

Identificación del síndrome de insuficiencia venosa restrictiva

Daniel Roberto Onorati

Hospital General de Agudos Dr Enrique Tornú. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Traducción: Roberto Almeida

Flebología 2017;43:08-10

Resumen

Se describe un cuadro clínico productor de edema y severo impedimento al retorno venoso que llamamos de “insuficiencia venosa restrictiva”, generado por hipertensión abdominal o hipotensión torácica. Dada la importancia epidemiológica de las entidades productoras de ambas situaciones (obesidad, EPOC), creemos que es necesario darle entidad propia a este cuadro.

Palabras claves. *Insuficiencia venosa, obesidad.*

Identification of Restrictive Venous Insufficiency Syndrome

Summary

One of the most frequent causes of venous insufficiency is the inability of the blood to enter the abdomen and continue its ascent to the thorax.

We have not found it as an individual entity, that's why we present it with “restrictive venous insufficiency syndrome”.

Key words. *Venous insufficiency, obesity.*

Objetivos

Someter a análisis y discusión una entidad muy frecuente productora de insuficiencia venosa a la que denominamos de acuerdo a las causas que la producen.

Buscar consenso para que podamos denominar la misma como una de las causas más frecuentes de presentación de las várices y/o su cuadro clínico, con edemas y trastornos tróficos.

Permitir que, a través de la identificación y definición precisas de este cuadro, podamos comprender otros fenómenos relacionados con el mismo.

Introducción

La siguiente presentación es el resultado de observaciones que he realizado desde hace treinta años en el terreno de la flebología. También reúne conceptos elaborados y vertidos en trabajos científicos, clases y presentaciones a lo largo de ese tiempo.

Generalidades

Cualquier cuadro que impida el retorno venoso de sangre al corazón es causal de insuficiencia en dicho terreno y las consecuencias inmediatas de esto serán un aumento de la presión venosa capilar, aumento de la tensión parietal en las venas, dilatación de la luz de las mismas y la consiguiente estasis circulatoria en el lecho capilar, precursora del edema. De allí que el “halo de edema” que observamos en la capilaroscopia sea también precoz.

Durante los primeros estadios, los linfáticos podrán llevarse el exudado capilar del intersticio,

Correspondencia: Daniel Roberto Onorati
Correo electrónico: donorati@hotmail.com

pero con el aumento del volumen del mismo, ocurre, en una primera etapa, una insuficiencia linfática y, secundariamente, venosa, de allí que para nosotros la insuficiencia venosa (IV) comienza mucho antes que el edema, por eso decimos que la IV "es la incapacidad del capilar veno-linfático de devolver el flujo al sistema". Recién cuando el colágeno parietal se sobre-distinde a causa de la tensión parietal aumentada, aparece la dilatación de la luz venosa y como consecuencia de ello puede sobrevenir el reflujo.

Es decir, el reflujo (circulación de la sangre a contracorriente dentro de la luz venosa) sería el último acontecimiento de la IV, habiendo del mismo dos tipos, a saber: 1) *reflujo normotensivo*: es cuando la sangre circula a contracorriente a velocidad controlada y baja presión. Éste es el caso de los pacientes avaluados y suelen ser de mayor duración. Y 2) *reflujo hipertensivo*: es el que se ve en fallas valvulares de distinta magnitud, pero con gran aumento de la presión abdominal o de la distensión de la luz de la vena. Estos reflujos se observan en la onda espectral como más cortos y de mayor amplitud.

Por lo dicho anteriormente, no consideramos que el reflujo "per se" nos autorice a hablar de IV, ya que ésta se trata más bien de un fenómeno de hipertensión que se ve cuando precisamente la sangre enlentece su circulación (Figura 1).

En uno de nuestros trabajos, Figura 1 comparamos distintos parámetros entre sujetos normales (sin IV y con un IMC menor a 25), algunos de los cuales les repetíamos las mismas mediciones

Figura 1



al final de la jornada laboral (FJL), siendo los resultados confirmatorios de estas observaciones. En cuanto a la comparación de velocidades espontáneas, vimos cómo éstas eran menores en sujetos obesos y al FJL, momento en que las venas se encuentran más dilatadas por a bipedestación diaria, llegando a la mitad de la inicial. Más significativo aún fue el aumento del diámetro de la luz venosa durante la noche antes del reposo nocturno.

Descripción del síndrome

Los síndromes, por lo general, involucran a un cuadro clínico dado que pueden concurrir más de una causa o forma de presentación. En este caso, deberíamos decir que el cuadro de *Insuficiencia venosa restrictiva* (IVR) es una de las formas más frecuentes de presentación de la IV, dada la elevada incidencia de sus dos acompañantes más frecuentes, la obesidad y el EPOC.

El diccionario de la RAE define como síndrome al "conjunto de síntomas característicos de una enfermedad o un estado determinado" o "de signos o fenómenos reveladores de una situación generalmente negativa". De esto podemos interpretar que el cuadro clínico de insuficiencia venosa restrictiva está representado por hipertensión con estasis venosa en MM.II. debido a un impedimento en los sectores más altos a la llegada de sangre.

Pero como ya lo hemos mencionado, no sólo la obesidad es la responsable de la restricción por aumento de la presión positiva en el abdomen. También en los casos donde falla la "aspiración" por ascenso del diafragma (EPOC, traumatismos, neumotórax) ocurre lo mismo. O sea, hay dos causales para la restricción a la entrada de sangre venosa: una disminución de la presión negativa torácica o un aumento de la presión positiva abdominal. No debemos olvidar que la compresión de los músculos de la pantorrilla solo basta para imprimir un primer impulso al ascenso de la sangre actuando como un "burro de arranque", pero que a nivel femoral esto se cumple gracias a la aspiración del tórax y, durante la marcha, por el balance de presiones entre las cavidades del tronco.

En un trabajo presentado por nosotros (3° Premio Congreso Panamericano de Flebología, Recife 2011), demostramos mediante *ecodoppler* que el reflujo puede no ser patológico en los atletas,

existiendo reflujos comisurales por hiperdinamia circulatoria en ciertos estados como el embarazo y ejercicio intenso.² También en esa presentación describimos cómo la velocidad circulatoria desciende de manera manifiesta en obesos y con el transcurso de la jornada laboral.

En el caso de obesos III/IV hemos llegado a observar trastornos tróficos cutáneos idénticos a la IVC, aún sin várices, hecho que confirmaría el aumento de la presión venosa en el SVP. Cuando la luz de la vena aumenta un 30%, la velocidad circulatoria también disminuye proporcionalmente.

Desencadenantes de IVR

Como ya fue mencionado, todas las causas que impliquen desbalance de presiones en el tronco (disminución de la negativa torácica y aumento de la positiva abdominal), con horizontalización del diafragma, pueden llevar a la IVR. Esto puede verse en dos grupos de pacientes:

Obesos:

- Exceso de peso mayor al 25 del IMC.
- Distensión de la pared abdominal con aumento de la tensión.
- Edema bimalleolar de magnitud variable.
- Várices en distintos estadios.
- Trastornos tróficos cutáneos, aún sin várices.
- Disnea para las actividades cotidianas.

EPOC:

- Tórax en inspiración permanente.
- Elevación del diafragma.
- Corona flebectásica bimalleolar (signo de Van del Molen).
- Várices en diferentes estadios.
- Acrocianosis.
- Piel seca y descamada.

Diagnóstico

Además de los estudios por obesidad y EPOC, el *ecodoppler* muestra un patrón más o menos constante en este cuadro:

- Dilatación de la luz venosa.
- Escasa variación de la onda de flujo con los movimientos respiratorios.
- Baja velocidad de flujo.
- Marcada estasis venosa.

Conclusión

La IVR es un resultante muy frecuente de la obesidad y del EPOC, ya que en ambas se observa un aumento importante de la presión venosa.

El síndrome tiene todos los síntomas de ambos cuadros, más el edema, con o sin várices, ya que muchos obesos llegan a los trastornos tróficos venosos sin haber pasado por terreno varicoso.³

Referencias

1. Dres Kang Hi Young, Daniel Onorati. Medición del débito venoso y la elasticidad parietal como parámetro hemodinámico de valor con *ecodoppler*. 3° Premio Congreso Panamericano de Flebología, Recife 2008.
2. Daniel Onorati. Estudio de la presión venosa ambulatoria en sujetos con várices, Trabajo presentado en el XVII Congreso Argentino de Flebología y Linfología.
3. Daniel Onorati, Alejandro Becce. Medición del volumen de reflujo para la valoración de la insuficiencia de vena safena interna. 2° premio Congreso Panamericano de Flebología, Tucumán 2012.