

NOTA DE OPINIÓN

VÁRICES PRIMARIAS DE LA REGIÓN POPLÍTEA LO QUE DEBE INFORMAR EL ECO DOPPLER

Por **Dr Jorge A. Pozzi**

Sanatorio Parque de Rosario e Instituto Cardiovascular de Rosario (ICR),
Ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fé, República Argentina

RESUMEN

En primer lugar se hace una introducción en la que se consideran la anatomía venosa de la región poplítea, la "anatomía" de los reflujos, el origen y profilaxis de la recidiva varicosa en dicha región, la frecuencia de dicha recidiva, el diagnóstico de las várices en general y el aporte del Eco Doppler a dicho diagnóstico.

Finalmente se exponen 6 hechos que necesariamente deben ser informados por el Eco Doppler en los miembros con várices primarias de la región poplítea, recidivadas o no.

ABSTRACT

An introduction is presented in which it is considered the information that must be given by Duplex scan in limbs with varicose vein of the popliteal fossa.

Finally six facts that necessarily have to be informed by Duplex scan in a limb with varicose veins of the popliteal fossa are presented.

I: Introducción

Para lograr un tratamiento eficaz de las várices primarias de cualquier localización es necesario contar con un diagnóstico preciso y exacto. En la actualidad este diagnóstico se logra casi siempre a través del Eco Doppler.

Para fundamentar las razones por las que en las várices primarias de la región poplítea se deben pedir obligadamente determinadas informaciones al Eco Doppler conviene hacer algunos comentarios previos.

Los mismos se refieren a:

1. Anatomía venosa de la región poplítea.
2. "Anatomía" de los reflujos.
3. Mecanismos de origen y profilaxis de la recidiva varicosa.
4. ¿Por qué hay tantas recidivas varicosas en la región poplítea?
5. Diagnóstico de la patología varicosa.
6. El Eco Doppler

Dadas las muchas similitudes existentes en el estudio tanto de las várices recidivadas como de las no recidivadas de esta región, se incluirán en este artículo ambas situaciones.

Hago notar que los comentarios que siguen son

aplicables tanto al tratamiento quirúrgico como a la escleroterapia, en ambos casos en cualquiera de sus formas.

1. Anatomía venosa de la región poplítea

En los miembros con várices primarias de la región poplítea hay 6 venas cuya anatomía es necesario conocer: safena externa, perforante poplítea, gemelar, de Giacomini, femoro-poplítea y ciática. La insuficiencia de cualquiera de ellas puede originar várices primarias, incluso recidivadas. Por su jerarquía anatómica y su significado patológico la principal es la safena externa.

En este apartado sobre Anatomía me referiré sólo al lugar de terminación de cada una de las citadas venas. Ello se debe a la importancia superlativa que tiene esta información desde el punto de vista del tratamiento, según se verá más abajo.

Safena externa

En poco más de las 2/3 partes de los seres humanos la safena externa termina donde señalan los libros clásicos de Anatomía, es decir, en la poplítea. En el resto la topografía de dicha terminación es variable dado que puede estar en la safena interna, en la femoral profunda, en la

femoral superficial, en venas subcutáneas de la cara posterior del muslo e, incluso, en una de las venas profundas de la pierna.

Perforante poplítea

Termina en la poplítea por encima de la desembocadura de la safena externa. Puede hacerlo también en la safena externa, aunque esto ocurre con poca frecuencia.

Gemelar

Termina en la poplítea aunque, a veces, también lo hace en la safena externa.

Giacomini

Comienza en el cayado de la safena externa y termina en la porción más proximal del conducto safeno interno.

Femoropoplítea

Comienza en el cayado de la safena externa y termina en la femoral superficial.

Ciática

Se inicia en la región poplítea y termina en la pelvis.

2. “Anatomía” de los reflujos

En un reflujo se puede reconocer: un punto de origen, un trayecto y, a veces, un punto distal de insuficiencia.

El punto de origen del reflujo es el lugar más proximal donde se puede demostrar flujo sanguíneo que se aleja del corazón.

El trayecto de reflujo está compuesto por las venas por las que el reflujo se vehiculiza desde su punto de origen hasta los tejidos que sufren las consecuencias del mismo (otras venas o tejido celular subcutáneo, por ejemplo).

El punto distal de insuficiencia es el lugar más distal de una vena donde puede demostrarse flujo sanguíneo que se aleja del corazón.

Es un hecho generalmente aceptado que para tratar adecuadamente un miembro varicoso y evitar la recidiva es fundamental bloquear todos los puntos de origen del reflujo y, accesoriamente, eliminar el trayecto de reflujo hasta el punto distal de insuficiencia.

El tratamiento del varicoso recidivado se basa en los mismos principios.

En general el punto de origen del reflujo existente en una vena superficial está en el sitio donde ésta termina en una vena profunda.

Pero no siempre es así y podemos tomar como ejemplo a una safena externa insuficiente con unión safenopoplítea continente en que el reflujo se vehiculiza desde la safena interna o,

incluso, desde venas pelvianas por la vena de Giacomini.

Con relación a la safena externa el problema es que al poder estar su terminación en lugares muy variados el punto de origen del reflujo que hay que bloquear también lo está y esto exige una precisión diagnóstica muy grande.

3. Mecanismos de origen y profilaxis de la recidiva varicosa

Una visión bastante simplificada del problema permitiría decir que hay 4 mecanismos de origen de recidiva varicosa: terreno varicoso, neoangiogénesis, fallas en el diagnóstico y fallas en el tratamiento.

Para la región poplítea podría agregarse un quinto mecanismo: la particular hemodinamia venosa en la región, tema del que se habla desde hace tiempo pero más con teorizaciones que con hechos debidamente comprobados.

Se denomina terreno varicoso a la predisposición congénita a padecer várices. No puede hacerse mucho para prevenir las recidivas por terreno varicoso.

La neoangiogénesis, es decir, la formación de nuevos vasos, es un hecho común a todos los procesos inflamatorios, no importa su etiología, y puede conducir a recidiva cuando es excesiva y permite la recanalización de venas distales a las que transmite reflujo. Cuando el tratamiento que se instaura es quirúrgico debe tratarse de evitar la neoangiogénesis excesiva mediante el uso de una técnica quirúrgica depurada que evite la mortificación de los tejidos y que prevenga la formación de hematomas.

Las fallas en el diagnóstico y en el tratamiento se evitan con el simple expediente de trabajar bien, respetando todas las reglas del arte actualmente aceptadas.

4. ¿Por qué hay tantas recidivas varicosas en la región poplítea?

Hay 3 razones:

a: Las várices de la región poplítea son menos frecuentes que las de la ingle y, en consecuencia, los flebólogos tienen, comparativamente hablando, menor experiencia con ellas.

b: La ya citada compleja anatomía de la región.
-lugares diversos de terminación de la safena externa.
-existencia de otras venas en la región, además de la safena externa, cuya insufi-

ciencia puede conducir a la aparición de recidiva.

c: Frecuente existencia de fallas diagnósticas y de fallas técnicas.

Dentro de esta amplia gama de razones que llevan a la recidiva, en el presente trabajo me referiré sólo a las recidivas y re-recidivas por fallas diagnósticas previas al tratamiento. Son las causas más comunes, así lo creo, de recidiva varicosa.

Este concepto vale para todas las localizaciones de la enfermedad varicosa pero, en particular, para la de la región poplítea.

5. Diagnóstico de la patología varicosa

Hay 2 preguntas que el flebólogo debe hacerse con relación al diagnóstico de la patología varicosa en general, aplicables también a las de la región poplítea:

- a. ¿Cuáles son los hechos que hay que conocer?
- b. ¿Qué recursos diagnósticos utilizar (además del examen clínico) para conocer esos hechos?

Las respectivas respuestas son:

- a. Fundamentalmente dónde están y a qué se deben los puntos de origen de reflujo. Accesoriamente, cómo están compuestos los trayectos de reflujo y dónde están ubicados los puntos distales de insuficiencia.
- b. Eco Doppler y flebo-varicografía.

6. El Eco Doppler

En la actualidad el Eco Doppler ha desplazado prácticamente en todos los casos a la flebo-varicografía. Se utiliza esta última sólo en situaciones de excepción.

El Eco Doppler permite:

- a. Identificar anatómicamente cada una de las venas de la región.
- b. Identificar en qué vena profunda y a qué altura de la misma termina cada una de ellas.
- c. Dictaminar sin en alguna de ellas existe reflujo y la duración del mismo.

Y todo esto en forma absolutamente no invasiva y repetible.

Es decir, que brinda información anatómica y hemodinámica completa sobre las venas de la región poplítea cuya insuficiencia puede originar várices primarias, recidivadas o no.

II: Qué debe informar el Eco Doppler en un miembro con várices de la región poplítea

Con base en todo lo que acabo de exponer consideraré ahora cuál es la información mínima que, creo, debe figurar en el informe Eco Doppler de un miembro con várices de la región poplítea, primitivas o recidivadas, para poder instaurar un tratamiento con el menor riesgo posible de recidiva o de re-recidiva respectivamente.

Hay 6 hechos que deben conocerse previamente a iniciar el tratamiento, cualquiera que éste sea en función del criterio del flebólogo actuante. Los mismos son:

- 1: Lugar de terminación de la safena externa
- 2: Existencia de reflujo en la safena externa.
- 3: Existencia de un tronco común safena externa-gemelar y de reflujo en el mismo.
- 4: Lugar de terminación de las ya citadas otras venas de la región y presencia de reflujo en las mismas.
- 5: Si se trata de una recidiva post-safenectomía externa, presencia total o parcial de safena externa residual.
- 6: Duración de cada uno de los reflujos existentes. (Para una eventual indicación quirúrgica se exige que el reflujo tenga no menos de 1 segundo de duración).

Reitero que las citadas informaciones brindadas por el Eco Doppler permitirán al flebólogo recorrer un camino más seguro evitando las recidivas y re-recidivas por insuficiencia de diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pozzi, JA.- Várices recidivadas. Diagnóstico. Prevención. Tratamiento. Editorial de la Universidad Nacional de Rosario. Rosario. 2001.
2. Pozzi, JA.- Várices de la región poplítea. Diagnóstico. Tratamiento. Experiencia. Editorial Corpus. Rosario. 2008.