

BREVE REVISION DE LA PATOLOGIA Y DE LA CLINICA DE LAS VARICES *

Prof. VELARDE PEREZ FONTANA
(Montevideo, Uruguay)

El Dr. Pérez Fontana, elegido miembro extranjero, ha tenido la deferencia de mandarnos un trabajo para establecer contacto con la Academia y este es un gesto que creo hemos de agradecerle. Por ello antes de la lectura me permitiré glosar en pocas palabras algo sobre la figura de Velarde Pérez Fontana.

Este cirujano, antiguo profesor de Montevideo, es mundialmente famoso por su inmensa labor en el campo de la hidatidología, lo que le ha valido el cargo de Presidente Vitalicio de la Sociedad Mundial de Hidatidología. Sus estudios abarcan todos los aspectos de este capítulo de la patología, desde la etiología y medios de propagación hasta el tratamiento, pasando por la inmunología y profilaxis.

Ha puesto de relieve el importante papel desempeñado por los insectos coprófagos como agentes intermedios entre el perro y el hombre en la diseminación de la enfermedad, punto este de capital importancia para el conocimiento de la epidemiología y para la profilaxis.

Su método de tratamiento del quiste hidatídico pulmonar, mediante quistectomía total y cierre del pedículo, es un método ya clásico y citado en todos los tratados.

Sus estudios sobre las hernias son famosos y de gran importancia. Personalmente debo confesar públicamente mi gratitud a este autor porque la adopción de sus técnicas me ha valido extraordinarios éxitos en mi práctica profesional...

La primera vez que me encontré con Velarde Pérez Fontana fue en Barcelona, en los años siguientes a la II guerra mundial, entonces fue cuando me contó que a pesar de que reconocía que su fama la debía principalmente a sus aportaciones al conocimiento de la hidatidosis, creía que su contribución al tratamiento de la hernia inguinal era aún más importante dado su gran valor en la práctica. La experiencia me ha demostrado plenamente la razón de sus palabras, pues su método representa algo tan relevante como la solución del problema de la hernia inguinal.

Luego le vi en otra ocasión, en la que se dedicaba a recorrer el complicado itinerario marcado por la vida de Miguel Servet, con el objeto de recoger datos para escribir una biografía sobre el ilustre aragonés. Luego me mandó un estudio completísimo sobre Andres Vesalio, editado en forma de un gran volumen por el Ministerio de Salud Pública del Uruguay.

Posteriormente le visité en su patria, en ocasión de pronunciar unas conferencias sobre hipertensión portal, entonces estaba entregado al estudio de los fundadores de la Universidad de Montevideo, especialmente de nuestro Sunyer i Capdevila. En aquella ocasión me pidió datos sobre el Dr. Soca, médico internista eminente del siglo pasado que había cursado estudios en la Universidad de Barcelona.

El trabajo que nos ha mandado no se refiere a aportaciones precisas y concretas sobre las varices, sino que se trata de una visión de conjunto de este importante tema, realizada por un hombre de gran experiencia y de una talla extraordinaria, lo cual creo que tiene para nosotros un considerable valor.

MOISÉS BROGGI

* Comunicación del Académico Correspondiente Extranjero, 14-1-75.

Señores Académicos:

Al conferirme el honor de nombrarme Miembro Correspondiente de la Real Academia de Medicina de Barcelona, envió este resumen de mi trabajo sobre «Varices» como exponente de más de medio siglo de actuación en la Clínica. Vislumbrado mi alejamiento aunque no mi retiro, me propuse, en recuerdo de los años pasados, hacer una revisión de la patología y de la clínica de las varices que hoy con humildad vengo a presentar a vuestra benevolencia los que me hacéis el favor de escucharme.

He recopilado en muchas horas de trabajo el desarrollo histórico del conocimiento de esta afección, junto con el desarrollo de la patología para hacerme una idea cabal del estudio actual de su conocimiento. Comencé con la revisión de la Anatomía y pude cerciorarme de la existencia de dos circulaciones venosas, una cutánea, arcaica, resto de la primera etapa del desarrollo embrionario y otra profunda ligada al sistema muscular.

Cuando el área vascular primitiva que rodea toda la superficie del embrión es perforada por el desarrollo de los orificios naturales, boca y ano, poniendo en comunicación el área exterior con el área mesenquimatosa, se produce el encuentro de los dos sistemas circulatorios. Así vemos que se ponen frente a frente las venas esofágicas con la vena porta, las hemorroidales con las mesentéricas, en la órbita las conjuntivales y en las venas circulatorias del miembro inferior, el sis-

tema de las safenas con el sistema de la vena femoral.

El apéndice podálico del embrión transformado en miembro inferior tiene doble sistema de circulación venosa, uno superficial, resto del antiguo sistema de la safena y el otro profundo, ambos comunican y se suplen por las perforantes y por las comunicantes.

HOUZE ha demostrado que la sangre del pie pasa fácilmente por las venas profundas hacia las superficiales pero no puede refluir de las superficiales hacia las profundas. En la pierna sucede lo contrario, la sangre pasa libremente de las venas superficiales hacia las profundas pero no puede volver de éstas hacia las superficiales. El miembro superior destinado a la prensión está organizado alrededor del origen del tubo digestivo, que tiene como función recibir del medio externo los alimentos. El sistema venoso del miembro superior es poco valvulado porque no debe vencer la gravedad. Sus venas siguen el trayecto del tabique lateral interno del brazo que se continúa con la aponeurosis media del cuello hasta el hueso hiodes.

El estudio de las venas fue mi preocupación durante muchos años, principalmente la parte histórica de la que no me ocupo en esta comunicación, pero que he tratado en mis libros sobre VESALIO y MIGUEL SERVET, este último todavía inédito.

T. C. DOS SANTOS creó la venografía, método de visualización de las venas que en casi cuarenta años modificó nuestros conocimientos sobre el sistema venoso y su patología muy particu-

larmente de las lesiones de las venas profundas sobre las que VERNEUIL había llamado la atención en la segunda mitad de la centuria pasada, pero que no progresaron por falta de comprobaciones necrópsicas. La mayoría de los autores han echado en olvido los trabajos del gran clínico de la Escuela de París y éste es un momento de reivindicar su magnífica actuación.

La Sociedad Internacional de Angiología que tanta preponderancia ha tomado en los últimos años y en la que los médicos de Barcelona han tenido destacada actuación, fueron sin duda los que más contribuyeron al estudio de la afección venosa del miembro inferior, particularmente de las varices. Los patólogos alemanes R. VIRCHOW, ASCHOFF y LUBARSCH instauraron el concepto de la trombosis cuya realidad ha sido comprobada por los nuevos medios de exploración.

La venografía sirvió en primer término para el estudio de los conocimientos de las venas superficiales y profundas y para establecer su realidad comprobando los datos suministrados por la clínica.

En segundo término la venografía fue de gran utilidad para el estudio de las venas profundas, sobre todo, para la visualización de las venas comunicantes y perforantes descritas por todos los anatomistas de todas las escuelas, pero cuyo conocimiento había dado poco fruto e nel terreno de la Patología y de su aplicación a la clínica y al tratamiento operatorio.

Desde el trabajo original del VIRCHOW y de sus discípulos, se había

progresado poco en el estudio de la trombosis, tanto en la clínica como en la medicina operatoria, pero las adquisiciones farmacológicas sobre la coagulación de la sangre, ha abierto nuevos horizontes para el tratamiento de la trombosis.

A veces, las varices del miembro inferior son una afección trombótica originada en el pie y como toda afección trombótica sigue el sentido de la corriente circulatoria, las varices se manifiestan entonces en el sistema de las venas safenas produciendo una desarmonía entre el sistema venoso, safeno, con el sistema profundo de la circulación venosa general. La trombosis del sistema profundo da origen a las varices del sistema superficial, y la manera de actuar sobre el sistema profundo, es siempre el masaje y movilización tendinea-muscular actuando sobre los músculos profundos de la pierna, los tibiales y los peroneos, etc. La movilización muscular obra sobre el sistema venoso profundo que está en relación directa con el sistema superficial por intermedio de las perforantes.

Hay que restablecer el sistema profundo trombosado parcial o totalmente, para restablecer la comunicación con las safenas y hacer cesar su influencia sobre el sistema superficial. Los trombos impidiendo la circulación por las venas profundas producen las dilataciones en la safena con engrosamiento de sus paredes o tunicas musculares que se engrosan paulatinamente hasta producir insuficiencia en las válvulas de abajo arriba hasta la última que es la válvula osteal.

Las venas profundas comunicantes o perforantes irritadas por el trombo se complican de celulitis, flebitis, etc., y todas éstas afecciones del tejido celular repercuten sobre la piel de la pierna, produciendo modificaciones tróficas que son el origen de la úlcera varicosa.

Esta es la patogenia de las lesiones varicosas de origen flebítico o inflamatorio, veremos ahora cuál es el tratamiento que se plantea con los medios que la ciencia médica dispone actualmente.

Descartamos el tratamiento quirúrgico, cuyos métodos son los más conocidos, para referirnos a los tratamientos que actúan sobre la trombosis, especialmente a los autocoagulantes que actualmente están en uso.

Hay una variedad de varices producida por insuficiencia valvular de la safena, sin participación de elementos inflamatorios, cuyo substratum es un estado meioprágico del tejido mesenquimatoso de causa embriológica que los autores denominan esenciales que habitualmente curan o se mejoran con operaciones simples, al contrario de las varices de causa infecciosa que dan origen a complicaciones cuyo tratamiento es dificultoso y a veces imposible de realizar. A este grupo de lesiones vamos a referirnos brevemente.

La coagulación es un fenómeno complejo, por el cual el plasma se precipita formando una malla de una substancia filamentosa, la fibrina, que engloba a los elementos corpusculares de la sangre. Los autores describen el fi-

brinógeno, el trombógeno y las sales cálcicas como elementos coadyuvantes. Dejando aparte las distintas hipótesis sobre la existencia de fermentos que actúan sobre la formación del coágulo. Sólo diremos que los más importantes factores de la trombosis son fundamentalmente: a) disminución de la velocidad de la sangre, b) alteraciones de la pared vascular y c) variaciones en la composición de la sangre.

La acción tóxica infecciosa explica la formación de la trombosis por extensión de los procesos infecciosos a través de las estructuras conjuntivas y linfáticas vecinas. Los tratamientos anticoagulantes para disolver los trombos son las últimas adquisiciones realizadas, los trabajos de los investigadores de Harvard, permitieron vislumbrar y determinar las propiedades de la heparina. HOAWEL y HOLT, extrajeron su anticoagulante del hígado que HOAWEL consideró ser fisiológicamente una sustancia que impide la coagulación de la sangre en vivo.

La heparnia purificada es un poderoso anticoagulante que un miligramo previene la coagulación de 100 mg durante 24 horas.

Este producto fue designado con el nombre de Heparina por HOAWEL y HOLTER. La heparina puede administrarse por vía intravenosa diluida en suero fisiológico al 5 % dando 600 miligramos en 24 horas.

MURRAY recomienda administrarla hasta obtener un tiempo de coagulación que oscile entre 15 y 20 minutos. F. MARTORELL en su clínica de Barcelona la emplea para prevenir la for-

mación de trombos venosos, pero advierte que no tiene buenos resultados cuando el trombo está constituido y que su eficacia depende de su aplicación precoz en las operaciones para evitar la formación del trombo.

Este autor con gran experiencia clínica, señala que las trombosis infectadas y las trombosis asépticas suelen producir fiebre, donde está perfectamente indicado el tratamiento con antibióticos o con sulfamidas, en las que la fiebre persiste a pesar de la medicación antibiótica y que desaparece con la heparina.

Lo mismo acontece con las embolias pulmonares inadvertidas, sobre las cuales no se ha conseguido una prueba fehaciente de laboratorio.

Tienen efecto anticoagulante, aunque de menor actividad los cumarínicos que es un polvo blanco cristalino, soluble en agua alcalina, administrado en cápsulas de gelatina alarga el tiempo de protrombina aunque no modifica el tiempo de coagulación, no altera el tiempo de sangría ni la fragilidad capilar. Esta droga se puede administrar simultáneamente con la he-

parina. El tromexan es un derivado del dicumarol que no se diferencia mucho de él, pero que actúa con mayor rapidez, su poder de acumulación es menor, y su toxicidad es cuatro veces menor. Sus indicaciones y contra indicaciones son las mismas del dicumarol. Hay muchos preparados semejantes, pero todavía no hay un criterio uniforme sobre su empleo.

Son muchos los autores que recomiendan drogas semejantes basándose en su propia experiencia, pero todavía no hay experimentación suficiente como para poder establecer un criterio firme.

En general se admite que la Heparina evita la coagulación intravascular impidiendo la propagación pero que no produce la disolución del trombo. Con este fin se emplea la medicación fibrinolítica de las cuales las más usadas son las enzimas protolíticas como la tripsina.

Señores Académicos:

En la Biblioteca de la Institución he depositado el original de mi trabajo por si alguno de vosotros tuviera interés en consultarlo.