Síndrome fleboartrósico hipertensivo de la menopausia*

Alberto Martorell

Departamento de Angiología
Instituto Policlínico Platón. Barcelona (España)

RESUMEN

En los Servicios de Angiología, aparte de los distintos claros tipos de enfermedad vascular, se presentan de vez en cuando pacientes que reúnen patologías mixtas o concomitantes. Una de estas asociaciones la constituye un síndrome frecuente en el que coinciden alteraciones venosas, artropatías e hipertensión arterial en mujeres menopáusicas.

Se expone la clínica, con su comentario y la terapéutica consecuente.

SUMMARY

A frequent syndrome observed in Angiology, constituted by phlebo-pathy, joint degeneration, arterial hypertension and menopause, is presented. Clinics and therapeutics are commented on.

A lo largo de nuestra experiencia de años asistiendo pacientes angiológicos han ido pasando por nuestra Consulta una serie de enfermos en los que, además de su angiopatía, existían otros procesos colaterales que nada o casi nada tenían que ver con su vasculopatía.

Pero otra serie de ellos presentaba un conjunto de signos y síntomas tan a menudo unidos y concomitantes que constituían un verdadero síndrome. Uno de los obser-

vados con mayor frecuencia es el Fleboartrósico, al que nosotros añadimos «en menopáusicas hipertensas»**.

Este síndrome no es nada raro.

Cuadro clínico

Se trata de mujeres entre los 45 y los 60 años de edad, en el inicio de la menopausia, aunque la presencia o ausencia de trastornos ginecológicos ocasionados por ella no guardan relación con el síndrome.

Su constitución tiende a la obesidad, pero una obesidad a tensión, no con tejido adiposo laxo. Sus manos son en general pequeñas y rellenas, con cierta tendencia a la eritrocianosis. Sus extremidades infe-

riores son, asimismo, voluminosas; cuyo aumento de tamaño en muslos les hace caminar con cierta dificultad por el roce de las zonas de los aductores. Al entrar en la consulta muestran una marcha bastante típica, con movimiento oscilante de uno a otro lado, a lo que contribuye su atropatía concomitante.

Llegado el momento del examen, tienen dificultades en sentarse o moverse para desprenderse de sus calzados y vestidos. Una vez despuestas, su piel aparece algo más sonrosada de lo normal, en particular en las partes acras.

Al echarse sobre la mesa de reconocimiento sus movimientos son torpes, mal orientados. Como su constitución en general pícnica, de cuello corto, no les permite ver bien los bordes de la camilla sobre la que se tumban, muestran gran recelo en acabar de echarse por temor a caerse. Cuando por fin lo hacen, suelen quedar mal puestas: anguladas, sobre una cadera, descentradas tanto en anchura como en altura de la camilla.

A la inspección se comprueba en seguida el aumento de volumen corporal. Brazos, muñecas, muslos y tobillos exhiben cierta tendencia a los pliegues por rebosamiento de las partes blandas supra e infrayacentes. Los pies suelen ser pequeños y en general laxos. Las rodillas aparecen con deformaciones semejantes a las de las gonostrosis, si bien menos intensas. A menudo cabe observar eritrocianosis supramaleolar y un discreto pero

* Presentado en las «Giornate Flebologiche Algheresi». Alghero (Italia) junio 1989.

** «Síndrome fleboartrósico y menopausia», A. Martorell. Actas I. Policlínico, Barcelona, vol. 28, pág. 41, 1974.

claro edema en piernas, que se acompaña de un número mayor o menor de flebectasias, nunca de gran tamaño o cuando menos a escasa hipertensión ortostática con leve I.V.P.

Existe una tendencia a la hipertensión arterial, con cifras que oscilan entre 200-160 sistólica y 110-95 diastólica, en mm Hg, en brazos y algo superior en piernas, donde se observa una oscilometría normal o más bien aumentada. Los pulsos son positivos.

La exploración descubre algo más característico, que es la artropatía de tipo degenerativo. Las interlíneas tibiotarsianas y gonales son dolorosas a la presión, como también lo es la presión digital de la zona retromaleolar interna y de la línea media de la pantorrilla en el curso del paquete tibial posterior. De igual modo es dolorosa la presión de los músculos aductores en su parte distal por encima de la rodilla cuando la enferma mantiene la extremidad en extensión y elevada unos 20° sobre la horizontal.

Aparte de la gonartrosis, no rara vez se comprueban manifestaciones articulares en otras partes del cuerpo, en especial lumbosacras, sacroilíacas y cervicales.

Por otra parte, sorprende ver que estas enfermas dificultadas por su patología en sus trabajos domésticos o en sus normales movimientos, se muestran en general sonrientes y de buen humor, con aquella euforia especial que suele caracterizar a los eufóricos pletóricos.

Comentario

Podemos resumir el conjunto a lo que sigue: sexo femenino, edad

menopáusica, tendencia a la obesidad, hipertensión arterial, flebo y arteriopatías de escasa significación y artropatía degenerativa.

Ante las alteraciones observadas, la **Terapéutica** debe ser plural.

a) **Climaterio.** Dado que no presentan trastornos especiales, excepto el aumento de peso, habrá que poner especial cuidado en la curva ponderal. Aquí tropezamos con el primer escollo, ya que suelen ser buenas comedoras y no muy dispuestas a prescindir de lo que les apetece. Por otra parte, incluso con un régimen adecuado, es bastante difícil conseguir rebajar unos cuantos quilos. De otro lado, si siguen correctamente el régimen adecuado no es raro que presenten lo que ellas llaman «desfallemientos», con necesidad de ingerir algo a media mañana por sensación de astenia. Por ello, conviene añadir algún producto anoréxico-estimulante que a la vez que disminuya el apetito sea estimulante. Como es natural, uno de los principios fundamentales es la restricción de líquidos y sal y el empleo de depletivos, junto a revisión ginecológica.

b) **Angiopatías.** Ya hemos señalado que tanto las flebectasias como la eritrocianosis supramaleolar y la acrocianosis, si existen, suelen ser de escasa importancia. No obstante, estas enfermas agradecen las medias elásticas, que además de actuar de medio de contención del edema y de las flebectasias, protegen las piernas del frío y defienden las articulaciones de movimientos excesivos. De igual modo agradecen una serie de medidas antiestáticas, como evitar el

ortostatismo y el permanecer sentadas durante mucho rato sin moverse; mejorando si se echan algunos ratos en posición horizontal con las piernas descansando sobre unas almohadas y dando cortos pero frecuentes paseos.

c) **Artropatías.** Se trata de una artropatía por desgaste o sobrecarga, es decir de tipo degenerativo. Lo que decíamos sobre el moverse con frecuencia está aquí también indicado. Ya hemos señalado la utilidad de las medias elásticas como apoyo a las articulaciones alteradas, la contención del edema y, en consecuencia, una mejor nutrición articular. Disminuir el peso corporal beneficiará de igual manera a las articulaciones lesionadas. Bajo el punto de vista medicamentoso están indicados los antiinflamatorios, que de paso mejoran las eritrocianosis supramaleolares, combinados con los relajantes musculares, tan eficaces en estas artropatías que se acompañan de cierta contractura muscular, y sobre todo nadar.

En conjunto, de la feliz combinación de todos estos medios terapéuticos puede obtenerse un notable bienestar para estas enfermas que sin sufrir una especial y grave patología sí presentan una suma de alteraciones que por su coincidencia frecuente pasan a constituir una entidad clínica de no rara observación y hasta cierto punto de tratamiento agradecido que podemos etiquetar de: **Síndrome fleboartrosico hipertensivo de la menopausia.**