

Trabajo de la Clínica Quirúrgica — Facultad de Medicina — Prof. C. Stajano

FLEBOGRAFIA FEMORAL TRANSOSEA (*)

Dr. Walter Suiffet

El objetivo de esta presentación es mostrar la utilidad que la flebografía femoral realizada por vía transósea, puede proporcionar en el estudio semiológico venoso de los miembros inferiores.

Nos hemos ocupado ya en otras oportunidades de otras técnicas flebográficas. Los distintos métodos a utilizar, son de valor y su elección depende de las diversas situaciones clínicas, frente a las cuales el clínico se puede encontrar.

La introducción del medio de contraste en el sistema venoso, puede realizarse al través de distintas venas superficiales o profundas pero también se puede recurrir a la inyección transósea. Esta permite la visualización correcta y sin ningún inconveniente del sistema venoso vecino y alejado a la zona de inyección.

El medio de contraste se hace penetrar directamente por punción en una zona ósea esponjosa, desde la cual penetrará inmediatamente en las venas colectoras regionales que lo llevarán hacia los troncos profundos.

Son varios los puntos óseos que se pueden utilizar para realizar la inyección, pero no es nuestro interés tratar el tema en conjunto, cosa que realizaremos en comunicaciones futuras cuando hayamos recopilado más material. Mostraremos solamente la primera radiografía obtenida con este procedimiento y los resultados que ella ha proporcionado.

Se trata de la siguiente observación:

E. B. — 43 años. Uruguayo.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la ½ hora previa el día 26 de agosto de 1953.

Hace dos años herida de arma blanca de antebrazo, por lo cual fué intervenido. En el postoperatorio aparece una tumefacción de la pantorrilla izquierda, dolor y fiebre. Luego el proceso se extiende instalándose edema de todo el miembro inferior. Fué mantenido durante 15 días en cama y luego comienza su movilización. Aparece entonces dolor y tumefacción de miembro inferior derecho por lo cual es tratado de nuevo con reposo.

El paciente no recuerda cuanto tiempo se le tuvo en cama, pero la evolución fué rebelde persistiendo edema y dolor durante un tiempo.

Al comenzar la movilización y desde entonces hasta ahora, nota que la tumefacción de sus miembros inferiores aumenta durante la posición de pie apareciendo dolor y discreta impotencia funcional.

Desde hace seis o siete meses nota la presencia de trayectos venosos abdominales muy marcados.

Ha notado un aumento de la pigmentación de la piel de la mitad inferior de ambas piernas y cierta dificultad en la cicatrización de pequeñas lesiones que se ha producido en ella.

No ha habido trastornos digestivos, urinarios ni genitales.

Examen: Examen general del paciente sin particularidades.

Discreto edema en ambas piernas. Trastornos tróficos de mediana intensidad: piel lisa, pigmentada y brillante; ausencia de vellos; discreta esclerosis dérmica.

No hay trayectos superficiales visibles en los miembros inferiores.

Circulación abdominal subcutánea muy marcada especialmente en las partes ántero-laterales, comprobándose troncos venosos que parten de la región inguino-crural y que ascienden a la pared ántero-lateral del tórax hasta cerca de la axila. Su tránsito circulatorio se hace de abajo hacia arriba.

El resto del examen del abdomen es negativo.

Diagnóstico clínico: En base a los antecedentes y al examen físico se hace diagnóstico de "Secuela de tromboflebitis de ambos miembros inferiores, localizada en el sector fémoro-ilíaco y probable obstrucción de la vena cava inferior por debajo de las venas renales".

Flebografía femoral transósea: Enfermo en decúbito dorsal. Novocainización al 1 % sobre el trocánter mayor. Pequeño orificio puntiforme realizado con bisturí sobre la piel a ese nivel. Introducción de aguja gruesa con mandril adaptado hasta sentir la cortical ósea. Se le atraviesa con un pequeño golpe seco y se retira el mandril. Inyección de 10 c.c. de Novocaína al 1 % en la esponjosa ósea. Inyección de 20 c.c. de DIO-DONE 50 % al régimen de 1 c.c. por segundo. Obtención de radiografías a los 10, 15, 20, 25 y 30 segundos de haber iniciado la inyección, con lo cual se puede ver la evolución de contraste. Luego de haber terminado la inyección, se obtienen dos radiografías (a los 25 y 30 segundos).

La introducción de la sustancia opaca en la esponjosa ósea, se realiza sin ningún esfuerzo y perfectamente tolerada del punto de vista local,

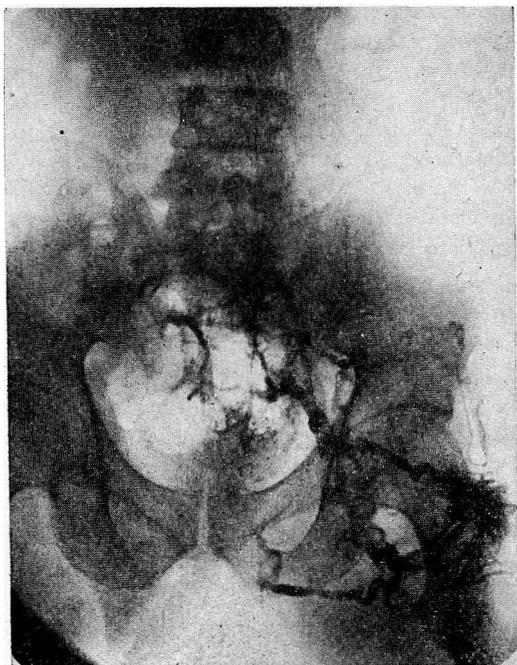


FIG. 1

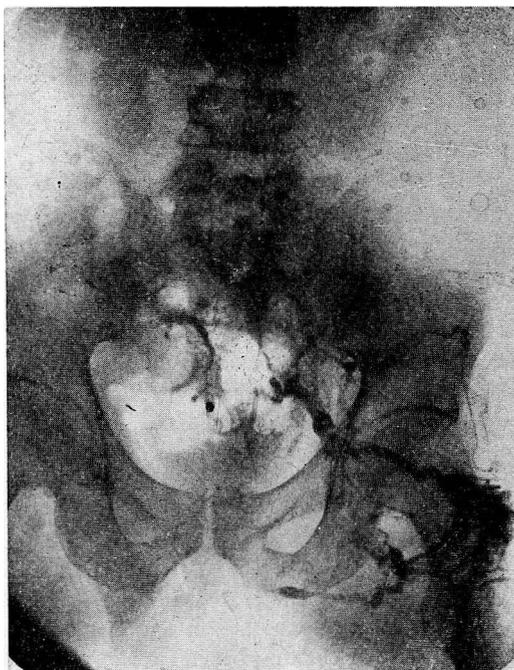


FIG. 2

tanto en forma inmediata como alejada. Las reacciones generales son las habituales en este tipo de inyección.

La serie radiográfica obtenida en nuestro caso permitió reconocer lo siguiente: (Figs. 1, 2 y 3)

—Sustancia de contraste en la esponjosa de la base del trocánter mayor que se evacúa rápidamente por las vías de derivación venosa que rodean la articulación coxofemoral, pudiéndose apreciar con toda nitidez el trayecto de troncos que tienen la topografía de las venas glútea, isquiática, circunflejas y obturatriz;

—Ausencia de visualización correcta del tronco de la vena femoral

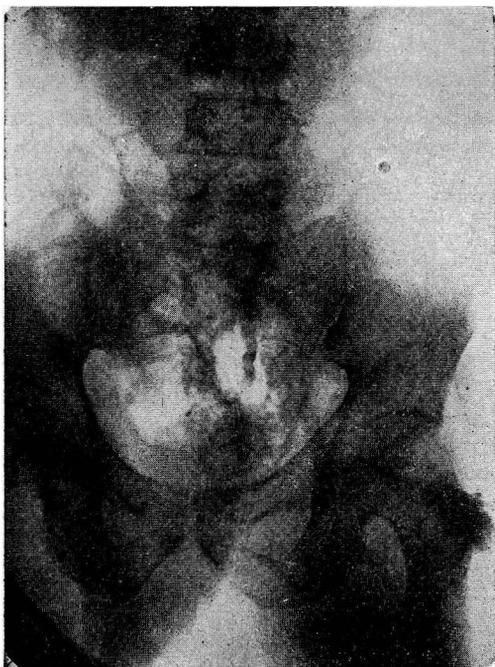


FIG. 3

y de las ilíacas, apreciándose solamente en su zona topográfica un tronco venoso de relleno débil e irregular;

—Ausencia de relleno de la vena cava;

—La depleción del medio de contraste se realiza por medio de las siguientes vías que se visualizan con toda nitidez en los negativos:

plexos perivertebrales que se aprecian a la izquierda de la columna y de la cara anterior del sacro;

venas parietales abdominales de visualización neta pero con un relleno muy tenue dada la dilución del contraste;

venas perirectales que se visualizan con toda nitidez pudiéndose reconocer en la última radiografía, un grueso tronco venoso dirigido

hacia arriba y hacia la izquierda con la topografía de la vena hemorroidal superior continuada por la mesentérica inferior.

Esto es en síntesis lo que se puede apreciar en la serie radiográfica obtenida. Su interpretación demuestra la presencia de una obstrucción del sistema venoso femoroiliaco y presumiblemente de la vena cava, dada la falta de relleno de dichos troncos y la derivación a través del sistema parietoabdominal, vísceropélvico y perivertebral, vías de suplencia perfectamente conocidas del punto de vista anatómico-funcional.

Resumen

Se presenta una observación con diagnóstico clínico de "Obstrucción venosa femoroiliaca y probablemente de vena cava inferior como secuela de tromboflebitis de ambos miembros inferiores.

Se precisa la técnica de la flebografía femoral transósea al nivel del trocánter mayor.

Las radiografías obtenidas con esta técnica, permiten confirmar el diagnóstico clínico.

Se insiste en la inocuidad y utilidad del procedimiento.

Dr. Bermúdez. — Quiero solamente expresar la satisfacción con que veo realizada esta técnica que, para mí, confieso, me resulta una innovación.

Creo, como el Dr. Suiffet, que debe ser de gran utilidad para el pronóstico de estas situaciones.

Solamente es para felicitarle por el éxito obtenido con respecto al diagnóstico topográfico de la lesión.

Dr. Stajano. — Cabe agradecer al Dr. Suiffet su presentación de esa serie tan interesante.