recidivas, en el tratamiento efectuado en muchos pacientes varicosos. El desconocimiento de los métodos de examen funcional moderno de los trastornos varicosos de un miembro, hace que muchas veces se dejen en el acto operatorio primario, causas potenciales de recidivas.

A lo que ha señalado el comunicante sobre la existencia de una safena interna accesoria, le añadiría que a veces hay una safena anterior o una colateral externa del muslo de la safena interna, o aún la existencia de anastomosis con venas pudendas o isquiáticas, que son causas de recidivas de las várices, lo mismo que la existencia de comunicantes en la parte baja del muslo o en la pierna.

Concuerdo también con el comunicante en la importancia del examen clínico, en el cual por medio de las diversas maniobras, con pruebas estáticas o dinámicas, y sobre todo las pruebas de los lazos, con uno o varios lazos a varias alturas, se puede establecer con aproximación suficiente del estado del sistema venoso profundo, del sistema comunicante y del sistema superficial. Indudablemente hay algunos casos en que la flebografía es útil, porque permite establecer los hechos con seguridad, documentando el estado de la circulación profunda, la superficial y la comunicante, y además efectúa la localización topográfica de las venas comunicantes, lo mismo que de las válvulas insuficientes. La circulación venosa profunda no puede ser conocida con precisión sino por la flebografía; mediante los métodos clínicos se pueden estudiar bien

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

los sistemas venosos superficiales y comunicantes en muchos casos, pero no el sistema profundo, en el que muchas veces hay dudas que sólo la flebografía permite resolver.

Finalmente quiero señalar, concretando lo que acaba de decir el Profesor Prat, que el primer trabajo sobre flebografía en el Uruguay fué presentado en el año 1940 y publicado en 1941. Fueron las primeras flebografías varicosas hecha en nuestro país y nos pertenecen. Luego, el concurso de agregación interrumpió nuestros trabajos sobre las várices y pasaron casi diez años antes de que se reanudaran. Creo, como el comunicante, que la flebografía es un elemento capital e importante para establecer las causas de recidiva de várices o efectuar el estudio de casos difíciles. En consecuencia felicito al comunicante por su trabajo.

Dr. Peyrallo. — En las líneas generales, acuerdo con el trabajo del Dr. Rodríguez Juanotena; y además todos los que hemos examinado extirpaciones totales de safenas, sabemos que al cabo de los años muestran recidivas, palabra que está mal usada, y ya lo expresó el Dr. Rodríguez, pero que simplificando utilizamos. El hecho bien seguro es que en ese tiempo, cuando preconizaban esa operación no tenía el concepto, que se adquirió en los años ulteriores, de que toda la envoltura grasosa del muslo está surcada por una red y en ella pueden ir las perforantes que se unen al tronco de la safena o que están en cualquier otra parte de la red.

Quería hacer notar: no es posible todavía en nuestro medio facilitar ampliamente la flebografía, hacemos todos los esfuerzos y sin embargo nuestros equipos, nuestras posibilidades de trabajo no permiten hacer todas las que uno desearía. Entonces hay que atenerse a los elementos clínicos y a la exploración como lo dijo el Dr. Palma para poder llegar al diagnóstico de las perforantes; y ese diagnóstico suele ser bastante engañoso: más de una vez, uno cree, con absoluta seguridad, que ha diagnosticado clínicamente en determinado lugar una perforante, y en el acto operatorio las dificultades son bastante grandes como para no poder localizarla y ser necesario que nos conformemos con resecciones parciales.

En último término, haré una salvedad; nosotros seguimos defendiendo como tratamiento de las várices del sistema superficial, en las várices idiopáticas, el tratamiento combinado de resección y esclerosis, por los buenos resultados que ha dado en nuestras manos, y por no haber tenido complicaciones de ninguna clase. No quiere decir esto que lo erigimos como tratamiento sistemático y el hecho es que después de nuestra comunicación al primer congreso nacional de cirugía, hemos dejado el tratamiento esclerosante para hacer el tratamiento quirúrgico puro, y cuando tengamos un número similar de casos podremos ofrecer un estudio comparativo entre las dos clases de tratamiento. Es cuanto quería decir.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Dr. Marella. — Me parece interesante la comunicación traída aquí por el Dr. Rodríguez Juanotena.

En el enfermo a que se refiere el colega, había una insuficiencia de la safena externa y de una perforante venosa, con trastornos tróficos de la pierna.

De acuerdo con los conceptos de Gunnar Bauer, cuando existen trastornos tróficos de pierna y cuando se individualizan perforantes insuficientes, éstas no son la causa de aquéllos, sino que la causa está en una hipertensión venosa profunda, debida a una insuficiencia del sistema valvular del territorio venoso femoral, primitiva o secundaria a una tromboflebitis antigua de ese sistema.

Que la hipertensión venosa profunda, fuera en este caso la causa de la insuficiencia de las perforantes de la pierna y de los trastornos tróficos, se pudo haber demostrado, por la flebografía retrógrada de Bauer y tratarlo como propone este autor, con la ligadura y la resección de la vena poplítea.

Por un razonamiento inverso diríamos: que resulta difícil concebir en el caso que nos presenta el Dr. Rodríguez Juanotena, en un enfermo que tiene suprimida toda su safena interna, que una insuficiencia de su safena externa y de una perforante de pierna, sean causantes de un encharcamiento venoso tan importante, como para provocar trastornos tróficos como los que tenía este paciente.

Resumiendo creemos: que estos pacientes deben ser estudiados por la flebografía retrógrada y si existe insuficiencia venosa profunda, plantear la conveniencia de la resección de la vena poplítea.

Este criterio se ha seguido en la Clínica del Prof. Del Campo, aunque tenemos muy pocos casos para formarnos un criterio propio. Cuando contemos con un número suficiente de enfermos estudiados y tratados, que nos permitan extraer conclusiones, los traeremos aquí.

Dr. Cendán. — Lamento haber llegado tarde y no haber podido oír la comunicación del Dr. Rodríguez Juanotena, pero he tenido ocasión de escuchar los comentarios de algunos de los consocios, de los cuales he sacado algunas directivas para decir algunas cosas.

A propósito de lo que se ha dicho aquí respecto a la manera de encarar el tratamiento de la insuficiencia de las comunicantes, creo poder decir a través de lo que he tenido ocasión de observar en estos últimos tiempos, que la insuficiencia de las comunicantes es un estado patológico al cual se le ha dado excesiva importancia.

La insuficiencia de las comunicantes ha sido considerada como un punto muy importante a tratar cuando ella existe en la mayoría de los casos de várice, y en mi concepto la insuficiencia de las comunicantes no debe ser tratada por ligaduras ni por resección de comunicantes, ya que dicho estado patológico es consecuencia y no causa del estado varicoso profundo. Las comunicantes son vías de depresión y de defensa para las modificaciones tensionales entre el sistema profundo y el sistema superficial. Cuando las válvulas de las comunicantes fallan, es por-

que hay una hipertensión profunda y las venas luchan contra esa hipertensión, forzando las válvulas. Creo que para corregir esa hipertensión, no se consigue nada ligando las comunicantes; se crea al contrario una situación perjudicial. El tratamiento de esos casos debe ser el tratamiento causal, es decir suprimir la hipertensión venosa y para ello hay dos procedimientos: o la resección del cayado de la safena cuando la hipertensión es superficial, o ligadura de la femoral o de la poplítea cuando la hipertensión venosa es debida a una insuficiencia valvular profunda. Cuando la insuficiencia de las comunicantes es debida a una obstrucción de la circulación profunda, de nada vale hacer la resección ni la ligadura porque poco tiempo después las pequeñas perforantes intra-musculares que vinculan el sistema profundo al superficial se desarrollan y se restablece nuevamente la circulación de la profundidad a la superficie como una vía de suplencia.

No estoy de acuerdo con la terapéutica basada en la ligadura de las comunicantes para tratar su insuficiencia valvular; precisamente nosotros para evitar esa operación, a nuestro criterio, equivocada, hemos ideado una operación fisiológica, tendiente a crear un mecanismo valvular mediante la inclusión de las venas superficiales bajo la aponeurosis, en particular la safena interna, que es la que interesa, seccionando la aponeurosis de la pierna a lo largo de la safena frente a la desembocadura de las comunicantes insuficientes, introduciendo la safena debajo de la aponeurosis, y suturando ésta por encima de la vena, de modo de darle apoyo.

En esta forma nosotros no suprimimos la comunicante; le damos el apoyo aponeurótico que necesita su pared para que las válvulas vuelvan a ser suficientes. Por otra parte la experiencia muestra que cuando se practica la resección del cayado de la safena en enormes várices con insuficiencia de las comunicantes de la pierna, y se continúa vigilando periódicamente al enfermo, al cabo de seis meses o de un año, puede verse que una comunicante que parece que nunca iba a normalizarse, vuelve a ser suficiente. De manera que creo que tampoco debe realizarse una operación que pretende ser completa de entrada; debe irse a la resección del cayado como primer tiempo, y esperar el tiempo necesario para ver qué pasa con la comunicante.

En cuanto a lo que dice el Dr. Marella respecto a los trastornos tróficos, también creo que los trastornos tróficos obedecen a una hipertensión venosa profunda, explicándonos también en lo que debemos entender por hipertensión profunda venosa; es decir, tensión venosa persistente, porque la presión venosa en las venas del pie es la misma tanto en el sujeto sano como en el varicoso; en el varicoso es permanentemente alta, en el sujeto sano tiene variaciones fisiológicas en relación con el funcionamiento valvular, la movilización de los músculos y la acción de la marcha.

Dr. Rodríguez Juanotena. — En primer lugar tengo que agradecer a los consocios que se han ocupado de comentar esta pequeña comuni-

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

cación. Quiero simplemente aclarar que ella se refiere solamente a las recidivas del punto de vista de la insuficiencia de las comunicantes y de insistir en el hecho de que éstas no nacen con la frecuencia que se dice, del tronco de la safena interna, por lo cual no me referí a los otros puntos comentados por el Dr. Palma.

Con respecto al Dr. Prat, tengo que decir que conozco el trabajo del Dr. Cendán en la parte anatómica; no me referí a él, porque dice que las comunicantes nacen del tronco de la safena y no de afluentes. Y me referí a ese hecho anatómico, que explica este caso clínico.

En lo que respecta a lo que dice el Dr. Marella, nosotros conocemos esos trabajos, y en todas las várices que tienen signos de insuficiencia venosa crónica, hacemos la flebografía retrógrada con la técnica de Robertson, introduciendo un catéter hasta la vena poplítea y debemos decir que en la mayoría de los casos, no encontramos insuficiencia venosa profunda, a pesar de las lesiones que presentaban los enfermos. Estas conclusiones las sacamos con este método flebográfico, pues no hemos empleado otros.

