

POSIBILIDADES DEL EXAMEN FLEBOGRAFICO

P. MOLINARI y D. L. VILANOVA

Hospital Rawson, Buenos Aires (Argentina)

El objeto de esta presentación es fijar las posibilidades del examen flebo-gráfico en las afecciones venosas del miembro inferior, particularmente en el síndrome de insuficiencia venosa crónica.

Con fines didácticos haremos primero distintas apreciaciones semiológicas, para luego aplicarlas a la clínica y al tratamiento.

Consideramos que en cualquier caso clínico la exploración flebográfica debe estar dirigida a dar datos precisos sobre los siguientes puntos:

- 1) Estado de la luz vascular.
- 2) Existencia y grado de reflujo.
- 3) Determinación y localización de perforantes insuficientes.

En algunas afecciones venosas será suficiente con sólo uno de ellos, y en otros dos o los tres; la técnica a emplear por consiguiente será adecuada a los fines perseguidos.

El estudio de la luz vascular nos informará sobre obstrucciones completas o incompletas, grado y extensión de las mismas, los que correlacionados con la clínica nos llevarán al diagnóstico de las trombosis agudas o crónicas.

Una técnica flebográfica adecuada que permita la visualización más completa del árbol profundo es imprescindible para este fin.

Creemos que utilizando la vena retromaleolar externa, con el enfermo en decúbito ventral, inyectando suficiente cantidad de substancia opaca y obteniendo la placa con mayor o menor premura según la altura del sistema venoso que se desea obtener es como se pueden conseguir las mejores imágenes del árbol profundo.

El estudio de la luz vascular nos llevará a las siguientes conclusiones:

a) Imagen normal, cuando el lleno del vaso sea completo, sus bordes paralelos, su opacidad homogénea y su recorrido recto y en el sitio y dirección que normalmente le corresponde.

b) Obstrucción total, que podremos afirmarla con certeza cuando el vaso se ha llenado en sectores proximales y distales, siendo reemplazado su tra-

yecto intermedio por vasos colaterales de pequeño diámetro, sinuosos y que unen los segmentos opacificados. Sin el lleno de un sector proximal y distal del sistema venoso el agotamiento de la substancia de contraste nos puede llevar al diagnóstico erróneo de obstrucción venosa total.

c) Obstrucción parcial, a la que nos llevará la visualización de vasos con bordes no paralelos, irregulares, zonas de distinta densidad, imágenes lacunares, rellenos proximales y distales unidos por un trayecto filiforme acompañado o no de vasos colaterales irregulares y disminución en zonas de la luz vascular.

d) Falta de relleno total e imagen negativa del sistema profundo que en algunas ocasiones se produce exclusivamente porque la substancia de contraste ha tomado el recorrido de los vasos superficiales; por lo tanto, de ella no se puede sacar una interpretación segura de obstrucción, pero sí una presunción firme cuando se han guardado todos los requisitos técnicos que favorecen el lleno del sistema profundo por el medio de contraste.

La investigación del reflujo de la substancia de contraste inyectada en el sistema profundo nos precisará el estado funcional del árbol venoso. Para este fin creemos que la técnica aconsejada por los Dres. FERREIRA, CIRUZZI y VILLAMIL es una de las más adecuadas y es la que practicamos generalmente. Con el enfermo en posición de pie inyectamos el medio opaco a través de la safena externa en su tercio superior y obtenemos dos placas, una al final de la inyección y otra después que el enfermo se ha parado tres veces en punta de pies.

El reflujo como dato de valor sólo puede ser considerado cuando la substancia opaca ha penetrado completamente en el sistema profundo, en un segmento normalmente provisto de válvulas y adquiriendo una importancia mayor que el pequeño grado de reflujo que se puede encontrar en sujetos normales. Por lo tanto consideramos a un reflujo como patológico cuando inyectado el líquido a través de la safena externa en la poplítea nos llena los vasos tibiales y peroneos hasta el tercio inferior de la pierna, o cuando inyectado en la femoral común a través de la safena interna tal cual lo aconsejaba BAUER nos visualiza el tronco femoral por debajo de su tercio superior. Creemos pues que para hablar de reflujo patológico debe hacerse una interpretación cuantitativa del mismo y debe tenerse presente ese tanto por ciento de individuos clínicamente normales que poseen un reflujo importante.

La investigación flebográfica de las perforantes independientes, que actualmente después de los trabajos de STANTON, SHERMAN y LINTON se les está asignando tanta importancia en la patogenia de la insuficiencia venosa crónica de los miembros inferiores, nosotros la efectuamos siguiendo la técnica aconsejada por MASSEL y ETTINGER, inyectando el medio opaco a través de una de las venas del dorso del pie, colocando tres lazos que interrumpan la circulación superficial: uno supramaleolar, otro por encima de la rodilla y otro en la parte más alta del muslo y con el enfermo en posición de pie.

La afirmación de la presencia de una perforante insuficiente solamente la efectuamos cuando se visualizan vasos profundos y superficiales unidos por un trayecto perforante. Debido a los lazos que interrumpen la circulación superficial tenemos la seguridad de que el líquido opaco ha ido de la profundidad a la superficie, y decimos esto porque creemos que la visualización del sistema superficial y profundo sin conocer la forma en que se ha obtenido el lleno no permite sacar conclusiones de valor.

La localización de las perforantes insuficientes la hacemos obteniendo placas de frente y perfil y midiendo su altura. Creemos que esta localización debe ser precisada con mayor exactitud en las perforantes de la cara externa de la pierna debido a la mayor dificultad que hay en ella para su exploración quirúrgica.

Por lo que respecta a la varicografía, o sea la visualización radiológica de un trayecto varicoso, la usamos solamente en las varices residuales cuando clínicamente es imposible determinar la perforante que las está manteniendo.

Concretando ahora la determinada técnica que usamos en las distintas afecciones venosas de los miembros inferiores diremos: Que en las trombosis venosas agudas, en especial las flebotrombosis donde es fundamental explorar el estado de la luz vascular, usábamos la flebografía ascendente inyectando por la vena retromaleolar externa, y decimos usábamos porque en la actualidad la creemos innecesaria pues estamos convencidos que con la clínica sola se puede llegar al diagnóstico de las trombosis venosas agudas.

En los síndromes postflebíticos confirmados o en aquellos de antecedentes dudosos donde deseamos averiguar si el árbol profundo está obstruido o recanalizado, efectuamos la flebografía retrógrada, que a más de informarnos sobre los estados de obstrucción o recanalización también nos informa sobre el estado funcional del sistema venoso y del corazón periférico, y lo mismo podemos decir para aquellos casos en que se sospecha una insuficiencia profunda congénita o primaria. También somos de opinión que el porvenir de la flebografía dinámica estará condicionado por los resultados terapéuticos que se les asigne en el futuro a las ligaduras profundas en el tratamiento de las insuficiencias venosas. En cambio nuestro entusiasmo actual va dirigido a la investigación de las perforantes insuficientes en los postflebíticos y en los varicosos graves. Con ese fin efectuamos la flebografía con la técnica de Massel y Ettinger.

La varicografía solamente la usamos en casos especiales de varices residuales.

En cuanto a la relación entre la flebografía y la elección del tratamiento, debemos decir que en los postflebíticos que presentan un gran reflujo con venas dilatadas y en los cuales presumimos o comprobamos la existencia de otros sistemas venosos suficientes para drenar el miembro todavía hacemos ligaduras profundas.

En las insuficiencias venosas crónicas en que la flebografía indica la pre-

sencia de perforantes insuficientes independientes de los sistemas safenos, las investigamos y ligamos subfacialmente.

Como conclusiones de nuestra práctica flebográfica podemos afirmar que el criterio sustentado en la Sección de Cirugía Vascular, de la Escuela Quirúrgica Municipal para Graduados, a cargo del Dr. V. F. PATARO, es el siguiente:

- 1) Consideramos a la flebografía un elemento de importancia diagnóstica en los síndromes postflebíticos, en la insuficiencia profunda primitiva y en la exploración de perforantes independientes; y de importancia relativa, en las trombosis venosas agudas y en la enfermedad varicosa esencial.
- 2) El porvenir de la flebografía dinámica está supeditado a los resultados obtenidos con las ligaduras profundas.
- 3) En cambio, probablemente el uso de la flebografía con el fin de localizar perforantes insuficientes será cada día más corriente.
- 4) Las flebografías efectuadas en nuestros postflebíticos nos indican que el reflujo patológico es un hallazgo poco frecuente.

R E S U M E N

Tras su experiencia flebográfica, los autores llegan a las siguientes conclusiones: 1.ª Consideramos a la flebografía un elemento de importancia diagnóstica en los síndromes postflebíticos, en la insuficiencia profunda primitiva y en la exploración de perforantes independientes; y de importancia relativa en las trombosis venosas agudas y en la enfermedad varicosa esencial. 2.ª El porvenir de la flebografía dinámica está supeditado a los resultados obtenidos con la ligadura profunda. 3.ª Probablemente el uso de la flebografía con el fin de localizar perforantes insuficientes será cada día más corriente; y 4.ª Las flebografías efectuadas en nuestros postflebíticos nos indican que el reflujo patológico es un hallazgo poco frecuente.

S U M M A R Y

The phlebography is very important for the diagnostic of postphlebotic syndrome, primary venous insufficiency and communicating veins; it is useful in acute thrombophlebitis and varicose veins.

The future of dynamic phlebography depends on the results of deep veins ligation.

The diagnostic of incompetent communicating veins by phlebography will probably be more usual every day.

The phlebographies obtained in our postphlebotic patients have demonstrated that the pathological retrograde flow is unusual.