

MESA REDONDA  
CIRUGIA GENERAL

TEMA:

INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA  
DE LOS MIEMBROS INFERIORES

Diagnóstico y tratamiento

COORDINADOR:

Dr. WALTER SUIFFET

# CLINICA DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA DE LOS MIEMBROS INFERIORES

*Dr. W. VENTURINO*

Es nuestro propósito, en esta Mesa Redonda, efectuar un balance práctico de las distintas facetas clínicas de la insuficiencia venosa crónica de los miembros inferiores y de los distintos métodos clínicos que se emplean para su examen.

El médico cuenta con varios procedimientos clínicos para llegar al diagnóstico de la entidad que nos ocupa. Esos procedimientos han aparecido sucesivamente y, con un criterio cronológico, pueden enumerarse así:

- investigación de la insuficiencia de la válvula ostial;
- investigación del estado de las comunicaciones venosas;
- estudio del estado de la circulación venosa profunda en relación, sobre todo, con la etiología flebítica;
- la flebografía;
- investigación de la presencia de anastomosis arteriovenosas.

Actualmente, con este arsenal, el clínico puede llegar, en la mayoría de los casos, a precisar las distintas situaciones clínicas y a plantear, por lo tanto, una terapéutica adecuada.

## SINTOMAS FUNDAMENTALES

Siguiendo a Pratt (1), puede decirse que tres son los síntomas fundamentales con que se presentan los pacientes con insuficiencia venosa crónica de los miembros inferiores (fig. 1):

- edema;
- várices;

- trastornos tróficos (incluyendo dolor como único sintoma);
- sus combinaciones.

La presencia de cualquiera de esos tres tipos de síntomas, debe inducir a investigar la insuficiencia venosa crónica. En las líneas que siguen se analizan, en forma separada, esas tres situaciones.

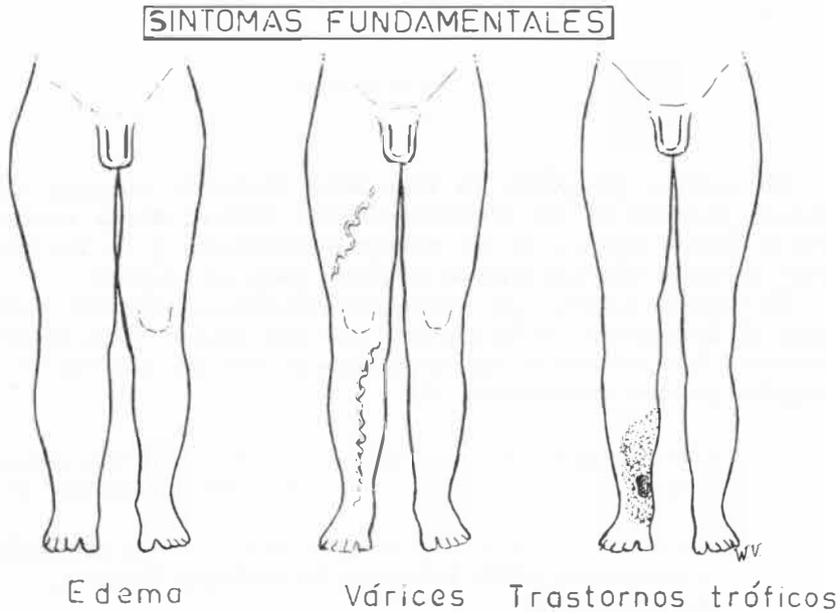


Fig. 1.

*Forma edematosa de la insuficiencia venosa crónica  
de los miembros inferiores*

Analizando esta situación simplemente con un fin práctico, el edema puede mostrarse bajo tres formas: el edema postflebítico, el edema varicoso y el edema en el niño. En la figura 2 se muestran los caracteres salientes de estos síndromes.

*Edema postflebítico.* — Cuando el proceso trombótico ha quedado localizado a las venas de la pierna, como se puede demostrar por la flebografía, no se observa edema. La circulación colateral disponible asegura un buen drenaje venoso en sentido proximal.

En clínica es frecuente observar la secuela de las trombosis venosas que asentaron en la raíz del muslo o en las ilíacas. En esos casos, la historia clínica permite, a veces, hacer el diagnóstico al revelar una flebitis bien conocida por el paciente y que ha tenido lugar meses o años atrás. Es conocido el hecho de que el edema postflebitico permanente se instala después de un período prolongado; al principio, aparece sólo en posición de pie y se reduce completamente con el reposo.

En otros casos, la historia no permite descubrir una flebitis evidente. Pero en ella hay datos que permiten sospecharla. Tiene gran jerarquía en ese sentido el hallazgo de:

- Un traumatismo grave de miembros inferiores.
- Un vendaje enyesado prolongado. Es frecuente que después de quitado éste, aparezca un edema del miembro que es atribuido por médico y paciente al propio yeso. En realidad corresponden muchas veces a trombosis venosas que han pasado inadvertidas y que sólo se hacen aparentes por su secuela edematosa.
- Estadías prolongadas en cama. Es esto tan clásico que no hacemos más que mencionarlo.
- Intervenciones quirúrgicas, sobre todo pelvianas y en especial las que se han llevado a cabo por problemas oncológicos.
- Actinoterapia sobre la pelvis.
- Venocllisis; tiene un papel cada día más importante, dada la frecuencia con que se realizan y la frecuencia con que ellas determinan trombosis venosas. Es ésta, justamente, una de las razones por la que actualmente se preconiza el uso de la vía subclavio-cava superior para la venocllisis.

Es obvio señalar, que estas distintas causas se intrincan en muchos casos.

El edema postflebitico, cuando la trombosis asienta en la femoral superficial, existe desde la rodilla hacia abajo. Cuando asentó en la femoral común o en las ilíacas, el edema asciende al muslo. Es una edema permanente, aunque aumenta con la estación de pie. Es duro y la compresión no deja el clásico "godet". Raramente es un edema aislado y frecuentemente se acompaña de várices en pierna o suprapúbicas y de trastornos tróficos.

Más raramente se trata de un edema elefantiasico. En esos casos hay que sospechar siempre la participación linfática y confirmarlo o no por la linfografía, además de la flebografía.

## VARICES

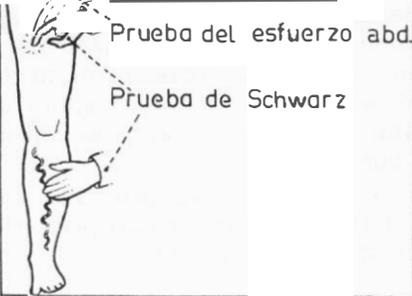
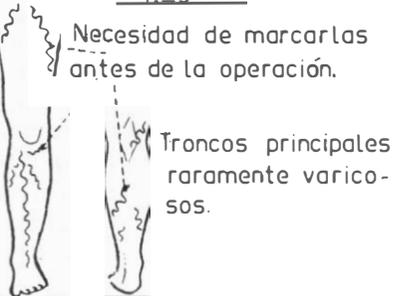
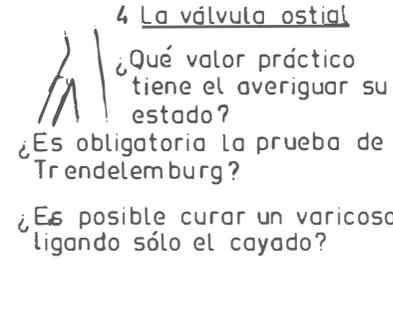
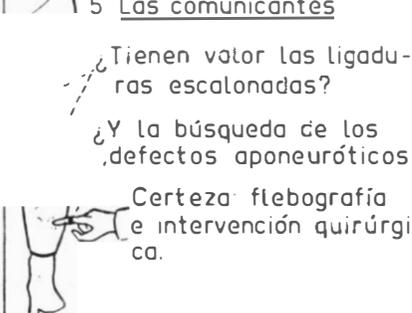
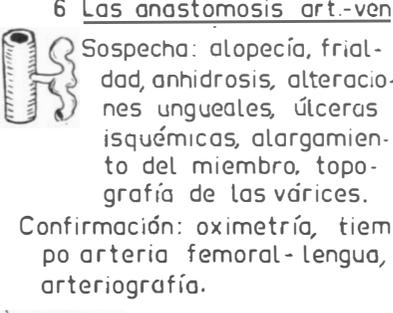
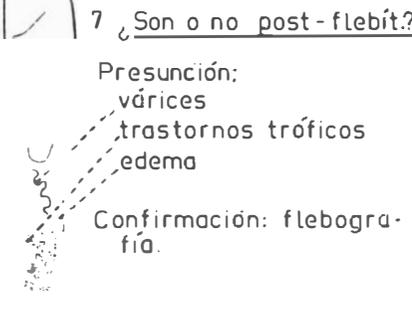
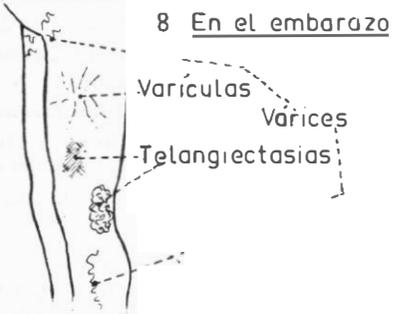
<p><b>1</b> <u>¿Son o no várices?</u></p> <p>Prueba del esfuerzo abd.</p> <p>Prueba de Schwarz</p> 	<p><b>2</b> <u>Topografía</u></p> <p>Necesidad de marcarlas antes de la operación.</p> <p>Troncos principales raramente varicosos.</p> 
<p><b>3</b> <u>Estado del sist. profundo.</u></p> <p>Vaciamiento en Trendelenburg con ligadura.</p> <p>Media elástica</p> <p>Certeza: flebografía</p> 	<p><b>4</b> <u>La válvula ostial</u></p> <p>¿Qué valor práctico tiene el averiguar su estado?</p> <p>¿Es obligatoria la prueba de Trendelenburg?</p> <p>¿Es posible curar un varicoso ligando sólo el cayado?</p> 
<p><b>5</b> <u>Las comunicantes</u></p> <p>Tienen valor las ligaduras escalonadas?</p> <p>¿Y la búsqueda de los defectos aponeuróticos?</p> <p>Certeza: flebografía e intervención quirúrgica.</p> 	<p><b>6</b> <u>Las anastomosis art.-ven</u></p> <p>Sospecha: alopecia, frialdad, anhidrosis, alteraciones ungueales, úlceras isquémicas, alargamiento del miembro, topografía de las várices.</p> <p>Confirmación: oximetría, tiempo arteria femoral-lengua, arteriografía.</p> 
<p><b>7</b> <u>¿Son o no post-flebit?</u></p> <p>Presunción: várices, trastornos tróficos, edema</p> <p>Confirmación: flebografía.</p> 	<p><b>8</b> <u>En el embarazo</u></p> <p>Variculas</p> <p>Várices</p> <p>Telangiectasias</p> 

Fig. 2.

*Edema varicoso.*— Es un síntoma bastante común en la enfermedad varicosa. A menudo es oscilante, tanto en el día, según la posición del paciente, como en el correr del tiempo, según la estación y la presión atmosférica. Casi nunca sobrepasa la rodilla y es sobre todo perimaleolar. Cuando se hace permanente es indistinguible del postflebitico.

Cuando un varicoso presenta edema, es frecuente hallar insuficientes ambos sistemas safenos. Esto se ve confirmado por los estudios flebográficos.

Como se ve, para aseverar la etiología de un edema de miembros inferiores de origen venoso sólo la flebografía puede decir la última palabra.

*Edema en el niño.*— Siguiendo a Servelle (2) es práctico dividirlo según que curse con o sin alargamiento del miembro afectado, en cuyo caso las posibilidades varían según se muestra en la figura 2. También aquí los estudios angiográficos son esenciales (flebo, arterio y linfografía).

#### *Forma varicosa de la insuficiencia venosa crónica de miembros inferiores*

Pasaremos revista a los distintos problemas que hay que resolver frente a cada varicoso y lo que realmente puede dar la clínica en cada uno de ellos (fig. 3).

1) *¿Son o no várices?*— El problema se plantea raramente. En sujetos delgados con desarrollo venoso importante puede, a primera vista, pensarse en várices. Si el esfuerzo abdominal brusco o la percusión de las venas en el muslo (prueba de Schwarz) son percibidas por el tacto en una vena de la pierna, certifican la presencia de várices, pues normalmente la existencia de válvulas continentes hacen negativas ambas pruebas.

2) *Topografía de las várices.*— Por lo general, al mencionar este aspecto, se piensa en relacionar las várices sea con la safena interna, sea con la safena externa. Esto es, desde luego, importante con vistas a la terapéutica. Pero lo es más el hecho de conocer todas las colaterales varicosas, pues la exéresis de todas ellas junto con el tronco principal es lo que hará exitoso el tratamiento. Por ello creemos imprescindible marcar cada una de las colaterales varicosas con un lápiz o tinta adecuada a fin de que el decúbito horizontal, durante el acto operatorio, no oculte las venas enfermas.

En relación con esto, hay que destacar el hecho de que, como lo prueba el acto operatorio, los troncos venosos superfi-

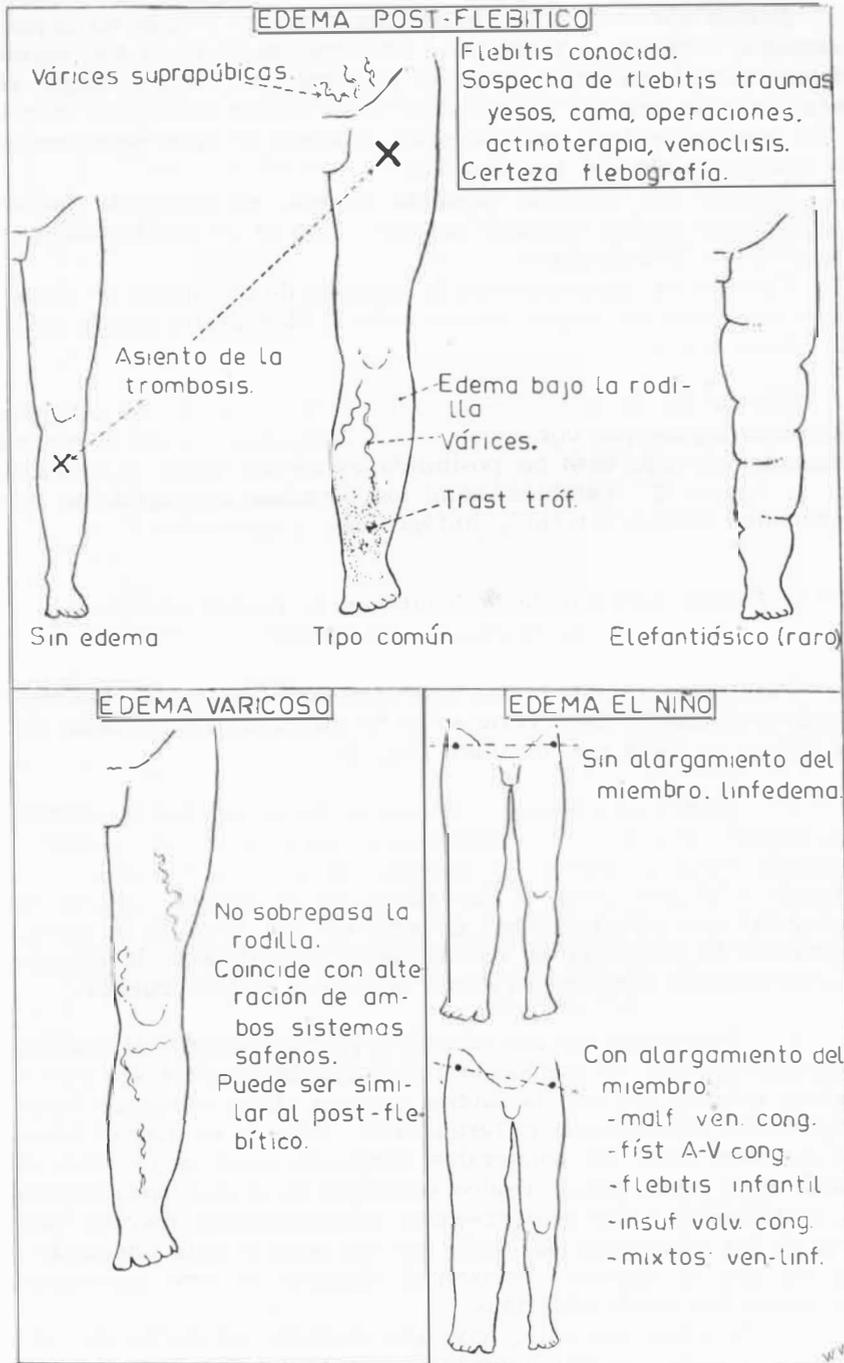


Fig. 3.

ciales principales (safenas externa e interna) raramente son varicosas, excepción hecha de alguna ampolla a nivel de la desembocadura de una comunicante. Esto se debe a la posición profunda que ocupan, así como al grosor de sus paredes, especialmente en la parte inferior. Es frecuente, por ejemplo, tomar como safena interna varicosa en pierna, a una colateral vertical que, desde el dorso del pie, asciende por delante de la tibia y desemboca en la safena interna a nivel de la rodilla. Esa vena está casi constantemente tomada en la enfermedad varicosa y, a veces, se comete el error de extirparla como si fuera la safena interna en pierna.

3) *Estado del sistema venoso profundo.*—Las pruebas clásicas usadas corrientemente en ese sentido (ejercicio muscular con ligadura en la raíz del muslo; vaciado en Trendelenburg después de ligadura; venda o media elástica) dan una idea adecuada en cuanto a la permeabilidad del sistema profundo. De ahí que, en un varicoso simple sin historia de flebitis, bastan para proceder sin más, a la exéresis del sistema superficial.

Pero, frente a una duda en ese sentido, sólo la flebografía puede ofrecer certeza; esto ocurre cuando, además de las várices, se hallan presentes edema y trastornos tróficos.

4) *Estado de la válvula ostial.*—Clásicamente es obligatoria la prueba de Trendelenburg para averiguar la funcionalidad de la válvula ostial. Sin embargo, el valor práctico de ello es escaso. En efecto, teniendo en cuenta que el tratamiento correcto de un varicoso exige eliminar por lo menos las colaterales enfermas y los troncos principales, no vale la pena discutir sobre si la válvula ostial es continente o no. En la práctica, nadie puede curar un varicoso ligando solamente el cayado safeno interno.

5) *Topografía y estado de las comunicantes venosas.*—Las ya clásicas pruebas de las ligaduras escalonadas o la búsqueda de los defectos aponeuróticos, dan sólo una idea muy vaga sobre el problema. Creemos que no es posible basar ninguna terapéutica quirúrgica sobre los datos que ella proporciona. Personalmente nunca las realizamos. En efecto, su localización puede tener valor a fin de ligarlas cuando están insuficientes. Pero en la práctica, sea que se efectúe el arrancamiento de las colaterales o que se haga la ligadura subaponeurótica de esas comunicantes, van a quedar igualmente eliminadas. Cuando nos interesa orientar el lugar de las ligaduras subaponeuróticas, creemos que sólo la flebografía puede dar datos precisos al respecto.

6) *Las anastomosis arteriovenosas.*— Este tema adquiere cada día más interés. En otra contribución a esta Mesa Redonda se dan detalles sobre él. Los elementos clínicos que permiten sospechar su presencia, y que tomamos de Piulachs (3), se presentan en el cuadro de la figura 3. Es obvio que clínicamente sólo podemos sospecharlas con certeza cuando hay alargamiento del miembro, en cuyo caso el síndrome de Klippel y Trenaunay es evidente.

7) *Etiología de las várices.*— El problema se plantea clásicamente en si son várices esenciales o si son postflebíticas. Como vimos, actualmente hay que plantear también el origen en las anastomosis arteriovenosas. Sin embargo con fines prácticos corrientes se puede mantener lo primero. La presunción clínica de várices postflebíticas reposa en la existencia de escasas várices, asociadas a edema crónico y/o trastornos tróficos. Aquí también la flebografía tiene la última palabra.

8) *Las várices en el embarazo.*— Es éste un aspecto bien conocido del curso de la gestación, sobre el que no vamos a extendernos. Sólo mencionaremos los siguientes hechos:

- El embarazo puede ser el hecho desencadenante de un síndrome varicoso hasta entonces no evidente. Su aparición es muy precoz, lo que indica que, en su génesis, no sólo interviene el factor mecánico del útero grávido.
- El embarazo puede aumentar, a veces en grado sumo, un síndrome varicoso ya presente.
- Son frecuentes las varicoflebitis.
- El síndrome varicoso adopta, a veces, una fisonomía particular con aparición de várices vulvares, varículas abundantes, telangiectasias.

#### CLINICA DE INSUFICIENCIA CRONICA DE MIEMBROS INFERIORES EN LA QUE DOMINAN LOS TRASTORNOS TROFICOS

Son conocidos los distintos aspectos que ofrecen los trastornos tróficos ligados a la insuficiencia venosa crónica. No son privativos de la etiología flebítica, pues pueden verse también en varicosos puros. Pero cuando adquieren cierta jerarquía, sea en extensión, sea en calidad (celulitis indurada, úlcera) obligan a descartar la etiología flebítica para lo que, como se dijo, es obligatoria la flebografía.

## SUMARIO

Son múltiples los elementos clínicos de que se disponen para el diagnóstico de la insuficiencia venosa crónica de miembros inferiores. En esta contribución se intenta una valoración práctica de los mismos, tanto en lo que se refiere a los datos que ellos pueden dar, como a sus limitaciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. PRATT, G. H.—Classification and surgical treatment of the postthrombotic syndrome. "Surg. Gynec. & Obst.", 118: 284; 1964.  
SERVELLE, M.—"Oedèmes chroniques des membres. Chez l'enfant et l'adulte". Masson et Cie., 1962.
3. PIULACHS, P. "Lecciones de patología quirúrgica". Vergara Editorial. Tomo I, 2ª edición, 1956.