

Estasis venosa y paniculopatía: Investigación semiológica

G. Fernández* y S. B. Curri**

Grupo de Estudio de la Dermoestética Funcional
(España)

RESUMEN

Se expone el importante papel de la microcirculación en varias patologías y en la evolución genética de cuadros poco conocidos como la paniculopatía de estasis venosa. Constituye un soporte de concepto para nuevas investigaciones sobre lo primario del daño microcirculatorio en las macroflebotías.

SUMMARY

The relevant role played by the microcirculation on several pathologies and on the genetic evolution of rarely known diseases as the panniculopathy with venous stasis have been explained. It represent a support on the concept for new research of microcirculation's injuries as a primary factor on macrophleboties.

Las alteraciones patológicas que se producen en el pánículo adiposo subcutáneo en el transcurso de la estasis venosa crónica (EVC) han sido escasamente investigadas. Sólo recientemente se ha hecho una distinción entre «paniculitis» de génesis inflamatoria y «paniculosis» o «hipodermosis» (dermo-hipodermosis).

Con este término se indican procesos con caracteres degenerativo-regresivos del tejido adiposo, cuya patogénesis no es flogística y consisten en alteraciones del riego sanguíneo local.

Las paniculosis se diferencian, tanto en el plano anatómo-patológico como en el clínico, de la obesidad hiperplástica e hipertrófica, ya se trate de formas generalizadas o localizadas en regiones corpóreas topográficamente bien delimitadas (2). En la obesidad, en efecto, las células adiposas han aumentado en número y/o en volumen, mostrando am-

bas circunstancias la llamada forma mixta, pero no hallamos alteraciones abiotrófico-regresivas y su bioquimismo permanece en los límites de la norma fisiológica. La distribución porcentual de los ácidos grasos saturados, ácidos grasos insaturados y otros parámetros bioquímicos no se diferencian de los datos obtenidos en sujetos normales de la misma edad (3, 4, 5).

Por contra, situaciones como la involución senil fisiológica, la diabetes, la arteriosclerosis generalizada con aspectos de microangiopatía difusa (6), provocan trastornos del bioquimismo de los adipocitos del tejido subcutáneo (7, 8) y también un cuadro de paniculopatía de incierta clasificación nosográfica y etiológica (9).

Con los términos «dermo-hipodermosis celulítica» (10), dermopaniculopatía edemato-fibroesclerótica» «paniculopatía edemato-fibroesclerótica» (11, 12), se entiende una serie de alteraciones patológicas de la hipodermis, cuya principal característica morfológica está constituida por la presencia de un edema por anormal permeabilidad capilar. Este edema disocia los adipocitos y provoca trastornos tróficos. Anisopoiquilocitosis adipocitaria, rotura del citoplasma con formación de una amplia cavidad conteniendo grasa extracelular, signos reactivos del sistema reticuloendotelial histiocitario de los adipocitos con hiperplasia e hipertrofia de las fibrillas reticulares y, en fin, neoformaciones de colágeno con fibroesclerosis nodular (3, 4, 5, 10, 11, 12, 13, 14, 15).

* Director del Grupo de Estudio de la Dermoestética Funcional (Castellón, Benicarló, Valencia, Alicante, Murcia, Albacete, Ibiza, Palma, Santander, Bilbao, Vitoria, Zaragoza, Madrid). España

** Profesor del Centro de Biología Molecular, Milán. Italia.

Es reconocido, en base a biopsias realizadas, que las alteraciones del tejido adiposo son precedidas y acompañadas de modificaciones, primero funcionales y después orgánicas, de la pared de los más pequeños vasos sanguíneos (16, 17, 18). Se habla por ello de una «componente microangiopática» (19) o de «dermato-paniculosis vasculopática». Estas alteraciones vasculares han sido igualmente confirmadas por investigaciones teletermográficas (20).

Ha sido también descrita la formación, en la región mamaria, de la macromastia, pero sólo desde el punto de vista clínico (12). Las paniculosis son normalmente pluricéntricas (1, 3).

Esto significa que en una determinada región del pániculo adiposo, están presentes más estadios evolutivos del proceso que los iniciales (edema), caracterizados por nódulos singulares o recogidos en paquetes y muy dolorosos a la presión («painful subcutaneous tubercles») (13, 14, 15).

La relación entre paniculopatía edemato-fibroesclerótica de las piernas y estasis o insuficiencia venosa crónica ha sido establecida por **Merlen** y **Curri**, y sucesivamente estudiada en el plano morfohistoquímico (22,23) e instrumental con técnicas termográficas (24, 25) y fotopletismográficas al infrarojo (26, 27, 28, 29).

Ha venido así delineándose un cuadro patológico bien caracterizado para esta paniculosis, por lo que ha sido propuesta la denominación de paniculopatía con estasis venosa crónica (**Curri**). En este cuadro entran la paniculopatía edemato-esclerótica de las extremidades inferiores (P.E.F) y la más recientemente identificada paniculopatía edemato-fibroplástica mamaria de estasis capilaro-venular (P.E.M.), (22, 23, 30, 31), que actúa sobre el tejido adiposo del seno femenino aún en ausencia de macromastia.

P.E.F. y P.E.M. gozan de muchos aspectos morfológicos comunes y se pueden presentar en el mismo sujeto afectado de manifestaciones de estasis y/o insuficiencia venosa crónica de las extremidades inferiores. Ello ha hecho pensar en la hipótesis de que también en el plano clínico-semiológico deberían existir aspectos comunes, identificables efectuando una valoración de los síntomas a nivel de las regiones corporales con mayor frecuencia interesadas.

Aspectos clínico-semiológicos de la paniculopatía de estasis venosa crónica (EVC)

En un intento de codificar el problema diagnóstico-diferencial de la paniculopatía de estasis venosa crónica, se ha propuesto por **Curri** una serie de 14 signos o síntomas fácilmente determinables a la inspección y a la palpación superficial y profunda de la piel y la hipodermis afectadas por el proceso lipoesclerótico.

Muchos de estos son pluriconvergentes, en el sentido que comportan la misma causa genética formal. En cualquier caso, en el plano práctico se han revelado de considerable utilidad diagnóstica.

Dos son los hechos anatómopatológicos sobre los cuales gravitan las manifestaciones semiológicas: el edema y la lipoesclerosis nodular.

El edema y el lipoedema conllevan un anormal aumento de la patosidad cutánea, la aparición de hipotermia y una disminución de la elasticidad de la piel. La lipoesclerosis, en sus varias manifestaciones, presenta escabrosidad cutánea «piel de naranja» «cutis alcoholonado» o «madras skin», asimismo «flacidez» y anormal «plicabilidad», «hipo y anelasticidad» en casos más avanzados. En los planos profundos, la palpación pone en evidencia bien una micronodulia difusa (sensación palpatoria de fina granulía), o bien nódulos

los únicos o múltiples, de consistencia parenquimatosa o duroelástica, que puede ofrecer «la sensación palpatoria de «la bolsa de la custodia del rosario» (**Binazzi**). También puede consistir en una zona endurecida con o sin edema circundante. Tanto en este caso como en la micronodulia difusa simple o múltiple, puede presentarse desde sensación de parestesia o disestesia, hasta dolor espontáneo. Los nódulos son siempre dolorosos a la presión digital. El pellizco provoca dolor de duración mayor de 3 segundos («pinch test»). Además, la piel puede ser pálida, fría y de color amarillento cuando es escabrosa. La presencia de estrías (strae atrophical distensae) es frecuente. **Binazzi** (12) afirma que la coexistencia de estrías y de macronódulos «a sachetto» indican que la eventual participación de la dermis en el proceso indurativo del tejido hipodérmico no es primitiva ni esencial.

Relaciones y correlaciones entre los síntomas de la estasis venosa crónica (SVC) y síntomas de la paniculopatía de las extremidades inferiores

En una casuística de 511 observaciones ambulatorias de SVC se ha efectuado una investigación epidemiológica (36) valorando la gravedad de los síntomas de estasis y/o insuficiencia venosa-crónica de las extremidades inferiores (edema, calambres diurnos y nocturnos, parestesias, sensación de pesadez, telangiectasias, varices) en relación a los 14 síntomas de las P.E.F. Por cada uno de los síntomas de EVC/IVC (scores 0, 1, 2, 3, 4) se ha determinado las correlaciones lineales y la significatividad de los valores del coeficiente de correlación, al objeto de obtener elementos que indiquen que al aumentar la gravedad de un síntoma de EVC/IVC, aumentase la

intensidad de uno o más síntomas de P.E.F. Son evidentes, estadísticamente, las relaciones entre la sensación de pesadez y escabrosidad cutánea; entre el edema del tercio inferior de la pierna y lipoedema de la hipodermis del muslo; entre parestesias de la pierna y dolores espontáneos locales en determinados puntos de la región supero o medio-lateral del muslo.

En una siguiente investigación, que comprende 40 observaciones estudiadas en ambiente clínico (37) con los mismos criterios, se evidencia que la severidad de los síntomas de P.E.F. depende de la gravedad de la estasis o insuficiencia venosa crónica de las extremidades inferiores.

Los edemas maleolares aparecen significativamente correlacionados con el lipoedema, el dolor espontáneo y provocado, la micronodularidad difusa y los macronódulos aislados o múltiples. La parestesia, con el dolor espontáneo; las telangiectasias con la escabrosidad cutánea de la pierna y las placas endurecidas; las estrías y los nódulos únicos y múltiples.

Las varices muestran correlaciones lineales estadísticamente significativas con la intensidad de los síntomas de lipoedema, placas endurecidas, flacidez de la piel de la pierna y dolor espontáneo o provocado.

De estas observaciones, relativas a 551 casos, se puede deducir que también sobre el plano semiológico práctico, basado en la valoración subjetiva y objetiva de una serie de síntomas, es posible establecer correlaciones entre EVC y alteraciones patológicas de la hipodermis, y de las manifestaciones cutáneas en regiones proximales de las extremidades inferiores donde normalmente no se procede a un examen clínico en sujetos con EVC/IVC.

Correlaciones entre síntomas de EVC y/o IVC de las extremidades inferiores y la P.E.M.

Indagaciones biópsicas han evidenciado una distinción formal entre patología benigna del componente glandular del seno femenino y componente extra-glandular, en particular referido al tejido adiposo (22, 23, 30, 31). Se hace la distinción entre situaciones con una alteración y complicación displásica evolutiva del componente epitelial y situaciones de distrofia conectivo-adiposa (39). La presencia de una paniculosis mamaria en macromastias ya había sido señalada (12).

Amanti y col. (39) señalan que tal situación es común en la mujer sobre todo después de los 35 años y asociada a otras alteraciones generalizadas (Obesidad, P.E.F. y «alteraciones vasculares periféricas, en particular venas varicosas»).

Curri y **Liguri** han examinado en 62 casos con EVC la incidencia de la paniculosis mamaria en el cuadrante supero-medial y supero lateral del seno.

Los síntomas y signos empleados

para este estudio son los mismos que los utilizados en el estudio de la P.E.F., a excepción de las placas endurecidas.

Se ha evidenciado por análisis estadístico la correlación lineal significativa entre (véase Tabla I).

Los síntomas observados parecen confirmar los datos biópsicos (22, 23) sobre la morfología morfohistoquímica entre la P.E.F. y la P.E.M. e indican una patología común entre las dos paniculopatías (30, 31) dentro de las microangiopatías (Histangiopatías) de la EVC (42) (véase Tabla II).

La intensidad de cada síntoma ha sido valorada atribuyéndole un valor arbitrario de 0 a 4. La ficha clínica es la ya adoptada en anteriores ocasiones (36, 38, 40). La casuística se efectuó en España y en Italia con 286 observaciones del sexo femenino.

Se tomaron la edad media, peso medio, altura medida en cm., y la relación peso/altura al cuadrado (PT2).

Se han considerado la presencia de obesidad generalizada o localizada, el número de hijos, los trastornos en la esfera endocrina y neurovegetativa.

Tabla I
EVC extremidades inferiores. Seno femenino

<i>Edemas</i>	Escabrosidad. Anormal plicabilidad Pastosidad. Hipoelasticidad. Lipoedema. Dolor provocado. Micronodulia difusa.
<i>Parestesias</i>	Anormal pastosidad cutánea. Hipoelasticidad. Mastodinia. Flacidez con ptosis.
<i>Sensación de pesadez</i>	Escabrosidad cutánea Hipoelasticidad. Estrías.
<i>Telangiectasias</i>	Micronodulia difusa.
<i>Varices</i>	Anormal pastosidad cutánea. Micronodulia difusa.

Tabla II

CORRELACION ENTRE LOS SINTOMAS DE EVC y/o I.V.C. DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES Y P.E.F. Y P.E.M.

A.— Síntomas de EVC/IVC:

- 1 Edemas
- 2 Calambres diurnos
- 3 Calambres nocturnos
- 4 Parestesias
- 5 Sensación de pesadez
- 6 Varices
- 7 Medida en cm. de la circunferencia del tobillo

B.— Síntomas de la P.E.F.

- 1 Escabrosidad cutánea
- 2 Mayor pastosidad de la dermis
- 3 Menor elasticidad de la piel
- 4 Aumento plicabilidad cutánea
- 5 Edema de la dermis y Lipoedema
- 6 Placas endurecidas con edema
- 7 Placas endurecidas sin edema
- 8 Dolor espontáneo
- 9 Dolor provocado a la palpación profunda
- 10 Presencia y extensión de las estrías cutáneas
- 11 Sensación palpatoria de fina granulía
- 12 Macronódulos únicos o múltiples, aislados o en paquete
- 13 Piel pálida e hipotérmica
- 14 Positividad del «punch test» (permanencia de dolor provocado del pellizco por más de 3 segundos).

C.—Síntomas de la P.E.M:

- 1 Escabrosidad cutánea
- 2 Aumento pastosidad piel e hipodermis
- 3 Hipoelasticidad cutánea
- 4 Aumento plicabilidad de la piel
- 5 Edema de la dermis e hipodermis
- 6 Mastodinia
- 7 Dolor provocado a la palpación profunda
- 8 Flaccidez cutánea
- 9 Presencia y extensión de estrías
- 10 Micronodulia difusa
- 11 Macronódulos solitarios y múltiples
- 12 Hipotermia
- 13 Ptosis, macromastia
- 14 Diámetro en cm. de cada uno de los senos

Los cálculos estadísticos (Anova a dos vías, regresión lineal, regresión múltiple, significatividad del coeficiente de correlación) han sido efectuados con el fin de verificar que exis-

tía una significatividad estadística entre gravedad de los síntomas de la P.E.F. y la P.E.M.

Los resultados de esta investigación epidemiológica pueden así ve-

nir compendiados, considerando, al análisis estadístico de las correlaciones lineales, cada vez uno de los siete síntomas de EVC/IVC como variable independiente a los que van a correlacionarse las variables independientes de los 14 síntomas de P.E.F. y, respectivamente, los 13 síntomas de la P.E.M.; por otra parte se ha considerado como variable independiente cada uno de los síntomas de la P.E.M. buscando la significatividad de las correlaciones de los síntomas de la P.E.M. considerados como variables dependientes.

Existen correlaciones lineales entre obesidad y todos los síntomas de EVC/IVC, de PEF y PEM.

Igualmente se obtienen las siguientes correlaciones:

El edema de las extremidades inferiores se relaciona con la presencia en muslos de lipoedema, plicabilidad cutánea, mayor flaccidez, presencia de estrías y macronódulos dolorosos únicos o múltiples y con dolor espontáneo en la región súpero y medio-lateral del muslo.

En el seno existe correlación con mayor plicabilidad, mayor flaccidez, dolor espontáneo, macronódulos dolorosos, lipoedema, estrías.

Los calambres diurnos en musculatura de las extremidades inferiores guardan relación con mayor plicabilidad, mayor flaccidez, dolor espontáneo, macronódulos dolorosos, piel pálida e hipotérmica. En la mama están relacionados con un solo síntoma: la presencia de macronódulos.

Los calambres nocturnos están relacionados con la escabrosidad cutánea del muslo, con la piel pálida e hipotérmica y con el dolor espontáneo y provocado.

La sensación de pesadez en las extremidades inferiores guarda relación significativa con el aumento de la pastosidad de la dermis y de la hipodermis de los muslos; y la mayor plicabilidad y flaccidez cutánea, con el lipoedema, los macronódu-

los dolorosos a la presión profunda y con el dolor espontáneo y provocado.

Las mamas presentan tan sólo un incremento anormal de la plicabilidad y de la flaccidez de la piel.

Las parestesias están relacionadas, a nivel de los muslos, con la escabrosidad, el aumento de la pastosidad y la plicabilidad de la piel, con la flaccidez cutánea, la presencia de macronódulos, el dolor espontáneo y provocado y la piel pálida e hipotérmica.

El cuadro mamario está caracterizado por un aumento de la plicabilidad cutánea.

Las telangiectasias están relacionadas con anormal pastosidad dermo-hipodérmica, hipoelasticidad de la piel, estrías, macronódulos únicos o múltiples, micronodulia difusa y dolor espontáneo o provocado.

Las mamas presentan un aumento de la plicabilidad, flaccidez, lipodema, micronodulia difusa y piel hipotérmica.

La obesidad generalizada se relaciona de manera estadísticamente significativa con todos los síntomas de estasis y/o insuficiencia venosa crónica.

Por otra parte, dado que los obesos movilizan menos la bomba muscular de las piernas y adoptan posturas que penalizan el retorno venoso, presentan con mayor frecuencia un cuadro de E.V.C. y, por tanto, síntomas propios de P.E.F.

En relación con el seno, la situación micro y macrocirculatoria del plexo superficial vénulo-venoso no es diferente en apariencia en la obesidad generalizada.

La obesidad está relacionada con la presencia en el seno de flaccidez, ptosis, estrías cutáneas, relación peso/altura y con el diámetro de los senos. Sin embargo, no existe relación con edema, lipodema, macronodulia y micronodulia difusa.

Las mujeres obesas no suelen tener trastornos menstruales, pero si

presentan insomnio, irritabilidad y depresión.

La escabrosidad de la piel de los muslos aparece correlacionada significativamente a nivel mamario con pastosidad y, evidentemente, con la edad de los sujetos.

La hipoelasticidad de la piel de los muslos se relaciona con la presencia, a nivel mamario, de escabrosidad cutánea, aumento de la pastosidad con hipoelasticidad y fácil plicabilidad de la piel; además, con el lipodema y el dolor provocado.

El aumento de la pastosidad de los muslos aparece relacionado con diversos parámetros de la P.E.M., como son pastosidad cutánea mamaria, hipoelasticidad y flaccidez, hipotermia zonal, estrías y ptosis.

La presencia de lipodema en la P.E.F. se relaciona con los siguientes síntomas de la P.E.M.: hipoelasticidad cutánea, aumento de la plicabilidad y de la pastosidad, flaccidez, lipodema, micronodulia difusa, e hipotermia cutánea, además de mastodinia.

El dolor espontáneo de la P.E.F. está relacionado con el aumento de la plicabilidad cutánea, con la ptosis mamaria, la edad y el peso.

El dolor provocado se relaciona, a nivel mamario, con anormal plicabilidad y flaccidez de la piel, macronodulia, hipotermia y ptosis.

La flaccidez de la piel de los muslos se relaciona con aumento de la plicabilidad de la piel de la mama, estrías, ptosis y aumento del peso corporal.

La micronodulia difusa de la hipodermis de los muslos se encuentra relacionada con aumento de la pastosidad, dolor provocado, macronodulia, hipotermia, ptosis mamaria y edad del sujeto.

La piel pálida e hipotérmica de los muslos se halla relacionada con los siguientes síntomas de P.E.M.: escabrosidad, hipoelasticidad, plicabilidad, estrías, dolor provocado, y macronodulia.

El análisis estadístico pone en clara evidencia que con el aumento de la intensidad de un síntoma de la P.E.F. aumenta en correspondencia la gravedad del deterioro de determinados síntomas de la P.E.M.

Significado patogenético y clínico de las manifestaciones de paniculopatías en diversas regiones corporales en el curso de I.V.C. y/o E.V.C. de las extremidades inferiores

A) Significado patogenético.

El reexamen de los datos hallados en estos últimos años sobre alteraciones en la patología de los microvasos en la EVC ha dado paso a valoraciones patogenéticas que se diferencian sustancialmente de las tesis comúnmente aceptadas sobre la primitividad o secundariedad del daño microcirculatorio.

Se ha sostenido siempre que la disminución del flujo centrípeto encuentra su primera causa, bien en factores genético-constitucionales, bien bioquímicos y fisicomecánicos, en la tentativa de explicar racionalmente la pérdida progresiva del tono parietal, la dilatación con deterioro valvular y la aparición de varices. Pero muchos elementos han sido trastocados por causa de las cuestiones patogenéticas. Entre ellos, las alteraciones estructurales de la pared venosa con el avance de la edad (43), pero en primer lugar el papel del «Vasa Vasorum» en el mantenimiento de las condiciones óptimas de la pared venosa (44).

Curri (45) ha insistido mucho en este aspecto para la interpretación de la génesis y progresión del daño parietal venoso. En base a hallazgos morfohistoquímicos sobre la pared y el periangio de la safena extraída en curso del «striping» ha sido posible comprobar situaciones poco conocidas del comportamiento de los microvasos parietales. Por norma, en

venas no alteradas, los capilares de los «vasa vasorum» se distribuyen exclusivamente en la adventicia, formando una pared perivénosa (45) y sin penetrar nunca en el contexto de la media.

Los aspectos patológicos del pániculo adiposo de las extremidades inferiores, secundarios a las alteraciones anatómo-funcionales del microcículo, han sido repetidamente descritas (1, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20).

Mucho menos y sólo recientemente han sido parcialmente señaladas (21, 23, 30, 31) las alteraciones patológicas producidas en el tejido adiposo del seno femenino causadas por estasis microcircularias demostrables en el plano morfológico y en el instrumental. Los aspectos morfológicos e histoquímicos son del todo comparables a los observados en el pániculo adiposo de las extremidades inferiores.

Es intuitivo que pueda existir una patología común; pero no es deontológico practicar en gran escala biopsias como demostración del nexo patogenético entre E.V.C. y/o I.V.C de las extremidades inferiores y las P.E.F. y P.E.M.

En las investigaciones sobre el microcículo de estas regiones se han efectuado numerosas biopsias, en pacientes y con precisa indicación clínica. Pero la coordinación de los diversos aspectos y el juicio epicrítico final no es posible sin la fundamental aportación de los datos semiológicos y de la anamnesis clínica.

B) Significado clínico.

El significado, en la práctica clínica, de las relaciones entre EVC y/o IVC y los síntomas de la P.E.F. y la P.E.M. se explican con las contribuciones de la literatura y de una valoración global de la casuística hasta ahora recogida. En total, se trata de 1243 observaciones.

Se han evidenciado, para la mayor parte de síntomas, correlaciones

lineales estadísticamente significativas. El dato asume mayor interés si se considera que la sintomatología de la EVC en casos iniciales (fase preclínica) se limita a uno o dos síntomas, principalmente presencia de edemas, en especial en meses cálidos y después de bipedestación prolongada, sin poder accionar convenientemente la bomba muscular, o, en ocasiones, sensación de pesadez en las piernas por la noche; o bien algún episodio aislado de parestesias.

Normalmente aparecen varios síntomas. Por tanto, en la valoración de la positividad de las correlaciones EVC/IVC y P.E.F./P.E.M. se han tenido en cuenta, caso a caso, el número de síntomas de EVC/IVC presentes y todos han sido considerados en su significatividad estadística respecto a los síntomas de las dos paniculopatías.

Las estadísticas de los síntomas confirman la hipótesis de trabajo que consistía en mostrar la afinidad morfológica y una patología común de la paniculopatía no flogística de las extremidades inferiores y del seno, ambas ligadas al fenómeno de estasis microcircularia local. Los datos recogidos constituyen una señal presuntiva de la necesidad de proceder a un examen clínico más completo en pacientes que denuncian síntomas aún iniciales de estasis venoso en las extremidades inferiores. Se debe contemplar la existencia conjunta de síntomas de P.E.F. y de P.E.M.

Consideraciones de este tipo han sido postuladas en base a criterios «ex adjuvantibus» en ambiente semiológico, donde se ha podido aceptar que el tratamiento «long term» con fármacos capilaroprotectores y venotropos en la mastodinia asociada a densamientos fibrosos y a micronódulos difusos comporta sensibles mejoras del cuadro clínico, termográfico y ecográfico del seno (39). Han sido estos criterios los

que nos han inducido a constituir la programación de la investigación.

El significado clínico de la investigación semiológica efectuada con criterio pluricéntrico a partir de 1984, procediendo por grados, analizando en principios las relaciones entre los síntomas de EVC/IVC de las extremidades inferiores y P.E.F. del muslo y rodilla (36, 37, 48, 49, 50, 51, 52); y, en segundo tiempo, después de haber valorado estadísticamente los resultados y la relación entre SVC/IVC y P.E.F./P.E.M. y recogida la casuística en ambientes diversos, ambulatoriales y clínicos en Italia y en España, utilizando iguales criterios de análisis y la misma ficha clínica, con particular cuidado de que no existan contactos personales e información recíproca entre los participantes en la investigación; y además el hecho que todos los datos han sido sometidos al examen estadístico en una misma sede por parte del coordinador; parecen elementos suficientemente probativos, para una tesis que no respeta la ortodoxia semiológica predominante.

La microcirculación, en su importancia clínica, tiende prepotentemente a salir del limbo especializado en que ha estado confinada por años.

El papel de la microcirculación en las patologías y en la evolución formal genética de cuadros poco conocidos como la paniculopatía de estasis venosa, constituye el soporte conceptual para nuevas investigaciones sobre la primitividad del daño microcirculario en la macroflebotopías.

Se han hecho los cálculos estadísticos para la determinación del coeficiente de correlación entre la presencia y gravedad de los síntomas de EVC/IVC por un lado y los de las paniculopatías no flogísticas (P.E.F. y P.E.M.) por otro.

NOTA: Se acompañan 48 citas bibliográficas, que pueden solicitarse de los autores.