

## INDICACIONES ACTUALES DE LOS ESTUDIOS CONTRASTADOS EN FLEBOPATIAS.

**Dr. JUAN CARLOS KRAPP**

**Doctor en Medicina.**

**Ex Jefe de Servicio de Flebología y Linfología del Hospital Militar Central de Buenos Aires-Argentina.**

**Presidente de la Sociedad Argentina de Flebología y Linfología.**

### Introducción.

Durante décadas la Flebografía Contrastada fue el “gold standard” en el estudio de la insuficiencia venosa. Con la aparición y el perfeccionamiento del Ecodoppler, que pasó del blanco y negro al dúplex color, hace que este método, sea una herramienta más específica y con gran sensibilidad en el estudio de la Insuficiencia Venosa. Por esta razón, los estudios contrastados fueron cediendo su lugar, para tener actualmente algunas indicaciones más específicas.

De acuerdo a nuestra experiencia y a la revisión bibliográfica las indicaciones actuales para las flebografías pueden agruparse en:

- Alta sugerencia de TVP con EDC negativo, o no concluyente.
- Várices atípicas de origen desconocido y no aclaradas x EDC.
- Recidivas varicosas complejas, sin evidencia clara del lugar de reflujo x EDC.
- Síndrome Compresivo de vena ilíaca izquierda.
- Estudio del SVP, cuando se planea una cirugía del mismo.
- Flebo-Angiodisplasias.

### 1) Alta sugerencia de TVP con EDC negativo, o no concluyente.

Es importante tener en cuenta que la utilidad del “ECD”, muchas veces depende de la pericia y preparación del operador que interpreta los hallazgos. Por lo que puede suceder que la TVP, no se detecte o no sea concluyente y/o tengamos un dímero D elevado y debamos realizar una flebografía. Esta puede ser tanto en la parte baja, como en la zona proximal de los MMII. La flebografía nos permite “precisar” que tipo de coágulos existen, delimitar la extensión de los mismos y su posición respecto de la pared venosa, si son centrales y frescos o si están adheridos a la pared y están camino a su resolución.





**Alta sugerencia de TVP con EDC negativo, o no concluyente.**



## 2) Várices atípicas de origen desconocido y no aclaradas por el ECD.

En estas agruparíamos al Síndrome de Congestión Pélvica y a las várices laterales de muslo:

- Várices pelvianas.
- Várices vulvares.
- Várices dependientes de ramas extra-pélvicas de la vena Hipogástrica.

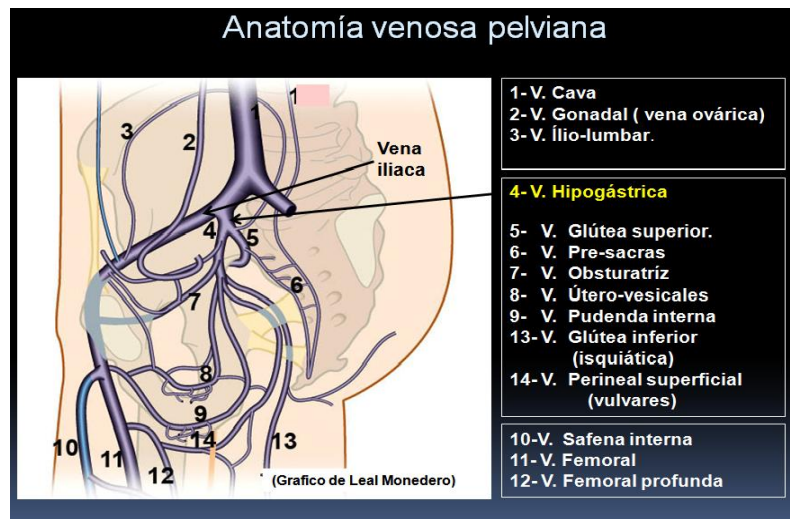
### **Varices pelvianas ó Varicocele femenino.**

El 40% de las pacientes en ginecología consultan por dolor "pélvico crónico", que se define como un dolor no cíclico abdomino-pélvico, con un mínimo de 6 meses de duración. Las várices pélvicas afectan aproximadamente al 20% de las mujeres de entre 18 a 50 años y algunos de los factores que favorecen su aparición son:

- a- el uso de anticonceptivos hormonales,
- b- el embarazo,
- c- la herencia / genética,
- d- la obesidad,
- f- cambios hormonales.

**El síndrome de congestión pélvica**, generalmente causa dolor en el abdomen inferior y parte baja de la espalda. Este dolor generalmente empeora en algunas situaciones:

- Durante o después de tener relaciones sexuales.
- Durante la menstruación.
- Cuando la mujer está cansada o permanece mucho tiempo de pie.
- Durante los embarazos.
- Se asocia a várices vulvares, várices glúteas ó en la ingle y frecuentemente a várices de los M. inferiores.



**Flebografía en Síndrome pélvico - várices pelvianas.**

Se realiza flebografía selectiva por cateterismo de venas ováricas y los criterios o signos flebográficos más importantes son:

- a) Venas pelvianas tortuosas alrededor del útero > de 6 mm de diámetro.
- b) Flujo venoso enlentecido < 3cm x seg o inversión del flujo.
- c) Dilatación de venas arcuatas del miometrio con entrecruzamiento.

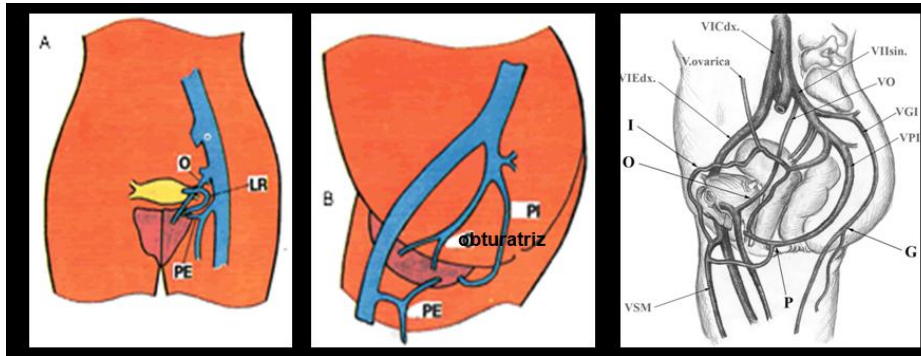


a

b

c

## Esquema de las fuentes de aporte u venas que pueden dar origen de várices vúlbares.



### A- Vista de frente

(PE) Vena Pudenda Externa, que se dirige al cayado safeno interno.

(LR) Vena del ligamento redondo.

(O) Ramas de la vena obturatriz .

### B- Vista de perfil.

( PI) Además de las ramas de las ramas de la obturatriz y de la Pudenda Ext, se observan ramas de la Vena Pudenda Interna.

### Várices “atípicas” de origen desconocido y no aclaradas por el ECD.



Estas pueden ser varices originadas en el plexo subdermico lateral, o en perforantes de la cara externa de muslo, u originadas en venas sacras, o prolongación de la vena glútea inferior o isquiática. En estos casos un estudio contrastado a través de una varicografía, puede mostrar el origen de las mismas.

### 3) Recidivas varicosas complejas.

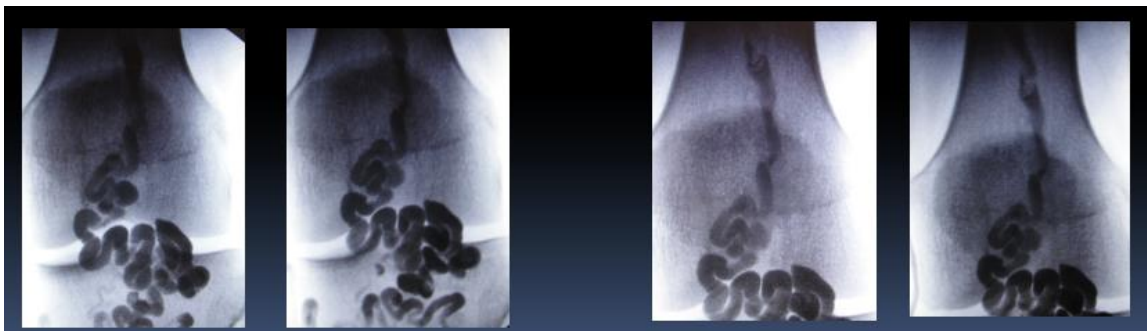
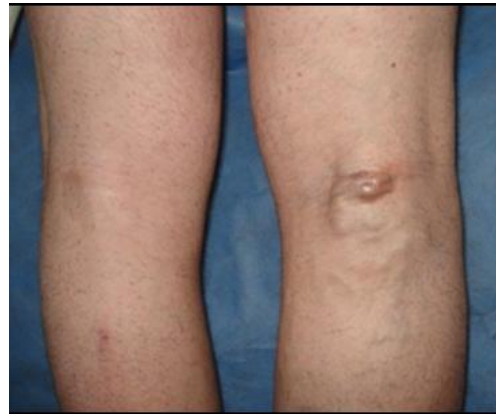
Las recidivas varicosas complejas, son un desafío de diagnóstico muy importante para el flebólogo. El ECD, es muy importante en el estudio de esta patología pero la flebografía puede ser aportar datos de precisión, y completar la información anatómica que permita plantear su resolución.

Se deben habitualmente a diversas situaciones:

- 1) Error en el diagnóstico o de técnica en el Tratamiento del cayado, en cualquiera de las safenas.
- 2) Perforantes de fuga insuficientes, no tratadas.
- 3) ¿Neovascularización? o várices Residuales?



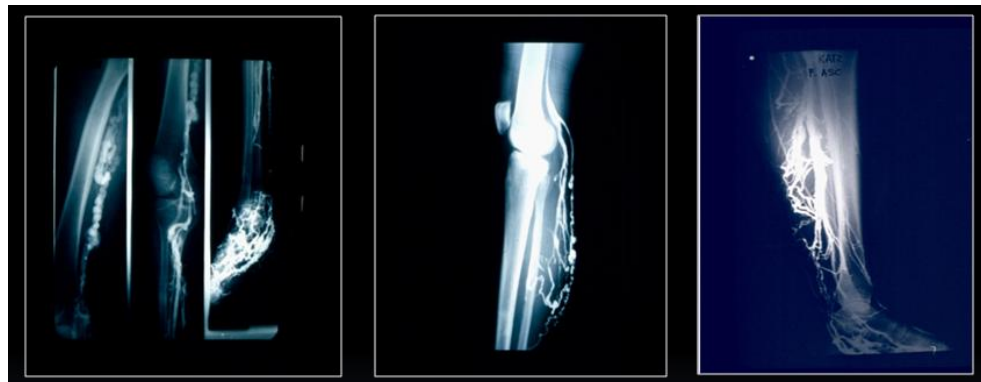
**Varicografía:** Cuando existe una recurrencia importante en zona poplítea, habitualmente post-cirugía de vena safena externa, al efectuar la varicografía, se puede visualizar que el paquete, se llena la vena por una perforante poplítea, que muchas veces no puede ser diagnosticada correctamente por ECD.



Paciente con recurrencia varicosa post-cirugía de safena externa. Con una flebografía dinámica realizada en hemodinamia, se puede precisar la existencia de una perforante posterior que emerge de la zona poplítea.



En **pacientes complejos**, habitualmente post-traumatismos severos que han tenido fracturas múltiples de los huesos de la pantorrilla ( tibia y peroné). En estos la imagen ósea se encuentra distorsionada y la anatomía venosa también, por lo que una imagen contrastada, puede realizar un diagnóstico más preciso.



a

b

c

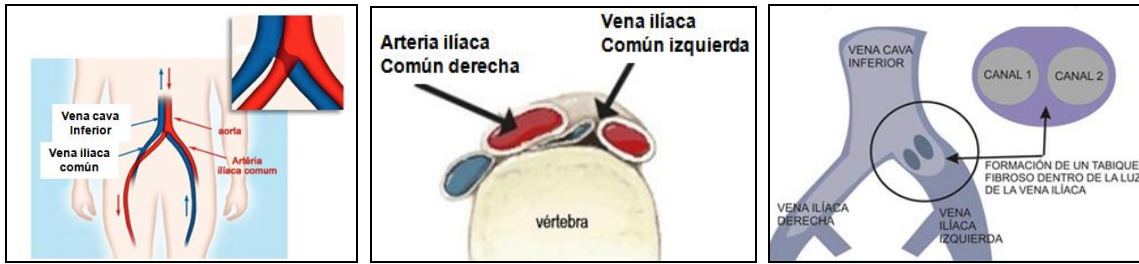
a) **Flebografía** en una paciente con Klippel-Trenaunay. Se observa una malformación de la vena femoral superficial con dilatación en el 1/3 medio de muslo y atrofia proximal de la vena femoral antes de su unión a femoral común.

b) **Varicografía** en varices recurrentes en zona poplítea, se llena la vena safena externa residual, la vena poplítea, y pueden observarse venas gemelares y perforantes posteriores.

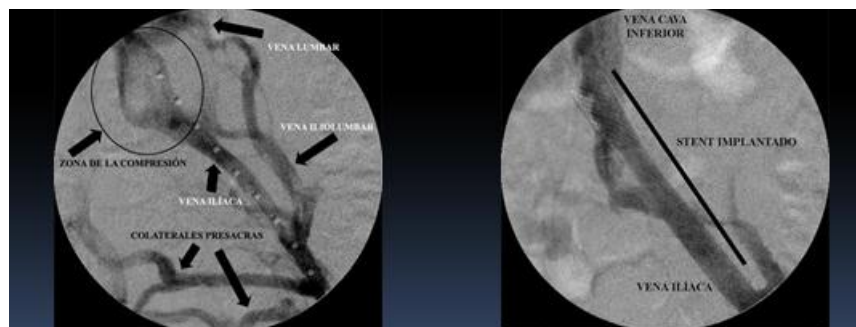
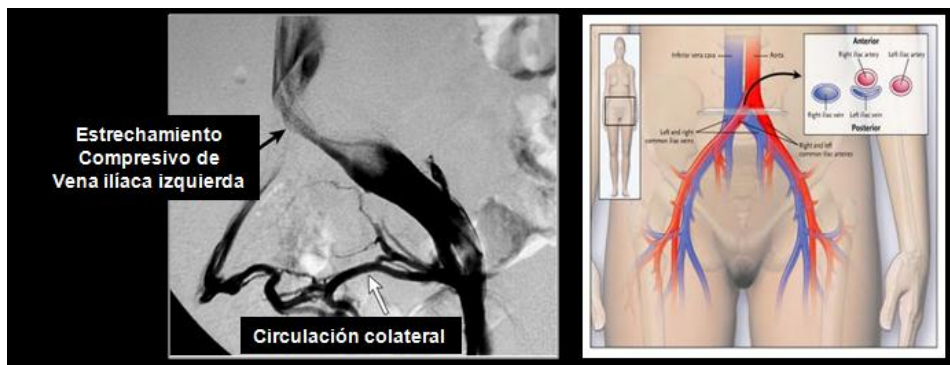
c) **Flebografía** en una recidiva compleja con hipertensión Venosa Profunda en un síndrome post-trombótico. Se observan venas soleares dilatadas y con uniones en las venas tibiales posteriores.

#### 4) Síndrome compresivo de vena iliaca Izquierda.

El S.C. de vena iliaca izquierda (Cockett o May-Thurner) se produce por el traumatismo repetido de la v. iliaca primitiva izquierda, provocado por el apoyo de la arteria iliaca primitiva derecha sobre la cara anterior de la vena iliaca.



Esto provoca la formación de uno o varios tabiques fibrosos que pueden formar dos o más canales de flujo en la zona, lo que disminuye el drenaje venoso, provocando edema unilateral del M. I. Izquierdo, o várices, y eventualmente trombosis aguda de la vena ilíaca. Por la misma vía del estudio flebográfico, se puede realizar el tratamiento y colocar un “stent”, con el objetivo de mejorar el calibre de la luz y permitir un drenaje venoso normal.



**Flebografía** por cateterismo de vena iliaca contralateral, se observa estrechamiento de la vena ilíaca izquierda, con circulación colateral que desaparece con la colocación de un “Stent” largo.

## 5) Flebografía Descendente en el estudio del SVP.

Cuando nos encontramos con una Insuficiencia venosa crónica , en la cual predomina el síndrome edematoso y los trastornos tróficos con o sin úlcera, se impone realizar una flebografía ascendente y eventualmente descendente. Si se quiere descartar una I.V.C, de causas primarias o secundarias, y se piensa en una posible resolución quirúrgica con intervención directa sobre el sistema venoso profundo, esta indicado la visualización clara y anatómica del S.V.P. Esta se logra únicamente con la flebografía contrastada.

**Clasificación flebografica de los reflujos en el Sistema Venoso Profundo según R. KISTNER ( 1985).**

**Grado 0:** Competencia valvular, sin reflujo a la vena femoral común.

**Grado I:** Incompetencia valvular mínima, no distal hasta el 1/3 superior del muslo.

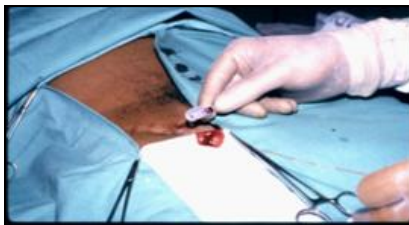
**Grado II:** Incompetencia valvular leve, no distal hasta el 1/3 inferior del muslo.

**Grado III:** Incompetencia valvular moderada, hasta rodilla o 1/3 proximal de la pantorrilla.

**Grado IV:** Incompetencia valvular grave, llega a llenar las venas de la pantorrilla hasta su 1/3 inferior.

Consiste en inyección a contracorriente de un medio de contraste con la finalidad de evaluar la fisiología valvular del sistema venoso profundo y que padecen trastornos tróficos con predominio edematoso. Se puede realizar la flebografía por tres vías:

- 1) Por punción directa en vena femoral común (con aguja angiográfica )
- 2) Por cateterización de vena femoral ingresando por la vena safena interna.
- 3) Por punción y Seldinger desde vena femoral contra-lateral.



a



b

- a) Por punción directa con aguja angiográfica o un abocath .
- b) Cateterización a través de la vena femoral contra-lateral por método de Seldinger.

Para interpretar correctamente la flebografía retrograda hay que conocer la situación topográfica de las válvulas del S.V.P. ya que la ubicación y el número de las válvulas varía en los vasos de diferentes calibres y en distintos casos.

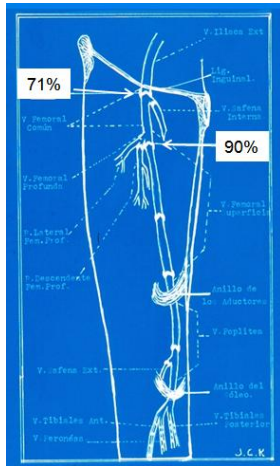
-Existe una válvula ubicada en la femoral común, justo por encima de la entrada de safena interna que está presente en el 71% de los casos.

-La más constante que se encuentra en el 90% , de casos es la de v. femoral superficial que se ubica debajo de la salida de la femoral profunda.

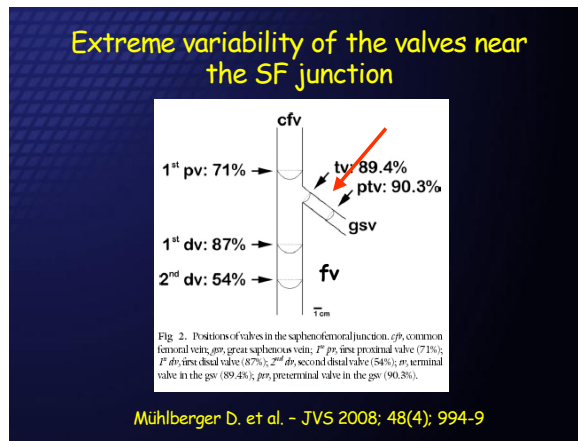
-A partir de la válvula previa a la femoral profunda hacia abajo, hay 2 o 3 válvulas hasta la rodilla.

-En la vena poplítea hay por lo general 1 sola válvula.





Distribución de las válvulas en el S.V.P según estudios de **Basmajian I,V.**: “The distribution of valves in the femoral external iliac and common iliac veins and their relationship to varicose veins”. *Surg Gynecol Obstet* 1952; 95: 537- 45.



Según estudios cadavéricos realizados por Mühlberger D. y col. *Journal Venous Surgery*. 2008 ( 4); 994:9  
La distribución valvular sería similar.

### Clasificación flebografica de los reflujos en el SVP según KISTNER.

**Grado I.** El reflujo del contraste es retenido por la válvula principal de la vena femoral común.



**Grado II.** El reflujo es leve, llega hasta el 1/3 medio del muslo, sobrepasa la 1er válvula femoral superficial y es contenido por la válvula distal de la femoral superficial.



**Grado III.** Reflujo valvular moderado, llega hasta el nivel de la rodilla, es contenido por las primeras válvulas, después de la poplítea .



**Grado IV.** Reflujo severo, llega hasta 1/3 inferior de la pantorrilla. Hay insuficiencia de las válvulas distales de parte o todas las venas de pantorrilla.

