

# Varices de miembros inferiores a partir de insuficiencia venoganglionar

Jorge Ríos,<sup>1</sup> C Sánchez Carpio<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Docente de la carrera de Flebología y Linfología, Universidad Nacional de Córdoba (UNC).

<sup>2</sup> Director académico de la carrera de Flebología y Linfología, UNC. Profesor titular de la cátedra de Anatomía Normal, UNC Centro de Diagnóstico Médico. Córdoba, Argentina.

*Flebología* 2018;44:8-12

## Resumen

**Introducción.** La insuficiencia en la unión safenofemoral se ha considerado como la principal causa de desarrollo de várices en la vena safena mayor; posteriormente se demostró que no siempre la insuficiencia de la vena safena mayor era de origen ostial, sino que su origen se encontraba en las tributarias del cayado de la safena alcanzando un porcentaje del 25%. Recientes publicaciones de Uhl, Lo Vuolo, Labropoulos hacen referencias a un mecanismo distinto. El reflujo a partir de una red venosa en íntima conexión con los ganglios inguinales sería el responsable de una insuficiencia venoganglionar que daría origen a la aparición de várices y también sería una de las causas de las recidivas de várices poscirugía. **Material y Métodos.** Se presentan cuatro casos. Caso 1: paciente de sexo femenino con una vena varicosa en cara anterior del muslo derecho a partir de una insuficiencia venoganglionar. Caso 2: paciente de sexo masculino con antecedente de cirugía de várices hace 30 años, en la región inguinal izquierda se

observa insuficiencia venoganglionar. Caso 3: paciente de sexo femenino de 43 años de edad consulta por presentar varices en región de safena mayor del lado izquierdo. El ecodoppler venoso muestra insuficiencia ostial derecha y del lado izquierdo insuficiencia venoganglionar. Caso 4: paciente de sexo masculino de 65 años, consulta por dureza en muslo derecho, por lo que se le realiza ecovenoso y se observa insuficiencia de safena bilateral, con varicotrombosis en muslo, e insuficiencia venoganglionar derecha.

**Palabras claves.** Várices, insuficiencia venosa, ganglio inguinal.

## Varices lower limb from failure venoganglionar

### Summary

**Introduction.** Shortcomings in the SFJ has been considered as the main cause of development of varicose veins in the great saphenous vein; subsequently it has been shown not always insufficient saphenous veins which had ostial origins, but its origin was in the tax saphenous arch reaching a percentage of 25%. Recent publications of Uhl, Lo Vuolo, Labropoulos make references to a different mechanism reflux from a venous network in close connection with inguinal node, this would be responsible for the venoganglionar failure that would give origin to the appearance of varicose

**Correspondencia:** Jorge Ríos  
Correo electrónico: jríos62@hotmail.com

veins and it would be one of the causes of recurrent varicose veins after surgery. **Material and Methods.** Four cases were presented: Case 1: female patient with a varicose vein in the front right thigh from a venoganglionar failure. Case 2: male patient with a history of varicose vein surgery 30 years ago, in the left inguinal region, a venoganglionar failure is observed. Case 3: 43-year-old female patient with a history of saphenectomy, nowadays with osteal insufficiency. Case 4: 65-year-old male patient consultation due to hardness in right thighs, echovenous insufficiency was observed bilateral insufficiency of sane, with varicotrombosis in thigh, and right venoganglionar insufficiency.

**Key words.** Varicose, venous insufficiency, inguinal ganglion.

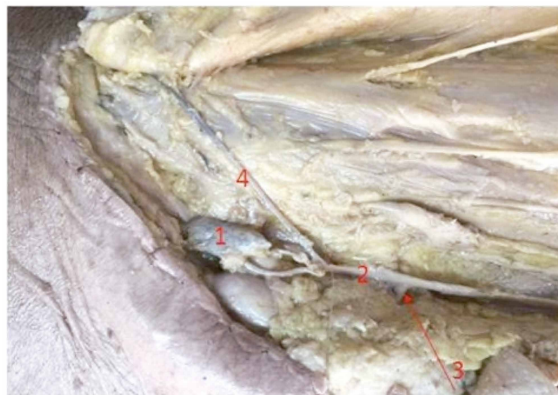
## Introducción

El reflujo femorosafeno es la anomalía hemodinámica más común en el desarrollo de enfermedad varicosa del sistema de la vena safena magna;<sup>1</sup> posteriormente, se demostró que la insuficiencia de la vena safena magna no siempre era debido a insuficiencia ostial,<sup>2</sup> otras alteraciones hemodinámicas, cuya presentación es de un 25%, se correspondían a insuficiencia de las tributarias del cayado de la safena, circunfleja iliaca superficial, epigástrica, pudenda externa.<sup>3</sup> El conocimiento profundo de la anatomía de esta región es fundamental<sup>3</sup> para disminuir la recidiva de la enfermedad varicosa posterior a la cirugía. Actualmente los porcentajes reportados van del 20% al 80% a los cinco años, y se deben a múltiples causas tales como neovascularización, reflujo no safenofemoral segmentos duplicados de vena safena, presencia de perforantes insuficiente.<sup>4</sup>

Recientes publicaciones de Uhl, Lo Vuolo y Labropoulos<sup>5</sup> hacen referencia a un mecanismo distinto de reflujo a partir de una red venosa en íntima conexión con ganglios inguinales, la vena cruza en forma directa el ganglio, estos se conectan por venas perforantes a la vena femoral y la otra conexión se realiza a través de una unión con la vena safena o en alguna de sus tributarias, como se observa en la Figura 1.

La angiodisplasia venolinfática de acuerdo con Uhl y Lo Vuolo se postula como una causa para el desarrollo de várices en los miembros

**Figura 1.** Preparado anatómico. Se observa: **1)** un ganglio hipertrofiado con su vena que desagua sobre la vena safena, **2)** vena safena magna, **4)** con tributaria la vena circunfleja superficial y **3)** vena pudenda externa.



inferiores, no siendo considerada hasta el momento como causa probable de recurrencia de la enfermedad varicosa después de los tratamientos quirúrgicos. Nosotros reportamos aquí tres casos de angiodisplasia.

## Material y métodos

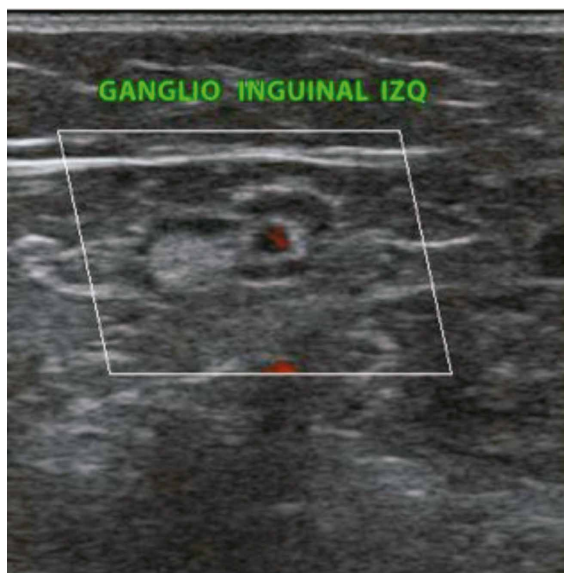
Caso 1: mujer de 44 años que consulta por pesadez y cansancio de miembros inferiores, acompañados de edema en épocas de verano. Al examen físico se observan múltiples varículas en ambos miembros inferiores, con vena varicosa en la región anterior del muslo izquierdo (Figura 2).

**Figura 2.**

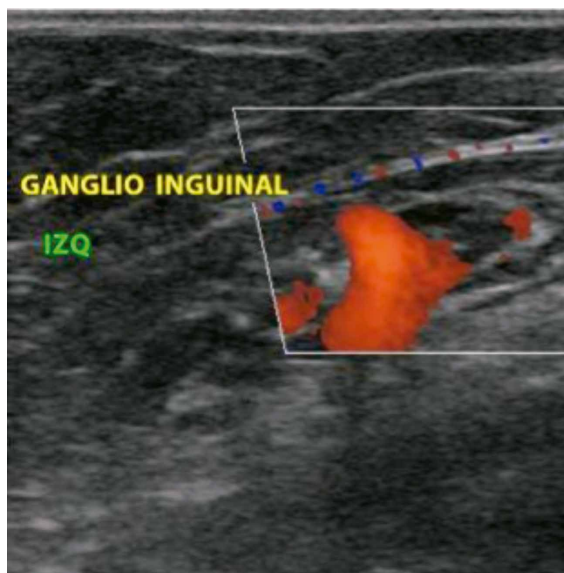


Se realizó ecodoppler venoso que mostró la presencia de la várice descrita en el examen físico y su origen a partir de una insuficiencia venoganglionar (Figuras 3 y 4).

**Figura 3.** Ganglio inguinal izquierdo.



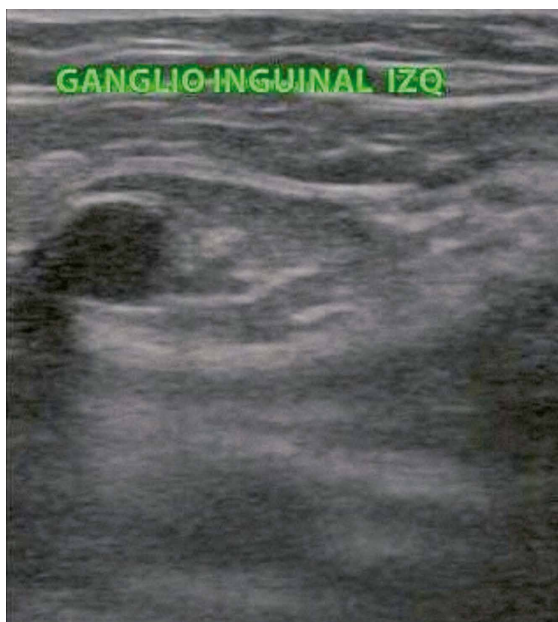
**Figura 4.** Ganglio inguinal ante maniobra de Valsalva, se observa reflujo con el ecodoppler color.



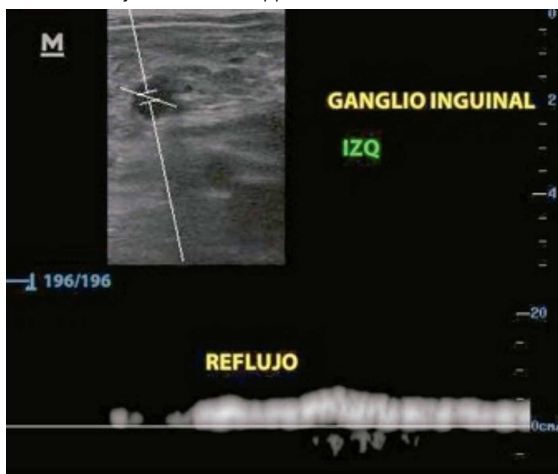
Caso 2: paciente de sexo masculino, 77 años de edad con antecedente de safenectomía bilateral hace 30 años. Consulta por pesadez, ardor y edema vespertino de miembros inferiores. Al examen físico se observan várices en tercio medio del

muslo y en región inguinal izquierda. Se realizó ecodoppler y se observó ausencia de vena safena con perforante insuficiente, a nivel del canal de Hunter y presencia de ganglio inguinal que ante la maniobra de Valsalva pone de manifiesto insuficiencia venoganglionar (Figuras 5 y 6).

**Figura 5.** Ganglio inguinal izquierdo.



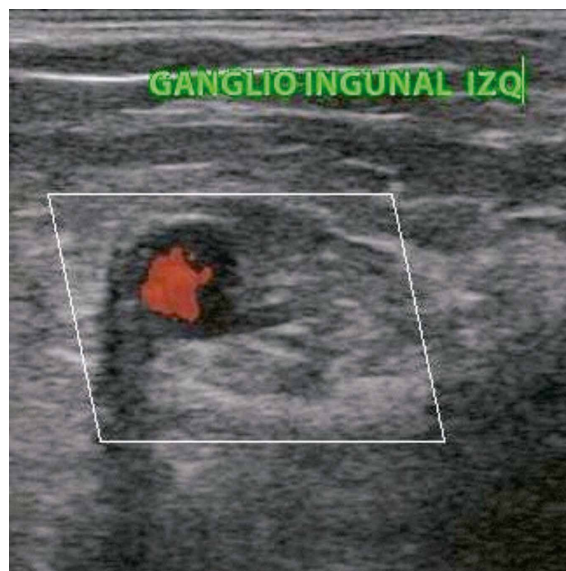
**Figura 6.** Ganglio inguinal ante maniobra de Valsalva, se observa reflujo con el ecodoppler.



Caso 3: paciente de sexo femenino de 43 años de edad, que consulta por presentar várices en región de safena mayor del lado izquierdo, con antecedentes de safenectomía derecha hace cuatro años. Se realizó ecodoppler venoso y se observó

insuficiencia ostial izquierdo y del lado derecho insuficiencia venoganglionar (Figuras 8, 9 y 10).

**Figura 7.** Ganglio inguinal izquierdo con maniobra de Valsalva, con el ecodoppler color se observa insuficiencia venosa.

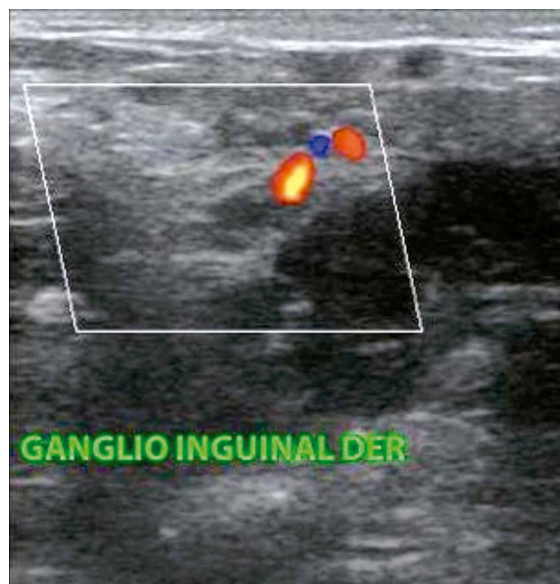


**Figura 8.** Ganglio inguinal derecho.

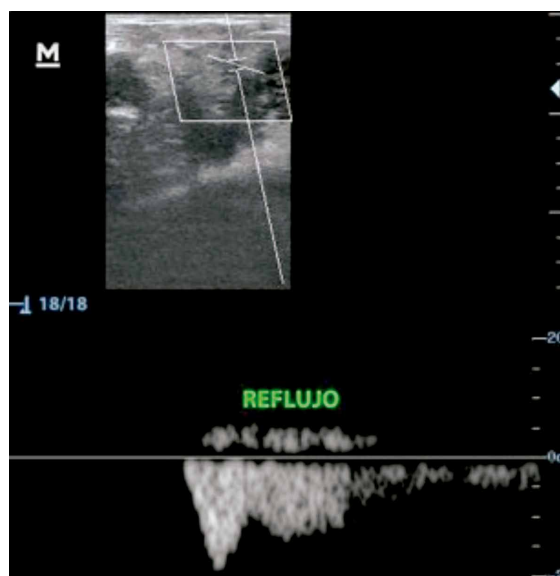


Caso 4: paciente de sexo masculino de 65 años, que consulta por dureza en cara interna de muslo derecho, asintomático, con várices en am-

**Figura 9.** Ganglio inguinal con maniobra de Valsalva muestra insuficiencia con el ecodoppler color espectral.

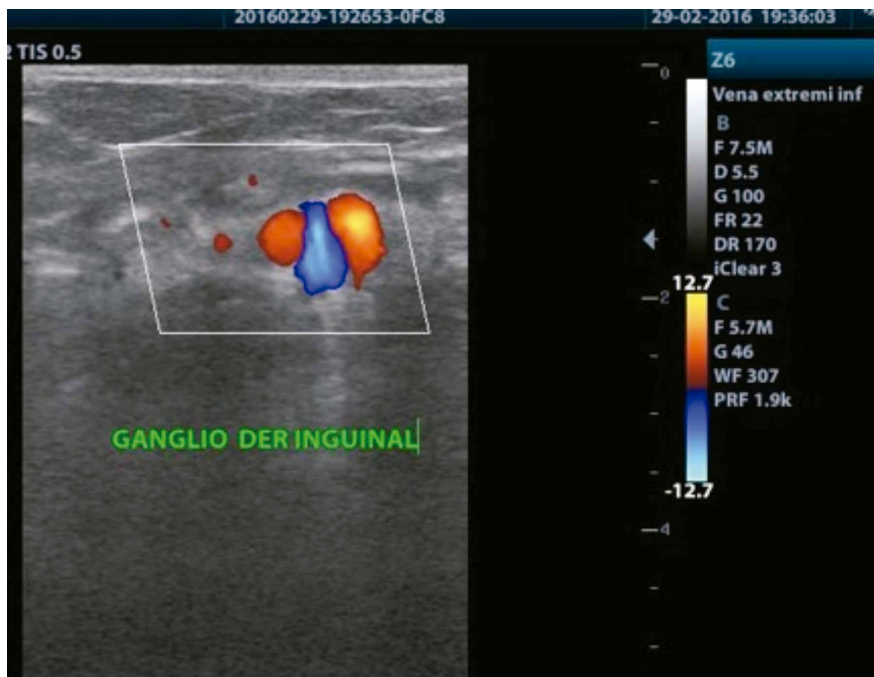


**Figura 10.** Ganglio inguinal en el que ante maniobra de Valsalva se observa insuficiencia con el ecodoppler espectral.



bas piernas en región de safena mayor, se realiza ecodoppler venoso donde se observa insuficiencia en ambas safenas mayor, con signos de trombosis venosa en accesoria anterior de safena derecha y ante maniobra de Valsalva se observa insuficiencia venoganglionar derecha (Figura 11).

**Figura 11.**  
Ganglio derecho que ante maniobra de Valsalva se observa insuficiencia venoganglionar, con el ecodoppler color.



## Discusión

En nuestras disecciones cadavéricas hemos observado una clara conexión entre los ganglios linfáticos y el sistema venoso, a través de una red venosa preexistente. Si bien esos ganglios se encuentran hipertrofiados, estos cambios distróficos irían acompañados de un remodelado de las redes venosas existentes. La respuesta inflamatoria a la cirugía de várices con crosectomía sería el disparador para la distrofia ganglionar con la posterior insuficiencia venoganglionar, observada en los casos reportados al realizar el estudio ecodoppler venoso.<sup>5</sup> No es claro el significado de la presencia de la insuficiencia venoganglionar; como causa del desarrollo de enfermedad varicosa en forma primaria o como en la recurrencia de várices posquirúrgicas.<sup>6,7</sup> En la literatura revisada existe escasa información que avale estos hallazgos.

## Conclusión

La aplicación del ecodoppler color a la patología venosa nos ha permitido observar otras posibles causas de reflujo como factor desencadenante de la enfermedad varicosa, como así también el origen de las recidivas posquirúrgicas.

## Referencias

1. Barros MVL, Labropoulos N, Ribeiro AL, Okawa RY, Machado F. Clinical significance of ostial great saphenous vein reflux. *European journal of vascular and endovascular surgery*. March 2006; 31 (3): 320-324.
2. Stücker M, Moritz R, Altmeyer P, Reich-Schupke S. New concept: different types of insufficiency of the saphenofemoral junction identified by duplex as a chance for a more differentiated therapy of the great saphenous vein. *Phlebology* Aug 2013; 28 (5): 268-274.
3. Ndiaye A, Ndiaye A, Ndoeye JM, Diarra O, Diop M, Dia A, Ndiaye M, SwoML. The Arch of the great saphenous vein: anatomical bases for failures and recurrences after surgical treatment of varices in the pelvic limb. About 54 dissections. *Sur Radiol Anat* Mar 2006; 26 (1): 18-24.
4. Kjeld T, Baekgaard N. Recurrence after surgery of varices in the region of the long saphenous vein. *Ugeskr Laeger* Jul 2003; 165 (31): 3009-3013.
5. Uhl F, Lo Vuolo M, Labropoulos N. Anatomy of the lymph node networks of the groin and their investigation by ultrasonography. *Phlebology* 2015 June 9.
6. Kohler A, Dirsch O, Brunner U. Veno-lymphatic angiodysplasia as the cause of recurrent inguinal varicose vein. *Vasa* 1997; 26 (1): 52-54.
7. Leu HJ. A rare case of angiodysplasia: penetration of inguinal lymph nodes by large superficial leg veins. Report of five cases. *Virchows Arch A Pathol Ana Histopathol* 1990; 417 (2): 185-186.