

DIAGNOSTICO ANGIOGRAFICO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA DE LOS MIEMBROS INFERIORES *

Dr. EDUARDO CURUCHET

Son utilizados tres procedimientos por su orden cronológico de aparición y también por su importancia para el diagnóstico: 1º) la flebografía; 2º) la arteriografía femoral; y 3º) la linfangioadenografía.

FLEBOGRAFIA

Se han utilizado y se utilizan muchas técnicas. No entraremos a la crítica detallada de cada una de ellas. Daremos el concepto exigible para que el procedimiento respete al máximo las condiciones fisiológicas de la circulación venosa del miembro inferior.

- 1º) Sujeto de pie.
- 2º) Inyección del contraste en la parte más distal del miembro (pie).
- 3º) Ligadura que excluya la circulación superficial a nivel de la región maleolar.
- 4º) Realización de la prueba funcional, elevando el cuerpo de tres a cinco veces consecutivamente, apoyándose en la punta de los pies.

Todo procedimiento flebográfico que no cumpla con estos requisitos, es parcial e incompleto. Muchos errores terapéuticos se han cometido por extraer datos erróneos de un procedimiento no fisiológico. Un ejemplo característico es el flebograma en de-

* Trabajo del Departamento de Radiodiagnóstico del Hospital de Clínicas. Director: Prof. Dr. Leandro Zubiaurre.

cúbito, donde el contraste, por su mayor densidad que la sangre, circula laminado contra la pared posterior venosa dando imágenes de venas irregulares con aspecto flebitico.

Vías de inyección del contraste.— Por punción venosa en el dorso del pie, debido a su facilidad e inocuidad y porque se inyecta en el propio torrente circulatorio. Si el edema o las alteraciones cutáneas impiden la punción, se hará descubierta de la vena marginal interna y cateterización de la misma. Es excepcional no encontrar venas permeables en la descubierta; recordamos un solo caso de venas totalmente obstruidas por fibrosis en más de 400 descubiertas. En tales circunstancias se debe efectuar la flebografía transósea, maleolar externa o calcaneana. La vía transósea debe proscribirse como procedimiento de rutina, conservándose como indicación de excepción. Jamás se realizará una transcondílea, porque penetra en el espacio articular, con riesgo de una artritis, porque no visualiza la vena poplítea y porque como toda transósea es sumamente dolorosa. Si fuera imprescindible realizarla, se hará por punción de la cara interna de la tibia a nivel de la tuberosidad anterior; allí sólo existe la piel y la lámina tendinosa de la pata de ganso. De esta manera se visualiza todo el sistema poplíteo femoral. Logramos el mismo objetivo por una pequeña descubierta de la safena externa retromaleolar inyectándola directamente, lo que es una variante simplificada de la técnica de Villamil y Ciruzzi. En cuanto a la transtrocantérea, a la transiliaca y a la transpubiana, diremos que la punción de la vena femoral común da mejores imágenes, es indolora, muy fácil de realizar y es inocua para el paciente. Solamente la transpubiana es justificable cuando se desea visualizar el drenaje venoso de los órganos pelvianos.

En suma: La transmoleolar externa o la transcalcaneana (con riesgo de severa osteítis), cuando han fracasado las vías de inyección venosa y la transpubiana, conservan actualmente indicaciones.

Las flebografías retrógradas (Bauer, Gullmo, Villamil y Ciruzzi) en posición erecta, por punción o cateterismo, son anti-fisiológicas. Todas muestran el descenso del contraste a contracorriente hasta distintos niveles en el muslo y aun hasta la pierna. No demuestran que existe insuficiencia valvular profunda, porque normalmente en reposo muscular existe una incompetencia valvular fisiológica. Si al inyectar el contraste se acusa molestia o dolor, no hay descenso retrógrado, porque el paciente contrae los músculos y el sistema valvular se hace competente.

Contraste.— Tipo: proscriptos los diyodados hidrosolubles (Umbradyl, Perabrodyl, Nosylan) por irritantes y provocadores

de flebitis químicas. Usar los triyodados hidrosolubles (Urografina al 76%, Hypaque al 50%, Vasurix al 38%).

Cantidad.— 40 c.c. En casos de grandes várices superficiales o miembros de gran tamaño, aumentar a 60 c.c. para obtener un buen relleno de todo el sistema venoso.

Con el uso de estos contrastes han desaparecido las tromboflebitis químicas del sistema profundo.

En 800 flebografías realizadas personalmente, registramos tres casos de trombosis de la vena inyectada en el dorso del pie. El lavado de las venas, luego del examen con 40 c.c. a 60 c.c. de suero heparinado (1½ c.c. en 250 c.c. de S. F.), asegura la inocuidad del procedimiento.

En cuanto a la idiosincracia al yodo en 500 flebografías efectuadas, sin protección antialérgica, ni test previo, sólo tuvimos 2 accidentes alérgicos que fueron yugulados inmediatamente con Fenergán intravenoso por la misma aguja utilizada para la flebografía. Como norma, debe inyectarse siempre Fenergán intramuscular o similares, antes del examen contrastado, para evitar ulterioridades.

No daremos los requisitos técnicos para obtener un buen flebograma porque escapan a la finalidad de este tema.

FLEBOGRAMA NORMAL

Se rellenan solamente las venas longitudinales de la pierna y del muslo. En pierna se observan cortos trayectos horizontales que nacen de las venas axiales y se detienen a nivel de la primera válvula. Son las comunicantes suficientes. Muy frecuentemente se observa una femoral superficial doble, desde la poplítea al tercio superior de muslo, donde se juntan disponiéndose como un ojal. Esta variante anatómica tiene una tremenda importancia para los que efectúan el Linton I. Es un hecho frecuente el relleno de la femoral profunda por anastomosis de sus venas de origen con la poplítea.

Excepcionalmente aparecen rellenos simultáneamente los tres grupos de venas profundas de la pierna. Corrientemente se ven tibiales posteriores e interóseas, faltando las tibiales anteriores. A veces aparecen rellenas tibiales anteriores e interóseas, no visualizándose las tibiales posteriores. Este hecho no tiene valor patológico si no existen otros signos que hagan pensar en la obstrucción.

Creemos que esta circulación por uno u otro grupo de venas, está en relación con el sitio de inyección a nivel del pie, ya sea interno, mediano o externo.

Resumiendo, el flebograma normal muestra:

1) Al sistema venoso profundo axial de pierna y muslo. con venas de calibre regular y provistas de válvulas. El sistema iliaco generalmente no se visualiza por la dilución que sufre el contraste cuando recibe el importante aflujo de sangre de la femoral profunda.

2) La ausencia de relleno de venas superficiales, tanto durante el ascenso del contraste en reposo, como luego de la prueba funcional, lo que traduce la buena continencia del sistema valvular de las comunicantes y de las válvulas ostiales, en situaciones diametralmente opuestas.

3) Luego de la prueba funcional la evacuación total del sistema profundo, quedando teñidos de contraste solamente los repliegues valvulares, lo que demuestra la existencia de un calibre venoso apto para dar salida al gasto de aporte súbito producido por el bombeo muscular y además demuestra que las válvulas han cumplido su misión esencial de orientadoras y de contención del retroceso de la corriente durante la contracción muscular.

FLEBOGRAMAS PATOLOGICOS, SINDROMES FLEBOGRAFICOS

El espacio limitado nos impide analizar las distintas situaciones clínicas de aparición de los diversos síndromes flebográficos. Esquemáticamente expondremos:

A) *Insuficiencia del sistema de comunicantes*

Es el fracaso del aparato valvular de las comunicantes que permite el pasaje de la sangre del sistema profundo al superficial. Es la situación más común de la práctica diaria. El sistema profundo no presenta alteraciones morfodinámicas, contrariamente a la opinión de Martorell.

En primer lugar, claudica la comunicante media y con frecuencia similar, la o las inferiores de cara interna de pierna con relleno sectorial directo de la safena interna o de algunas de sus múltiples ramas colaterales, las cuales siempre aparecen varicosas, no así la propia safena que conserva su calibre normal la mayoría de las veces en las etapas iniciales.

Resaltamos dos hechos, uno anatómico y otro funcional: 1^º) La safena interna desde la rodilla hacia abajo, con gran frecuencia aparece subdividida, en dos, tres y hasta cuatro ramas con sus correspondientes colaterales para cada división. 2^º) La aponeurosis profunda del miembro, juega un rol fundamental en la continencia del sistema comunicante durante la contrac-

cion muscular. Este mecanismo está defectuoso y su efecto invertido en el comienzo de las várices por falla de comunicantes, como lo han demostrado los egipcios Askar y Kassemk ("Brit. J. Radiol.", 36: 583-585; 1963).

Conclusiones de orden práctico.— La safenectomía total por fleboextractor largo, con incisiones ínguino-maleolar, en gran cantidad de casos no soluciona definitivamente el problema, porque o extrae a una safena interna generalmente normal dejando sus ramas colaterales varicosas alimentadas por comunicantes o extrae a una de las múltiples ramas de división de la safena dejando las otras safenas con sus colaterales dilatadas, hechos previsibles por el flebograma preoperatorio y comprobados definitivamente en los flebogrames por recidiva de várices. Además se debe ir pensando en inventar un tratamiento quirúrgico restaurador de la acción de la aponeurosis profunda sobre las comunicantes en el comienzo de las várices para evitar su progresión. En etapa más evolucionada fracasan los tres grupos de comunicantes de cara interna, apareciendo la safena muy varicosa y estática en las partes inferiores de la pierna. Corrientemente también se asocia la falla de comunicantes de la logia ánteroexterna rellenando ramas colaterales anteriores de la safena interna o a un sistema ánteroexterno de la pierna y rodilla que se prolonga por anterior de muslo. Mencionaremos los casos de várices cilíndricas, sin dilataciones circunscritas, con sólo aumento del calibre de todo el sistema safeno interno que es alimentado por comunicantes insuficientes de pierna, produciéndose el relleno retrógrado y la estasis de la safena en los territorios inferiores de pierna, no existiendo reflujo ostial. En cuanto a la insuficiencia exclusiva de una o varias comunicantes en el muslo, se observa con poca frecuencia y reproduce el cuadro flebográfico de la insuficiencia ostial de la safena interna, excepto su calibre normal en el triángulo de Scarpa.

Situación muy frecuente es la asociación de falla de comunicantes en la pierna y reflujo ostial de la safena interna. Radiológicamente, el reflujo ostial con safena rellena desde abajo por las comunicantes, se aprecia por la mayor intensidad del contraste en su sector proximal y por la dilatación del calibre en el trángulo de Scarpa. Nunca la safena se dilata en su cayado cuando es rellena anterógradamente.

B) *Insuficiencia del sistema superficial*

Se traduce por la incompetencia de sus aparatos valvulares ostiales inicialmente y luego dilatación con falla funcional de todo el sistema en dirección centrífuga. De los tres sistemas safenos: interno, externo y anterior, el primero es el que tiene mayor jerarquía clinicopatológica.

Insuficiencia ostial de la safena interna.— Recordar la existencia de dos safenas internas en el muslo, hecho poco frecuente, pero suficiente para provocar un fracaso terapéutico al extraer sólo una de ellas.

La insuficiencia ostial exclusiva de la safena interna, flebo-gráficamente se traduce por la inexistencia de comunicantes insuficientes en pierna y muslo, rellenándose la safena en forma retrógrada a partir de su válvula ostial, apareciendo muy varicosa en todo su recorrido, visualizándose entonces las divisiones múltiples de ésta en la pierna.

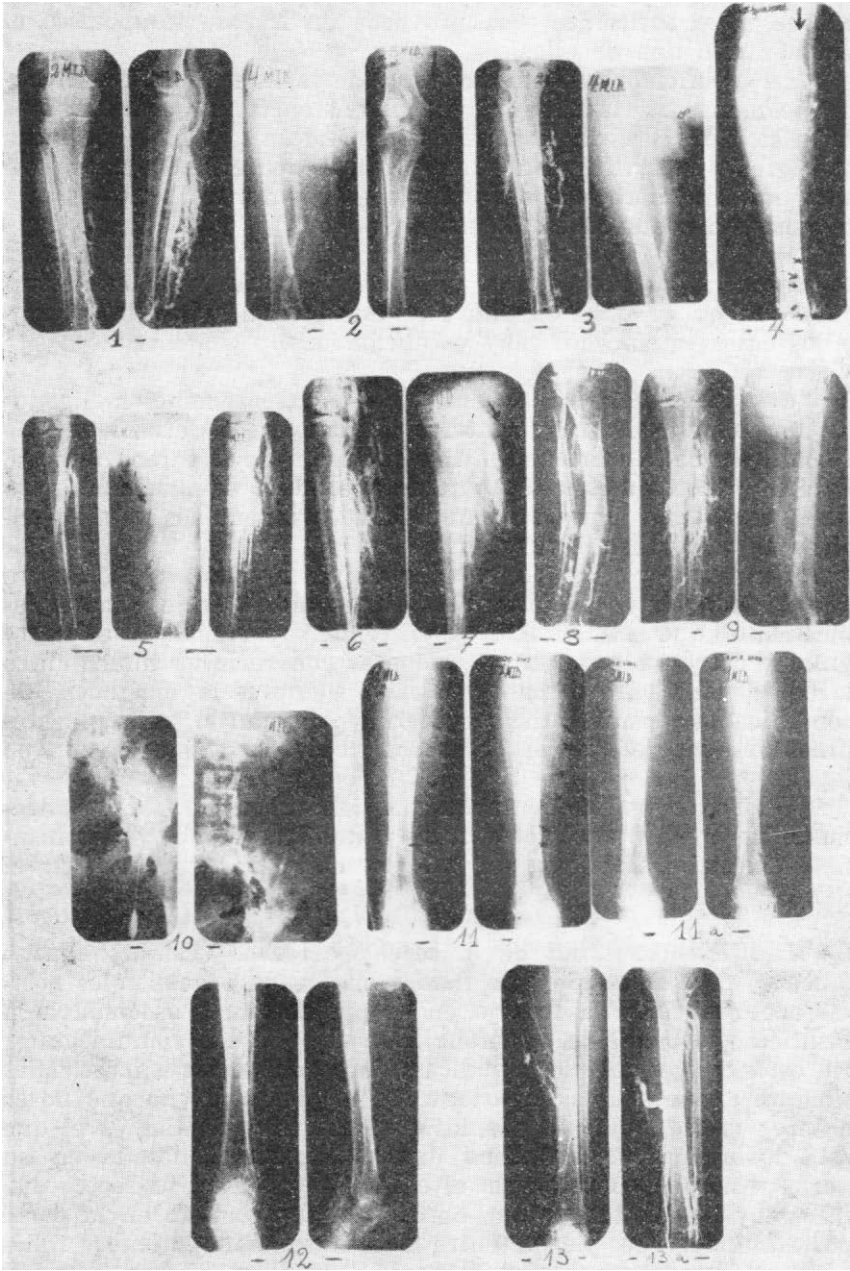
El estudio flebográfico sistemático de todo varicoso, nos ha mostrado la gran frecuencia de la insuficiencia ostial exclusiva, cosa que no veíamos cuando sólo estudiábamos los recidivados y los casos intrincados muy evolucionados.

Conclusiones de orden práctico.— Aparentemente la ligadura del cayado o la cayadectomía, solucionarían definitivamente estos casos de insuficiencia ostial exclusiva de la safena interna. En los primeros meses el resultado operatorio es excelente, pero basta que fallen algunas comunicantes para que las venas varicosas se vuelvan a ingurgitar.

Con gran frecuencia sucede que el fracaso es inmediato porque existían ya comunicantes insuficientes no detectadas clínicamente que alimentaban el sistema superficial. Los flebogramas postcayadectomía en pacientes con recidiva inmediata o tardía de sus várices han mostrado siempre, la existencia de comunicantes insuficientes en pierna o en muslo, reapermeabilizaciones por colaterales de la región del cayado o cayado no ligado.

Se concluye fácilmente que la ligadura sola o la cayadectomía deben ser proscriptas como tratamiento único de la insuficiencia ostial, debido a su probada ineficacia al transcurrir el tiempo.

Insuficiencia ostial de la safena externa.— Como hallazgo único es poco frecuente. La hemos observado en controles post-safenectomía interna total o en el preoperatorio asociada a la insuficiencia ostial de la safena interna y de sus comunicantes; en estos casos cuando claudican ambos sistemas superficiales siempre existe edema importante en la pierna, hecho que no se observa cuando sólo uno de los sistemas superficiales es el que está insuficiente. La safena externa aparece dilatada en su parte proximal, conservando el calibre regular en su sector distal. Muy frecuentemente se observa la anastomosis en la parte pósterointerna de pierna entre ambos sistemas safenos, rellenándose entonces anterógradamente la safena externa a partir de las colaterales de la interna. Toda vez que hemos logrado



visualizar la larga comunicante posterior del muslo ha sido en sentido normal de la corriente y nunca en sentido retrógrado

Insuficiencia del sistema safeno anterior.— Con frecuencia similar lo hemos visto rellenar, tanto anterógradamente a partir de comunicantes insuficientes de la logia ánteroexterna de pierna, como retrógradamente desde la parte proximal del muslo.

En los trastornos tróficos importantes preulcerosos y en las úlceras constituídas, se encuentran siempre flebográficamente comunicantes insuficientes a ese nivel y una red de venas varicosas subcutáneas que forman un colchón en el fondo de la úlcera.

C) *Insuficiencia del sistema profundo axial del miembro inferior*

Tema muy discutido y aún actualmente en controversia. La objetivación flebográfica morfodinámica en tromboflebitis evolucionadas nos ha permitido modelar un concepto sobre este problema.

Creemos que hasta ahora se le ha dado una importancia desmedida al sistema valvular iliofemoropoplíteo en su función de contener el reflujo venoso gravitacional en el ortoestatismo. Dijimos que las válvulas orientan la corriente y contienen el reflujo durante la contracción muscular, pero en relajación son normalmente incompetentes. Si existe un buen tonismo muscular y un apoyo aponeurótico suficiente, el flujo de retorno se realiza en condiciones casi normales, existiendo solamente un moderado retardo evacuatorio ante la ausencia de válvulas, como

Figs. 1 y 2: Falla de una pequeña comunicante en cara interna de pierna y reflujo ostial de la safena interna con dilatación de la región del cayado y relleno retrógrado de todo el sistema. Figs. 3 y 4: Caso similar, observándose la red varicosa a nivel de la úlcera supramaleolar interna. Fig. 5: Ligadura y resección del cayado de safena interna. No comunicantes en pierna. El sistema se rellena por comunicantes insuficientes del muslo. Existe además insuficiencia ostial de la safena externa. Figs. 6 y 7: Dos casos de insuficiencia ostial de safena externa. Fig. 8: Tromboflebitis no recanalizada de las venas profundas de la pierna a nivel de un foco de fractura evolucionada. Fig. 9: Tromboflebitis femoropoplíteica repermeabilizada, con leve tenosis y pérdida de los aparatos valvulares. Anastomosis espontánea poplíteica femoral profunda compensadora. Fig. 10: Tromboflebitis no recanalizada del sistema ilíaco izquierdo con circulación colateral iliolumbar. Figs. 11 y 11a: Arteriografía femoral mostrando las múltiples arteriolas perforantes y el relleno precoz de las venas superficiales en un caso de C. A. V. Fig. 12: Linfografía: obstrucción de los colectores con linfangiectasias y circulación colateral a nivel del borde inferior de la úlcera. Figs. 13 y 13a: Linfografía y flebografía: alteración regional de la permeabilidad de los troncos linfáticos en contacto con una comunicante venosa insuficiente.

se ve en las agenesias valvulares sin hipoplasia venosa o en las tromboflebitis con destrucción valvular, pero con restitución del calibre venoso al diámetro preflebítico. Estos pacientes presentan al final del día un moderado edema distal sin otros trastornos tróficos.

En los síndromes postflebíticos evolucionados se comprueban tres grupos de pacientes en orden decreciente de frecuencia:

1º) Los recanalizados o inicialmente no obstruidos totales, que presentan un diámetro venoso muy disminuido. Solamente recordamos dos casos con demostración flebográfica inicial de su obstrucción total, y repermeabilización con estenosis importante de la femoral en el control alejado. Difícil es decir, si todos los casos de tromboflebitis que catalogamos como recanalizados, son tales, ya que pudieron ser tromboflebitis murales que no llegaron a la oclusión total de la luz; esto se debe a que no se estudian flebográficamente los pacientes en la etapa aguda para comprobar el estado inicial de su afección.

2º) Los no recanalizados en algún sector de su sistema venoso.

3º) Los recanalizados totales o no obstruidos inicialmente, que conservan el diámetro venoso adecuado, pero con desaparición de sus aparatos valvulares.

En cuanto a la topografía de las lesiones, la frecuencia en orden decreciente es: 1º) la femoral superficial y parte proximal de poplítea 2º) el sistema iliaco; y 3º) las venas profundas de la pierna. A veces existen localizaciones bipolares.

En los síndromes postflebíticos femoroiliacos no recanalizados o en los recanalizados con severa estenosis de la luz, flebográficamente se comprueba que durante la fase de relleno pasivo fallan varias comunicantes en la pierna, pero es durante la prueba funcional que se observa la irrupción brusca hacia los territorios venosos superficiales con gran encharcamiento de los mismos, por las comunicantes insuficientes preexistentes y por gran cantidad de neoformadas frente al obstáculo venoso profundo. Todos sabemos que un ulceroso postflebítico mejora y cura clínicamente con reposo prolongado y elevación del miembro, pero que las lesiones reaparecen cuando entra en actividad. Este hecho se explica porque el gasto de retorno en reposo es mínimo y la zona estenótica es suficiente para darle salida. En cambio, durante la contracción muscular, el aporte súbito de sangre a dicha zona pone en evidencia la incapacidad para dar libre paso al gran torrente que llega, produciéndose la ingurgitación venosa y el escape a los territorios superficiales, creando la estasis y las várices sintomáticas en éstos con las consecuencias subsiguientes: edema, trastornos tróficos y úlcera. Las comunicantes del tercio superior de la pierna son las que mejor cumplen su misión de desagüe del profundo (respetarlas siempre) porque

desembocan en un sistema safeno interno agrandado por sobrecarga, pero generalmente no varicoso proximalmente. En cambio, las comunicantes de los dos tercios inferiores están muy alteradas y alimentan a las venas superficiales varicosas en las zonas trofoulcerosas (deben ser extraídas).

Por lo tanto, el postflebítico con estenosis importante del diámetro venoso profundo no sufre porque soporte el peso de la columna de sangre debido a la pérdida de sus válvulas, que produciría la falla de las comunicantes, sino porque el profundo está incapacitado para lograr el drenaje rápido durante la contracción muscular, fallando las comunicantes por hipertensión venosa dinámica y no estática, como hasta ahora se aceptaba. Hecho irrefutable contra la fisiopatología de la hipertensión venosa pasiva del profundo por reflujo alto, es el caso del tromboflebítico no recanalizado iliofemoral cuya transmisión está bloqueada y cuya sintomatología periférica es muy similar al permeable parcial.

Resumiendo el problema del profundo: es una cuestión de "diámetro venoso" y no de "válvulas venosas".

Proyecciones terapéuticas.— Creemos que todo procedimiento quirúrgico que reduzca aún más la luz venosa profunda (ligaduras, resecciones segmentarias de vena) debe ser proscrito, porque agrava una situación preexistente en el estenótico y destruye la obra espontánea realizada en aquel que logró obtener un diámetro prácticamente normal al superar la afección.

Acorde con el trastorno fisiopatológico comprobado flebo-gráficamente, la cirugía debe actuar en los trombosados totales y en los estenóticos importantes, con un criterio de adición, es decir, colocando nuevas vías de drenaje para facilitar el retorno. Solamente debe actuar con criterio de sustracción de vías venosas en los dos tercios inferiores de los planos superficiales de la pierna extirpando comunicantes, arteriolas perforantes y venas varicosas porque mantienen la estasis y provocan los trastornos tisurales que llevan a la ulceración; es decir, desconectar la región trofoulcerosa de los aportes sanguíneos laterales y desde arriba. Situación de real dificultad quirúrgica es la trombosis de las venas profundas de la pierna en sus tercios inferiores, donde no se pueden extraer las venas superficiales en las zonas trofoulcerosas, pues toda la circulación se realiza por la superficie.

Auténtica insuficiencia valvular profunda la hemos comprobado varias veces en las venas gemelas internas con relleno retrógrado de las mismas, dilatación y estasis luego de la prueba funcional. Son pacientes que se quejan de dolores y pesadez en las pantorrillas y no presentan várices superficiales. Serían las "várices internas" muy mencionadas por los pacientes. No tenemos conocimiento de que se haya actuado quirúrgicamente

para corregir esta insuficiencia. También hemos observado en algunos pacientes relleno retrógrado de la femoral profunda hasta sus ramas de origen muscular, testimoniando una insuficiencia valvular profunda.

Arteriografía.—La aplicación de esta técnica a los miembros con trastornos varicosos ha mostrado la gran frecuencia de la existencia de comunicaciones anormales arteriovenosas. Personalmente tenemos 45 casos registrados con esta alteración. Para obtener efecto comparativo, el estudio arteriográfico debe realizarse en todos los casos, con igual número de placas, con el mismo tiempo entre ellas y con cantidad de contraste constante en todos los pacientes. No son comunicaciones groseras a nivel troncular, sino a nivel arteriovenular o en el lecho capilar, donde existe una hiperostomía arteriovenosa. Radiológicamente se manifiestan por el aumento exagerado del número de arteriolas musculares que nacen principalmente de la femoral superficial y también de la profunda y por el aumento del número de arteriolas perforantes que llegan a los planos extraaponeuróticos conectándose directamente con las venas, produciendo el relleno precoz de éstas, durante la fase arterial.

Las hemos encontrado en diversas situaciones clínicas: a) en várices aparentemente esenciales, y b) en várices y úlceras posttromboflebitis.

Sospecha seria de su existencia debe plantearse:

- a) En pacientes con várices, cuyo flebograma es normal, no rellenándose el superficial.
- b) En todo síndrome de Klippel-Trenaunay, donde existen siempre, asociadas o no con malformaciones venosas y linfáticas.
- c) En pacientes con várices en territorios muy atípicos.
- d) En pacientes con várices de un solo miembro.
- e) En pacientes con várices iniciadas en la niñez o pubertad.
- f) En pacientes con edema unilateral de pierna sin causa aparente.
- g) En pacientes con aumento del calor local, sin várices ni alargamiento del miembro.
- h) En pacientes muy jóvenes con síndrome de claudicación intermitente de miembros inferiores y pulsos conservados.

Frente a la sospecha de C. A. V. cuando existen venas superficiales puncionables, preferimos comenzar el estudio tomando la oximetría y la presión venosa, de acuerdo a las directivas dadas por el Dr. R. Praderi y, una vez confirmadas por estos procedimientos, realizar el arteriograma localizador.

Linfangiadenografía.— Está indicada en todo miembro inferior con alteraciones tróficas y edema; por el método de Kinmonth con contrastes triyodados hidrosolubles para pesquisar las alteraciones regionales de la permeabilidad de los troncos linfáticos, pues el Lipiodol ultrafuido no las muestra.

Los hallazgos encontrados han sido:

- a) *En várices simples, sin úlceras:* 1) Alteración de la permeabilidad regional de los troncos colectores linfáticos que se encuentran en contacto con una comunicante insuficiente o con una vena varicosa. 2) Signos de linfoestasis regional con reflujo a colectores aferentes del tronco principal, sin llegar a las redes dérmicas de origen.
- b) *En la úlcera abierta:* 1) Apertura de los troncos linfáticos en los bordes de la úlcera, con linforrea en la misma. Este hecho tiene gran importancia para la aplicación de los injertos plásticos en la región ulcerosa. 2) Bloqueo de varios troncos en el borde inferior, con evidentes signos de linfangiectasias y circulación colateral a distancia. Algunos troncos muy esclerosados y estenóticos atraviesan el fondo de la úlcera. 3) Adenomegalias inflamatorias en el linfocentro inguinal superficial.
- c) *En la úlcera cicatrizada:* 1) Várices de los troncos a ese nivel. 2) Lagos de linfa en el celular periulceroso. 3) Bloqueo permanente de todos los troncos regionales, con estasis retrógrada en la zona de alteración trófica.

En las tromboflebitis evolucionadas, obstructivas totales o con estenosis muy cerrada, en las partes inferiores de la pierna se observan los signos linfáticos descritos, pero existe además un proceso de esclerosis con obstrucción de los troncos del muslo que lleva al linfoedema progresivo asociado al producido por la dificultad al retorno venoso. Finalmente, diremos que todo miembro trofoulceroso, largamente evolucionado, debe ser explorado en sus tres sectores vasculares y recién entonces plantear soluciones terapéuticas.

CONCLUSIONES

1) Con los actuales contrastes triyodados hidrosolubles, el uso de suero heparinado y la protección antialérgica, la flebografía por vía venosa directa es un procedimiento inocuo en lo regional y en lo general.

2) Es un imperativo el flebograma preoperatorio sistemático en todo varicoso para planear la operación sobre datos objetivos, lo que aparejará un gran aumento en los porcentajes de curaciones definitivas y hará caer a cero las enfermedades yatrogénicas del sistema venoso.

3) No utilizar como procedimiento de rutina en la práctica diaria las flebografías transóseas, aplicándolas solamente en casos de excepción. En cuanto a las retrógradas, sean por punción o cateterismo, de pie o en decúbito, por ser antifisiológicas no deben ser utilizadas.

4) Sería conveniente planificar un tratamiento corrector de la aponeurosis profunda para evitar la progresión de la falla de las comunicantes, en el inicio de várices por este mecanismo.

5) La safenectomía interna total por fleboextractor ínguino-maleolar, no siempre es la solución ideal por las razones antedichas.

6) Debe proscribirse la ligadura sola o la cayadectomía, como único tratamiento de las várices por insuficiencia ostial de la safena interna, por los motivos expuestos.

7) En los síndromes postflebíticos femoroiliacos no recanalizados o en los que presentan una estenosis muy importante, el cirujano debe propender a colocar vías de drenaje del sistema profundo, actuando con criterio reseccionista sólo en los dos tercios inferiores de los planos superficiales de la pierna, conservando el sistema venoso superficial desde el tercio superior de pierna hacia arriba.

En los síndromes postflebíticos totalmente recanalizados (o primitivamente no obstruidos) con diámetro venoso suficiente y pérdida de las válvulas, creemos que no debe actuarse poniéndole un nuevo obstáculo al ya superado. Si la etapa aguda dejó comunicantes insuficientes, lo conveniente sería eliminar éstas, tonificar el accionar musculoponeurótico, pero no colocar ligadura sobre el profundo, que es retrotraer la situación prácticamente a la etapa de trombosis aguda.

8) Recordar que en muchas situaciones clínicas existe una patogenia arteriovenosa de los trastornos trofocerosos y que la arteriografía, junto con la oximetría y la presión venosa, la pone en evidencia.

9) Recordar finalmente que la linfangiadenografía muestra severos trastornos en esta importante vía de retorno, en la inmensa mayoría de los miembros con insuficiencia venosa crónica, lo que nos ayudará a establecer un pronóstico más exacto sobre las posibilidades de curación definitiva de los trastornos de estos pacientes.