

FLEBOGRAFIA FUNCIONAL RETRÓGRADA PERCUTÁNEA

VÍCTOR SALLERAS

Barcelona (España)

Enemigos decididos de todas aquellas exploraciones que requieren una intervención quirúrgica por elemental que sea, dada la repugnancia con que en general son aceptadas y la imposibilidad, salvo en casos excepcionales, de reiterarlas, y convencidos por otra parte de las extraordinarias ventajas que en el orden diagnóstico reporta la flebografía funcional o dinámica, nos hemos esforzado en conseguir una técnica que eludiendo el primer inconveniente nos brindara la oportunidad de aprovechar la segunda condición. Después de varios ensayos, hemos conseguido sistematizar un método que nos parece satisfactorio, ya que ha permitido deducir de sus resultados unas indicaciones terapéuticas que de otro modo hubiera sido difícil concluir.

No pretendemos ser originales en el concepto fundamental del procedimiento, que otros antes que nosotros habían expuesto, pero sí creemos que en su conjunto la técnica no ha sido hasta ahora descrita, si juzgamos por la revisión que sobre el tema hemos realizado en la dilatada bibliografía consultada.

Con ella nos proponemos, esencialmente, visualizar el comportamiento del sistema venoso profundo de la forma más fisiológica posible, con el mínimo de molestias para el enfermo y con la posibilidad de insistir en la exploración tantas veces como sean precisas para enjuiciar con base cierta el problema que el enfermo nos presenta.

Esto lo hemos conseguido haciendo que el medio de contraste alcance los vasos profundos a través de una vena superficial cuya punción resulte fácil y cómoda, obteniendo la onda retrógrada que nos ha de permitir visualizar el sistema profundo mediante la presión transmitida por un mecanismo absolutamente fisiológico.

Los procedimientos operatorios o no que se han descrito hasta ahora adolecen, a nuestro juicio, de uno o varios defectos. Para exponerlos será mejor condensarlos en dos grandes apartados: uno de ellos, fácilmente deducible de lo que hemos dicho al principio, engloba todas aquellas técnicas que re-

quieren un acto operatorio para conseguir la flebografía, como las descritas por BAUER, ROBERTSON, CIRUZZI, VILLAMIL y FERREIRA y BENCHIMOL. A nuestro modesto entender tienen el gran inconveniente de que no es prácticamente posible repetirlas, ya que no lo es insistir una y otra vez en el descubrimiento operatorio de la vena elegida; y por otra parte algunas de ellas



Fig. 1. — Flebografía funcional retrógrada percutánea. Femoral suficiente. A través de alguna pequeña comunicante se opacifican parcialmente las venas profundas, dejando sombras valvulares «flotantes»

obligan a tomar una decisión inmediata, para aprovechar la actuación quirúrgica, sin dar tiempo a valorar debidamente un flebograma cuya corrección técnica puede ser dudosa o prestarse a interpretaciones diversas que una madurada reflexión contrastada, si es preciso con una nueva exploración clínica del enfermo, podría seguramente evitar, orientando la táctica y el procedimiento operatorio con las máximas garantías de seguridad.

En el otro grupo, dentro del cual deben además incluirse varios de los métodos que integran el primero, comprendemos las técnicas en las que los artificios utilizados para conseguir la difusión retrógrada del líquido de contraste no pueden considerarse como absolutamente fisiológicas. No puede serlo la inyección en la vena femoral por punción directa o a través del muñón de la safena interna, cuando se evita por compresión que la sustancia opaca siga la dirección de la corriente en sentido proximal (técnicas de BAUER, LUKE, etc.). Ni tampoco lo será cuando la presión con que se inyecta el líquido sea función de la fuerza impelente

del émbolo de la jeringa manejado por el operador.

En gran número de casos y en condiciones normales de bipedestación, las válvulas de las venas profundas son suficientes para mantener la columna sanguínea, pero dejan de serlo en cuanto gravita sobre ellas el impulso ejercido por el aumento de presión fisiológico que representa, por ejemplo, un esfuerzo de la prensa abdominal. En este sentido la técnica de BENCHIMOL nos parecería correcta si, dejando por un lado de ser operatoria, la realizara no guardando el enfermo un riguroso decúbito supino. Mejor es en este aspecto el método de SHUMACKER y aquéllos que de él derivan, aunque la ima-

gen obtenida sea más estática que funcional al no demostrar las variaciones que una hiperpresión fisiológica pueda transmitir a la columna venosa.

Finalmente, debemos considerar como desechable, por reunir la mayoría de inconvenientes, la flebografía retrógrada cuya técnica se apoye en el método inicialmente descrito por BAUER.

Con el proceder que preconizamos, el líquido opaco inicia su camino, en dirección normal, ascendente, en una vena superficial en un lugar lo más próximo posible a su desembocadura en el vaso profundo y al difundirse en el mismo se ordena la ejecución del esfuerzo impresionando seguidamente la radiografía.

Según se trate de visualizar el sistema profundo del muslo o de la pierna, variamos ligeramente la técnica, pero siguiendo siempre sus rasgos fundamentales. Al principio tomábamos dos radiografías tanto en uno como en otro método, pero últimamente nos limitamos a hacerlo cuando flebografiamos los vasos profundos de la pierna, puesto que en el muslo la radiografía conseguida después del esfuerzo es lo bastante demostrativa para permitirnos el ahorro de la primera placa.

Técnica I. — Con el enfermo de pie y valiéndonos, si la safena interna no es fácilmente perceptible, de la maniobra de Schwartz, señalamos con tinta el punto donde debe ser practicada la inyección

que procuraremos sea lo más cerca posible de su desembocadura en la femoral, para eludir en lo posible la repleción de dicha vena a través de la comunicante del conducto de Hunter, muy constante, que podría proporcionarnos una imagen engañosa.

Seguidamente se coloca el paciente en decúbito supino en la mesa radiológica en posición de Murphy en un ángulo aproximado de 60°. Se ciñe un lazo ligeramente compresor inmediatamente por debajo del punto de inyección para evitar la difusión retrógrada del contraste en el vaso superficial, facilitada por la densidad del medio opaco y por la posición del enfermo. Punción percutánea de la vena, sin previa anestesia local, con una aguja gruesa de



Fig. 2. — Flebografía funcional retrógrada percutánea. Insuficiencia de la vena femoral. Voluminosa comunicación entre los sistemas superficial y profundo

bisel corto, montada en una jeringa que contenga 20 c. c. de Umbradil al 50 por ciento. Inyección del líquido a razón de un centímetro cúbico por segundo. Una vez se han inyectado las dos terceras partes del contraste se ordena al enfermo, previamente adiestrado, que tosa por dos veces sucesivas, mientras se continúa la inyección, al término de la cual se impresiona la placa.



Fig. 3. — Flebografía funcional retrógrada percutánea. Femoral suficiente. Inyección a través de una rama de la safena interna



Fig. 4. — Flebografía funcional retrógrada percutánea. Insuficiencia venosa profunda esencial. A la izquierda las venas profundas aparecen bien contrastadas y se vacían en la red superficial a través de una gruesa comunicante. A la derecha, la radiografía practicada después del esfuerzo demuestra cómo la substancia opaca ha abandonado en parte los vasos profundos, mientras la red superficial se hace más visible

Técnica II. — Se señala con tinta la safena externa a nivel del hueco poplíteo. Colocación del enfermo en decúbito prono sobre la mesa radiológica inclinada, como en la técnica precedente, en ángulo de 60°. Punción de la vena, que es comprimida por debajo con el pulgar de la mano izquierda, e inyección rápida de 20 c. c. de Umbradil al 50 por ciento; al término de ella se retiran aguja, jeringa y dedo compresor, impresionándose inmediatamente la primera placa. Se invita al enfermo a realizar un esfuerzo muscular de igual forma a como proponen FERREIRA, CIRUZZI y VILLAMIL, y a continuación se toma el segundo clisé.

Preferimos provocar la corriente retrógrada por contracción muscular porque en esta región nos parece más fisiológico, aunque la imagen obtenida con uno u otro método proporciona datos semejantes. No colocamos lazo constrictor para no perturbar, si lo hubiere, el reflujo a la red venosa superficial.

La lectura o interpretación de los flebogramas así conseguidos resulta fácil, ya que las imágenes de las venas profundas del muslo son semejantes a las obtenidas con las distintas técnicas de flebografía retrógrada, y las de la pierna, a las que presentan FERREIRA, CIRUZZI y VILLAMIL valiéndose de su técnica original.

Siempre que lo hemos considerado necesario nos ha sido posible repetir la exploración, pues el medio de contraste que empleamos no acostumbra a trombosar el vaso inyectado, sobre todo tratándose de enfermos con incompetencia valvular idiopática. Dicha contingencia sólo la hemos observado, hasta ahora, en enfermos con trastornos postflebíticos; en uno de ellos se produjo una verdadera flebitis química del sistema superficial, tal como ha sido señalada por otros autores, que requirió para solucionarla el establecimiento de una terapéutica anticoagulante.

RESUMEN

Tras un juicio crítico de los procedimientos flebográficos empleados para la visualización de la circulación venosa profunda de los miembros inferiores, el autor expone una variante original, puncionando la safena cerca de su cayado, a través de la piel. La denomina «Flebografía funcional retrógrada percutánea».

SUMMARY

After some considerations on phlebographie technics in order to visualice the deep venous circulation of the lower extremities; the author reports an original procedure by injection of the great saphenous vein near its proximal end, through the skin. He names it «Percutaneous retrograde functional phlebography».