

ASOCIACIONES MÓRBIDAS EN LOS TRASTORNOS TRÓFICOS DE ORIGEN VENOSO DE LAS PIERNAS

RAFAEL GARZON (hijo)

Córdoba (Argentina)

El trastorno trófico de origen venoso de las piernas observado con mayor frecuencia en la práctica diaria es la angiodermitis pigmentada y purpúrica de Favre y Chaix. Esta alteración, sin embargo, no es generalmente por sí sola motivo de consulta, ya que su aparición paulatina, su carencia de síntomas subjetivos—aunque alguna vez puede acompañarse de prurito o dolor intenso ante pequeños traumatismos—y su evolución en años, no bastan para alarmar a un enfermo cuyo sustrato social por lo común no le permite prestar mayor atención a molestias de orden “estético” hasta la aparición de otros trastornos tróficos de origen venoso injertados sobre el primitivo, hecho extremadamente frecuente.

Este proceso es clasificado entre las hemosiderosis cutáneas (cuadros dermatológicos discrómicos caracterizados por la presencia, demostrable histoquímica y anatomopatológicamente, de pigmentos derivados del hierro—hemosiderina—y ocasionalmente aumento del pigmento melánico, tal vez como resultado de la transformación en melanina de la hemosiderina originada). Constituye, asimismo, con gran frecuencia, el primer eslabón de una cadena progresiva de trastornos tróficos de origen venoso.

Las hemosiderosis cutáneas se dividen en secundarias o accidentales y primitivas o esenciales. Estas últimas, entre las que se encuentra el Favre y Chaix, son dermatosis de localización frecuente en los miembros inferiores, con vigencia clínica propia y producidas por un sustrato capilarítico, aunque también hemos encontrado capilaritis en trastornos tróficos de origen venoso que no se acompañaban de hemosiderosis previa (eczemas microbianos aislados, por ejemplo). Así, pues, el terreno capilarítico puede considerarse como un común denominador obligado en la mayoría de los trastornos tróficos de origen venoso, pudiéndose encontrar en los miembros inferiores no solamente en piel afectada por la dermatosis sino también en zonas macroscópicas indemnes situadas aproximadamente a diez centímetros de la lesión cutánea.

Las capilaritis producen modificaciones funcionales en la intimidad tisular a expensas de una alteración entre el intercambio sangre-tejido por aumento de la permeabilidad capilar; disregulación homeostática, ésta, que acompaña a alteraciones anatomopatológicas características.

El hecho confirmado por la escuela italiana (BIAGINI y DE ANGELIS (2)) de la existencia de capilaritis “discrásicas” independientes de lesiones venosas y producidas por alteraciones del metabolismo, insuficiencia renal, disvitaminosis, etc., que determinaban iguales trastornos funcionales, nos movió a pensar en la posibilidad

de una sumación de factores productores de capilaritis que permitiera explicar la rebeldía al tratamiento en sujetos con antecedentes flebopáticos después de una terapéutica angiológica adecuada.

A fin de investigar esta posibilidad, examinamos por distintos procedimientos muestras de un universo estadístico de 74 pacientes que consultaron por padecer trastornos tróficos de origen venoso, en la Cátedra de Clínica Dermatosifiliográfica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina).

Con objeto de obtener una información más detallada y de ser minuciosos en la investigación (UGARTE (6)), se dividió el universo estadístico en muestras de pacientes tomados al azar, los cuales se estudiaron aisladamente. Si hubo enfermos que participaron de todas las muestras se debió sólo a que distintas circunstancias temperamentales del paciente o de organización hospitalaria permitieron que terminara los estudios que le habían sido asignados más rápidamente que sus compañeros de muestra, quedando así en condiciones de participar de una nueva.

RESULTADOS DEL ESTUDIO EFECTUADO

Examinamos clínicamente una muestra de 47 pacientes que consultaron por trastornos tróficos de origen venoso (17 hombres y 30 mujeres), comprendidos entre los 24 y los 78 años de edad. Sólo 4 no padecían de ninguna otra molestia salvo su trastorno trófico de origen venoso, hallándose en el resto distintas manifestaciones clínicas en diferentes órganos o sistemas y a veces alteraciones poliviscerales. Los trastornos que se observaron con mayor frecuencia fueron: hipertensión arterial,

CUADRO I

Resumen del estudio clínico efectuado en 47 enfermos portadores de trastornos tróficos de origen venoso, en muestra tomada al azar. Se buscaban asociaciones mórbidas.

	Hombres	Mujeres	Edad	Total	Normales	Enfermos
<i>Enfermos controlados:</i>	17	30	24-78	47	4	43
<i>Tensión arterial en:</i>	16	28	31-78	44	15	29
<i>Alteraciones halladas:</i>						
Hipertensión (mx. mayor de 140 mm. Hg)						29
Alteraciones hepatovesiculares						21
Obesidad						14
Alguna forma de reumatismo crónico						7
Alteraciones cardiovasculares (aparte hipertensión)						14
Manifestaciones poliviscerales						21

alteraciones hepatovesiculares, obesidad, alteraciones cardiovasculares de distinto tipo (aparte de la hipertensión) y alguna forma de reumatismo crónico (cuadro I).

Deseando efectuar un sondeo similar por medio de los análisis de laboratorio de rutina (citológico de sangre, eritrosedimentación, glucemia, uremia, Wasserman-Kahn, orina y parasitológico de heces), investigamos una muestra de 67 pacientes (29 hombres y 38 mujeres), comprendidos entre los 19 y los 83 años de edad. De estos casos, 14 hombres y 26 mujeres habían sido examinados clínicamente, habién-

dose encontrado trastornos vesiculares en 18, obesidad en 11 y en 5 reumatismo. De esta muestra, 40 enfermos habían sido sistemáticamente estudiados por su tensión arterial, encontrando hipertensión en 27. En 21 casos se hallaron manifestaciones poliviscerales.

El análisis citológico de sangre se solicitó en 55 pacientes, observándose normalidad de la fórmula en 16 casos, eosinofilia en 18, discreta neutrofilia en 14, linfocitosis en 9, monocitosis en 3, existencia de células plasmáticas (?) en 3 y de células de Downey en 1. Había anisocitosis y/o anisocromía en 5 casos. Al repetir el examen, con frecuencia se observaron cambios en la fórmula, a veces independientes del estado clínico del trastorno trófico de origen venoso.

La eritrosedimentación fue realizada en 57 pacientes, hallándose acelerada en 38 de ellos. La uremia se comprobó aumentada en 10 de 29 casos examinados. La glucemia se estudió en 53 pacientes, encontrándose 4 con hiperglucemia. El análisis de orina se realizó en 52 enfermos, siendo el hallazgo más significativo la urobilina presente en 9 pacientes. De estos 9 (4 hombres y 5 mujeres), 4 (1 hombre y 3 mujeres) habían sido examinados clínicamente: el hombre presentaba además de su trastorno trófico de origen venoso una generalización neoplásica, y en las 3 mujeres se habían encontrado alteraciones hepatovesiculares clínicas.

El examen parasitológico de heces se realizó en 30 pacientes, hallándose parásitos, especialmente amebas coli e histolíticas y giardias, en 13 casos. Este hecho hacía recordar la posibilidad establecida por PUIGGARI (4) de que la amebiasis intestinal pudiera ser la causante de úlceras de la pierna (cuadro II).

En otra muestra, compuesta de 38 pacientes, se solicitaron "pruebas funcionales hepáticas" ("Test" de Hager, Gross, Timol y bilirrubinemia). La muestra constaba de 10 hombres y 28 mujeres comprendidos entre los 19 y los 78 años de

CUADRO II

Resumen del estudio de laboratorio efectuado en 67 enfermos portadores de trastornos tróficos de origen venoso, en muestra tomada al azar.

	Hombres	Mujeres	Total	Normales	Patológicos
<i>Enfermos controlados:</i>	29	38	67		
<i>Ya examinados clínicamente</i>			40	3	
Con alteraciones hepatovesiculares			18		
Obesidad			11		
Reumatismo			5		
Hipertensión			27		
Manifestaciones poliviscerales			21		
<i>Resultados de los análisis efectuados:</i>					
Citológico de sangre			55	16	39
Eritrosedimentación			57	19	38
Glucemia			53	49	4
Parasitológico de materia fecal			30	17	13
Análisis completo de orina			52	(en 9 casos se halló urobilina)	

CUADRO III

Resumen del estudio de "Pruebas funcionales hepáticas" efectuado en 38 portadores de trastornos tróficos de origen venoso, en muestra tomada al azar.

	Hombres	Mujeres	Total	Normales	Patológicos
<i>Enfermos controlados:</i>	10	28	38	50 %	50 %
"Test" de Hager			31	15	16
Gross			32	17	15
Timol			28	13	15
Bilirrubinemia			30	16	14

edad. El "test" de Hager se encontró alterado en 16 de 31 pacientes examinados; el de Gross, en 15 de 32; el de Timol, en 15 de 28; y la bilirrubinemia fue anormal en 14 de 30 enfermos controlados (cuadro III).

La valoración de conjunto de estas pruebas y la consecuencia estadística que de las mismas es necesario extraer obligaban a considerar el 50% de alteraciones en las pruebas funcionales hepáticas, halladas en enfermos que consultaron sólo por trastornos tróficos de origen venoso, como de evidente importancia. Estos datos, concordantes con lo observado en los exámenes clínicos y con el hallazgo de urobilinuria en análisis de orina en muestras también escogidas al azar, permitía concluir que este tipo de trastornos es un hecho frecuente en los trastornos tróficos de origen venoso.

Todo el conjunto de alteraciones clínicas y de laboratorio halladas obligaba a recordar las capilaritis discrásicas no venosas, en las que un trastorno clínico no flebopático podía determinar alteraciones funcionales a nivel del capilar. Este razonamiento nos movió a buscar alteraciones discrásicas proteicas, por medio del estudio electroforético de sangre, en una muestra de 20 casos, 3 hombres y 17 mujeres comprendidos entre los 31 y 78 años de edad. De estos enfermos, los 20 habían sido investigados clínicamente. Sólo 3 de los 20 eran normotensos (T. A. normal: Mx. 120-140 mm. Hg y mn. 80-120 mm. Hg) y 17 eran hipertensos. En 13 había alteraciones hepatovesiculares; en 6 obesidad; en otros 6 alteraciones cardiovasculares distintas de la hipertensión arterial; en 4 reumatismo crónico; varios padecían alteraciones poliviscerales; sólo 2 eran normales.

En 17 casos se habían efectuado además las pruebas funcionales hepáticas, encontrando resultados patológicos en 14 enfermos, dudosos en 2 (discordancia entre distintas pruebas) y negativos en uno.

La globulina Alfa₁ se encontró aumentada en 13 casos y disminuida en 6; la Alfa₂, aumentada en 16 y disminuida en 3; la beta, aumentada en 17 y disminuida en 2; la gamma, aumentada en 17 y disminuida en 2. Dichas alteraciones fueron generalmente importantes, y en 14 de los 20 casos estudiados determinaron inversión de la relación albúmina-globulina. Los estudios cuantitativos de proteinemia no dieron en cambio ningún resultado de interés, observándose cifras normales en 8 de 9 casos estudiados y ligera hiperproteinemia en el restante.

Pero ¿serían las alteraciones electroforéticas previas al trastorno trófico de origen venoso y dependientes de otras alteraciones orgánicas o, por el contrario, secunda-

CUADRO IV

Resumen del estudio electroforético de sangre en 20 pacientes portadores de trastornos tróficos de origen venoso, en muestra tomada al azar.

	Hombres	Mujeres	Total	Normales	Patológicos
<i>Enfermos controlados:</i>	3	17	20	1	19
<i>Ya examinados clínicamente:</i>	3	17	20	2	18
Hipertensos					17
Alteraciones hepatovesiculares					13
Obesidad					6
Alteraciones cardiovasculares (aparte hipertensión)					6
Alguna forma de reumatismo crónico					4
Manifestaciones poliviscerales					11
<i>Controlados por pruebas funcionales hepáticas:</i>			17	3	14
Resultado hallado		Valor aumentado	Valor disminuido		Normal
Globulina alfa ₁		13	6		1
alfa ₂		16	3		1
beta		17	2		1
gamma		17	2		1
Inversión albúmina-globulina: 14 de los 20 casos					

rias al trastorno trófico de origen venoso e independientes de alteraciones viscerales?

Creemos que ambas posibilidades pueden darse. Así, en efecto, en los 2 pacientes clínicamente normales que se investigaron electroforéticamente se hallaron alteraciones discrásicas francas que, en uno de los casos—mujer de 38 años, portadora de una acrocianosis de Crock y Cassirer—, determinaba inversión de la relación albúmina-globulina, mientras que en el otro—mujer de 69 años, con trastornos tróficos de origen venoso intensos—se veían alteraciones electroforéticas menores.

Así, pues, las alteraciones electroforéticas podrían tal vez depender de trastornos tróficos de origen venoso previos, aunque su intensidad no evolucionara siempre paralelamente a las manifestaciones dermatológicas.

Pero también creemos que esta discrasia sanguínea podría en muchos casos constituirse en común denominador a través del cual influyen eventualmente distintas alteraciones clínicas sobre la evolución de los trastornos tróficos de origen venoso, determinando el desencadenamiento de la sintomatología clínica, latente hasta este momento, coadyuvando en la producción del trastorno o dificultando su tratamiento. Así, podría ser un interesante elemento a considerar antes de abordar técnicas quirúrgicas de resultados inciertos (las que actúan sobre el sistema venoso profundo, por ejemplo), una ayuda en la valoración pronóstica y una guía de la necesidad de la complementación terapéutica en casos de alteraciones clínicas de otro orden agregadas al trastorno venoso.

RESUMEN

1) Se pasa revista a un sondeo estadístico clínico y de laboratorio en 74 pacientes que consultaron por presentar trastornos tróficos de origen venoso de las piernas.

2) Tanto en el examen clínico como en el de laboratorio se observaron significativas cifras de asociaciones mórbidas.

3) El examen electroforético se encontró alterado en 19 de los 20 casos estudiados, habiendo inversión de la relación albúmina-globulina en 14 casos. Todos estos enfermos habían sido revisados clínicamente, y 2 pacientes sin sintomatología clínica alguna asociada presentaban estudios electroforéticos patológicos.

4) Así, el hallazgo de alteraciones electroforéticas parecía depender eventualmente de trastornos tróficos de origen venoso previos.

5) Las asociaciones mórbidas parecerían poder contribuir a la producción de trastornos tróficos de origen venoso o a su mantenimiento, progresión o rebeldía ante distintas terapéuticas, mediante la agregación de un mecanismo discrásico no venoso a la capilaritis dependiente del terreno flebopático.

6) El examen electroforético podría ser considerado eventualmente como una guía más en la terapéutica y pronóstico de estos casos.

SUMMARY

Clinical and laboratory statistical report on leg trophic disorders of venous etiology. Significant pathological associations were observed which seem to contribute to their production, maintenance, progression or refractoriness. Electrophoretic examination helps in the treatment and prognosis of these patients.

BIBLIOGRAFÍA

1. ANNING, S. T.: *Hypertension and "venous" leg ulcers*. "Lancet", II:1271:1954.
2. BIAGINI, E.; ANGELIS, D. DE: *Sur les manifestations des troubles histoangiologiques dans les ulcères variqueux des membres inférieurs*. VI Colloque de la Filiale Marsellaise de la Soc. Franc. de Dermat. et Syphil. et III Journées Internationales de Phlébologie (Aix-en-Provence, oct. 1955). Masson et Cie. París 1956, pág. 13.
3. CARRERA, J. L.: *Capilaritis cutáneas*. "Dermatología y Sifilología", de PARDO CASTELLO, V. Editorial Cultural, S. A. La Habana, 1953.
4. GARZÓN, R. (hijo): "Trastornos tróficos de origen venoso de las piernas". Tesis Doctoral presentada en octubre 1960 a la Facultad de Medicina de Córdoba (Argentina). Dirección General de Publicidad, Univ. Nacional de Córdoba, Córdoba 1962.
5. KULWIN, M. H.; HINES, E. A., Jr.: *Blood Vessels of the Skin in Chronic Venous Insufficiency*. "Arch. Dermat. Syph.", 62:293:1950.
6. UGARTE, E.: "Bases estadísticas de la Investigación Médica". Univ. Nacional de Chile. Santiago de Chile, 1958.