

ANGIOLOGIA

Flebografía profunda en el síndrome postflebítico

Dres. EDUARDO C. PALMA e HIPOLITO BERRIEL *

A partir de 1960 establecimos (1, 2, 3) nuestro desacuerdo con la fisiopatología admitida hasta la fecha, en el síndrome postflebítico, que establecía como causa de hipertensión venosa y éxtasis sanguínea, la recanalización de las venas trombosadas, con inversión de la corriente sanguínea, a consecuencia de la pérdida de sus válvulas y el engrosamiento y esclerosis de sus paredes. Hemos sostenido, por el contrario, la persistencia del obstáculo en los grandes troncos, producido por la trombosis y organización de los coágulos, que generan una gran dificultad en la circulación de retorno, con la consiguiente hipertensión venosa y éxtasis circulatoria distal. Solamente en los raros casos de flebotrombosis incipientes, en que no hubo nunca obliteración y sí sólo láminas de flebotrombosis murales, es que puede comprobarse, en estos síndromes postflebíticos benignos, la persistencia de la luz vascular.

El S.P.F. es una afección de evolución crónica y difícil tratamiento. El examen flebográfico es esencial para su diagnóstico preciso, su pronóstico y tratamiento.

Presentamos un caso, clínico, que consideramos de interés, Paciente A. P. de V., 67 años, H. C., vista en el Hospital Maciel en III-1971, por trastornos funcionales importantes en su miembro inferior izq. Su enfermedad había comenzado 6 meses antes, por flebotrombosis aguda profunda de su M.I. izq., la que fue tratada precozmente con antibióticos, antiinflamatorios, reposo, hielo y anticoagulantes. Mejoró lenta y progresivamente, pero su miembro quedó con gran edema, elefantiásico, cianótico, con dolor crónico y limitación funcional. La paciente es una gran obesa, hipertensa, y con várices de sus m.i. desde su juventud. El examen flebográfico se realizó con la técnica habitual, inyectando sustancia de contraste en una gruesa vena del dorso del pie, previa interrupción de la circulación venosa superficial, por compresión elástica en el cuello del pie. Las radiografías mostraron una gran red venosa superficial (varicosa) a pesar de haberse interrumpido la circulación superficial en la parte baja de la pierna, debido a la gran cantidad de comunicantes existentes, la hipertensión venosa, y las insuficiencias valvulares. También se hicieron visibles los troncos profundos, pero su interpretación se hizo difícil; la no visualización de las venas poplíteas y parte alta de la tibial posterior, hizo que se pensara en que ellas se hallaban obliteradas (fig. 1).

Se realizó entonces una flebografía profunda directa, mediante la descubierta de una colateral de la safena externa en la parte alta de la pierna (fig. 2-a), caracterizándose por su intermedio la safena ext. y luego la vena poplíteas. La flebografía (fig. 3-a) mostró que las venas poplíteas y femoral superficial estaban totalmente permeables, y dilatadas por la hipertensión existente. A continuación se realizó otra flebografía profunda directa, a través de una colateral de la safena interna, en la parte alta del muslo, cateterizándose por su intermedio la safena interna y luego la femoral superf. (fig. 2-b). La flebografía (figura 3-b), mostró la total obliteración de las venas femoral común, la iliaca externa y la iliaca primitiva izquierda; a la vez señaló que



Fig. 1.—Flebografía con técnica habitual. La no visualización de las venas poplíteas y parte alta de la tibial posterior, hizo que se pensara erróneamente que ellas se hallaban obliteradas.

Presentado a la Sociedad de Cirugía el 23/IV/71.

* Profesor y Director de Clínica Quirúrgica, Adjunto de Clínica Quirúrgica.

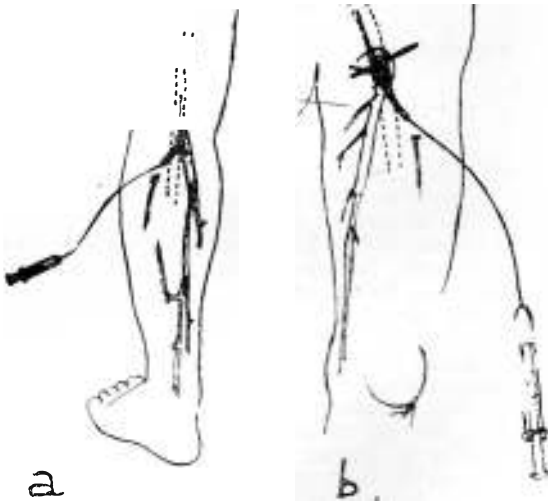


FIG. 2.— Técnica de flebografía profunda directa, del miembro inferior. a) Descubierta de una colateral de la safena externa en la parte alta de la pierna, cateterizándose por su intermedio la safena externa y luego la vena poplítea. b) Descubierta de una colateral de la safena interna en el triángulo de Scarpa, cateterizándose por su intermedio la safena interna y luego la vena femoral superficial.

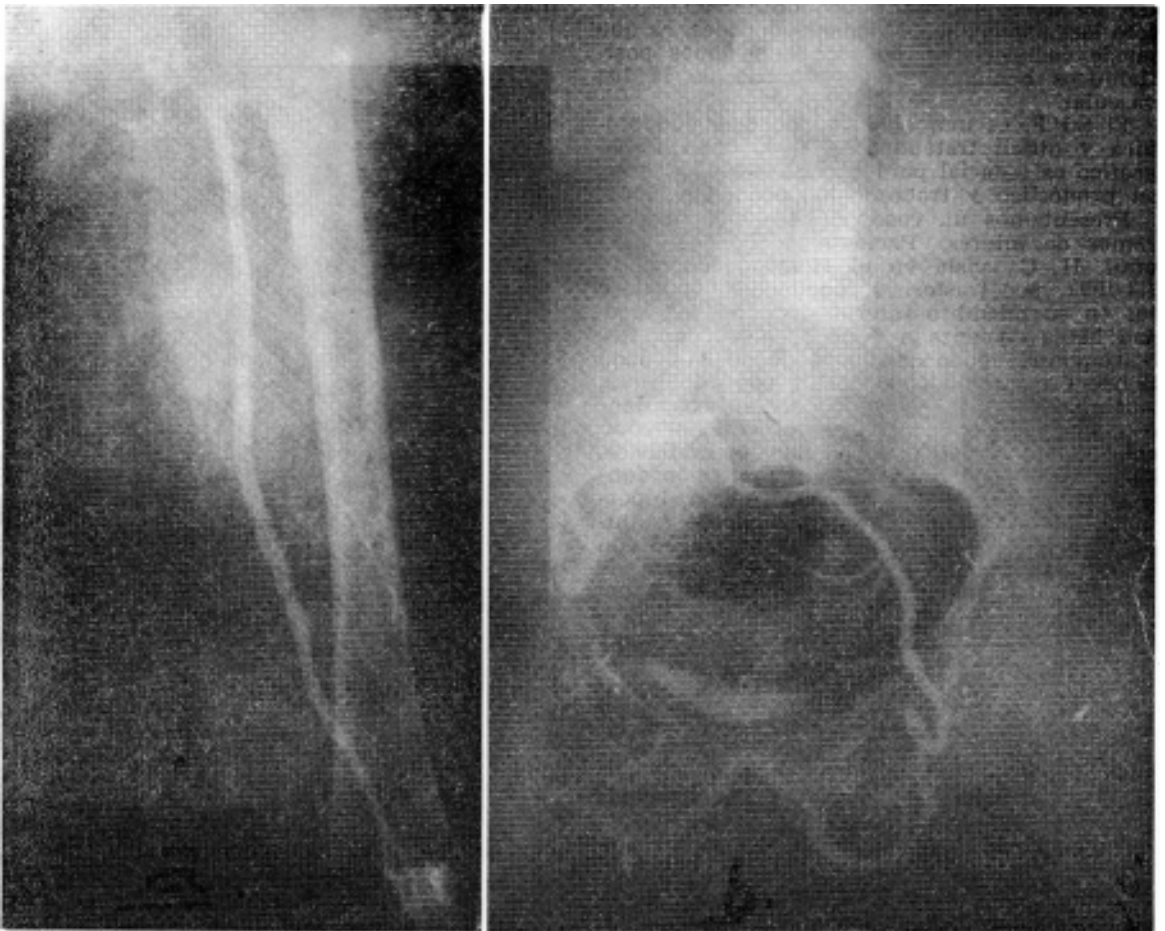


FIG. 3.— Flebografías profundas directas: a) La radiografía muestra que no hay obliteración de las venas poplítea y tibial; las venas poplítea y femoral superficial están totalmente permeables y dilatadas. b) La radiografía muestra la total obliteración de las venas femoral común, iliaca externa e iliaca primitiva izquierdas; la circulación de retorno venosa del miembro inferior izquierdo se realiza derivando la sangre hacia el lado derecho, por intermedio del desarrollo de la circulación anastomótica a través de las venas pudendas internas, obturadoras, etc., que desaguan en las venas iliacas externa e interna derechas.

la circulación de retorno se realizaba derivando la sangre hacia el lado derecho, por intermedio del desarrollo de la circulación anastomótica de las venas pudendas internas, obturadoras, etc. de ambos lados. La inyección realizada en el lado izq. llenó de sustancia opaca las venas ilíacas externa e interna del lado derecho y luego la cava.

Los documentos antes citados permiten señalar dos hechos que consideramos de interés: 1º) La flebografía profunda es de verdadera utilidad en el estudio de los S.P.F., pues al inyectar directamente la sustancia de contraste en los troncos profundos, permite establecer con seguridad la existencia de obstrucciones y obliteraciones de los grandes troncos, a la vez que indicar las vías anastomóticas de derivación. 2º) No se había producido recanalización de los grandes troncos venosos, ilíacas, primitiva y externa y femoral común izq., a pesar de haber ya transcurrido 6 meses desde el comienzo de la flebotrombosis. Por el contrario, se había producido una gran hipertensión venosa distal, con desarrollo de la circulación colateral anastomótica de derivación hacia el miembro opuesto, a través de las venas superficiales yuxtapúbicas del abdomen, a la vez que las venas profundas de la pelvis.

Estos documentos apoyan plenamente nuestro concepto sobre la fisiopatología del S.P.F., a la vez que muestran que la correcta vía del tratamiento es la realización de injertos o transplantados venosos, que coadyuvan al restablecimiento de la circulación venosa de retorno, de acuerdo al criterio terapéutico que hemos sostenido (1, 2, 3).

RESUMEN

Los autores destacan la importancia de la flebografía profunda en el estudio de los síndromes postflebiticos, a la vez que hacen consideraciones sobre la fisiopatología de esta afección.

RÉSUMÉ

Les auteurs font ressortir l'importance de la phlébographie profonde dans l'étude des syndromes post-phlébitiques, et présentent en même temps des considérations sur la physiopathologie de cette affection.

SUMMARY

The paper stresses the importance of deep phlebography in the study of postphlebitic syndromes and discusses the physiopathology of this disease.

BIBLIOGRAFIA

1. PALMA, E. C. y ESPERON, R. Tratamiento del síndrome postrombótico mediante trasplante de safena interna. *Angiología*, XI: 87, 1959.
2. PALMA, E. C. y ESPERON, R. Vein transplants and grafts in the surgical treatment of the postphlebitic syndrome. *The J. of Cardiovascular Surgery*, I: 3-15, 1960.
3. PALMA, E. C. Tratamiento quirúrgico de la tromboflebitis aguda y del síndrome postrombótico. VI Congreso Latinoamericano de Angiología, p. 17-34, 1962.
4. PALMA, E. C. y ESPERON, R. Tratamiento de los síndromes postrombóticos profundos por injertos y transplantados. XV Congreso Uruguayo de Cirugía, p. 222, 1964.