

VARICES EN MIEMBROS INFERIORES

* Dra. Nilsa Selaya Céspedes

* Dr. Oscar Telleria

* Dra. Teresa Telleria

* Medicos Familiares Pol. Manco Kápac

INTRODUCCIÓN

Las várices de los miembros inferiores constituyen la enfermedad más común dentro de las enfermedades vasculares periféricas, habiéndose estudiado su prevalencia en algunas regiones del globo terráqueo; 29,6% en Europa y 20% en América Latina. En términos generales en la flebopatología se presume que un 30% de la patología en el mundo, lo constituyen problemas venosos, con gran tendencia a la cronicidad.

A pesar de la gran variedad de complicaciones que presenta la Enfermedad varicosa en su evolución, el diagnóstico no requiere más que inspección. El tratamiento de elección depende del compromiso del sistema venoso superficial al momento de acudir al médico.

Las venas varicosas se definen como venas tortuosas, contorsionadas, o alargadas. A menos que el agrandamiento sea severo, el tamaño solo no indica anormalidad porque puede variar dependiendo de la temperatura ambiente y, en mujeres, de factores hormonales. Además, las venas superficiales normales pueden parecer agrandadas en sujetos delgados, mientras que las venas varicosas pueden estar ocultas en sujetos obesos.

Al ser una enfermedad "que salta a la vista", casi una tercera parte de los pacientes busca atención médica por la presencia de síntomas que no son ocasionados por la entidad, pero que las personas relacionan con ésta, las cuales son una causa común de consulta médica, especialmente en mujeres.

Desde el punto de vista morfológico, las várices se clasifican en **tronculares**, si comprometen troncos venosos mayores, como las safenas o sus ramas principales; **reticulares**, que incluyen venas subcutáneas de menor tamaño; **telangiectasias**, consistentes en alteración de vénulas intradérmicas.

En tal caso, si el médico no encuentra complicaciones asociadas, el tratamiento indicado consiste en medidas de autocuidado y prevención. También es frecuente que sea la preocupación desde el punto de vista estético, lo que lleve al paciente a buscar ayuda profesional.

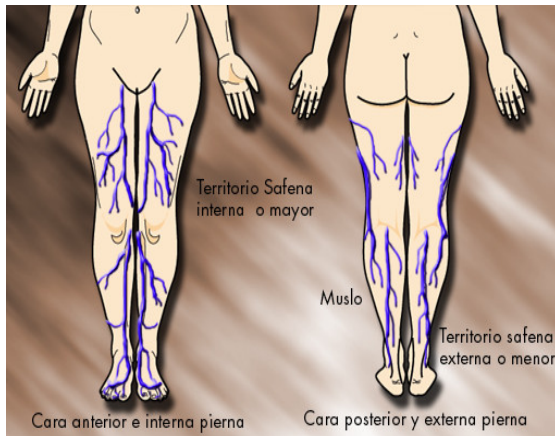
Es exclusiva del ser humano, relacionada a la posición de bipedestación con apoyo exclusivo sobre plantas de pies. Esta posición crea una columna sanguínea desde la aurícula derecha hasta las venas en dedos de pies, manejando presiones variables en todo su recorrido. Cualquier daño en los diferentes sistemas reguladores, puede ocasionar aparición de várices en los miembros inferiores. Para entender el mecanismo comprometido en este fenómeno, es importante repasar algunos aspectos fisiológicos de la circulación venosa.

En su evolución van adoptando formas diferentes: así tenemos que en un inicio hay pequeñas dilataciones de las venas más delgadas a las que se denominan varículas.

Posteriormente se asiste al aumento de volumen de los troncos venosos superficiales importantes, produciéndose la forma de varices cilíndricas; otras veces en un periodo de mayor evolución asistimos a la formación de dilataciones saculares que constituyen verdaderos aneurismas y en un periodo de mayor cronicidad la vena varicosa se vuelve serpigínosa flexuosa al plegarse la vena sobre sí misma debido al gran aumento de su longitud.

RECUERDO ANATÓMICO

El sistema venoso de retorno de los miembros inferiores consta de tres sistemas importantes: sistema venoso profundo; sistema venoso superficial y sistema venoso comunicante.



El sistema venoso profundo está formado por las venas Tibiales anteriores, Tibiales posteriores y Peroneas; pares, que recogen el retorno venoso de la pierna hasta formar un tronco común: el tronco Tibioperoneo situado preferentemente a la altura de la escotadura interósea Tibioperoneal; discurre con ese nombre hasta alcanzar la interlínea articular de la rodilla donde recibe el nombre de vena Poplítea; esta vena recibe el aporte de la Safena externa y se llama Poplítea hasta atravesar el anillo de Hunter donde recibe el nombre de vena Femoral superficial; como tal recorre la cara interna profunda del muslo; bien arriba recoge el concurso de la vena Femoral Profunda que drena los músculos del muslo y a nivel de la arcada inguinocrural, recibe el aporte del gran tronco venoso superficial: la vena Safena interna, dando origen a partir de esta unión a la vena Femoral común, que al ingresar a la pelvis seguirá cambiando de nombre hasta que uniéndose a la similar vena Iliaca del otro miembro inferior van a formar la vena Cava inferior.

El sistema venoso superficial está formado por dos grandes venas; la vena Safena interna o Safena magna y la vena Safena externa, también llamada Safena parva, Safena posterior, Safena menor. La Safena interna nace en la vena dorsolateral interna del pie, discurre por delante del maleolo interno, cara interna de la pierna, cara lateral interna de la rodilla y luego cara interna del muslo para al llegar a la región inguinocrural, hacer una curva hacia adentro y atrás (Cayado de la Safena), perforar la Fascia cribiforme formando el anillo de Allan Burns, también llamado ligamento de Hey y desembocar en la vena Femoral. En su trayecto recibe el aporte de otras venas superficiales tanto a nivel de la pierna como del muslo.

La vena Safena externa nace en la vena dorsolateral externa del pie, discurre por detrás del maleolo externo, asciende por la cara posterior de la pierna y a 8-10 cm del maleolo, se hace sub-aponeurótica, sigue su ascenso por la línea media de la pierna y viene a desembocar en la vena Poplítea a nivel de la interlínea articular de la rodilla. En su trayecto recibe el aporte de otras venas superficiales y casi siempre se relaciona con la otra Safena mediante una vena anastomótica también superficial.

• Sistema comunicante

Ambas venas safenas en todo su trayecto emiten ramas que atraviesan la aponeurosis y desembocan en las venas profundas de la pierna y el muslo, son las venas del sistema comunicante, de gran importancia en la fisiología del retorno venoso.

Se ha determinado que el sistema venoso profundo conduce el 90% del retorno y el sistema venoso superficial sólo el 10%. Este retorno se efectúa mediante la bomba muscular (contracción muscular que presiona las venas e impulsa la sangre hacia arriba) y el latido arterial que con la dilatación presiona la vena produciendo el mismo efecto que la contracción muscular.

Secundariamente actuaría la presión negativa intraabdominal.

Etiopatogénicamente se puede decir que cualquier incremento de presión en el sistema venoso profundo que se trasmite al sistema venoso superficial en sentido retrógrado venciendo la unidireccionalidad valvular puede producir dilatación de las venas superficiales, llegando a hacerse varicosas.

CLASIFICACIÓN

Las várices siempre se han clasificado en dos grandes grupos:

- a) Várices primarias o esenciales.
- b) Várices secundarias.

a) Las várices primarias también se denominan esenciales porque su etiología aún sigue en estudio; en la actualidad existe más de una veintena de teorías, para explicar su génesis, van desde el factor hereditario, pasando por influencias hormonales, hábitos alimentarios, hábitos de trabajo, factores bioquímicos,

ecológicos, etc., basta mencionar en la actualidad factores dependientes del endotelio vascular.

b) Las várices secundarias son aquellas cuya causa etiológica se descubre; tumores intrapélvicos que comprimen las venas profundas, invasión neoplásica de las venas profundas, fístulas arteriovenosas congénitas y adquiridas, y lo más frecuente, várices secundarias debidas a tromboflebitis de las venas profundas que muchas veces pasa desapercibida en su inicio, haciendo su debut con las secuelas: várices, aumento de volumen del segmento afectado y dolor en el miembro comprometido y esta causa es con mucho la más frecuente, lo que ha originado que a este tipo de várices se las denomine también postflebiticas o posttrombóticas.

Desde el punto de vista morfológico, las várices se clasifican en **tronculares**, si comprometen troncos venosos mayores, como las safenas o sus ramas principales; **reticulares**, que incluyen venas subcutáneas de menor tamaño; **telangiectasias**, consistentes en alteración de vénulas intradérmicas.

En su evolución van adoptando formas diferentes: así tenemos que en un inicio hay pequeñas dilataciones de las venas más delgadas a las que se denominan varículas.

Posteriormente se asiste al aumento de volumen de los troncos venosos superficiales importantes, produciéndose la forma de varices cilíndricas; otras veces en un periodo de mayor evolución asistimos a la formación de dilataciones saculares que constituyen verdaderos aneurismas y en un periodo de mayor cronicidad la vena varicosa se vuelve serpiginosa flexuosa al plegarse la vena sobre sí misma debido al gran aumento de su longitud.

SINTOMATOLOGÍA

Las várices primarias tienen como síntomas acompañantes a las dilataciones venosas: ardor plantar y en el trayecto de las venas dilatadas, disconfort al estar mucho tiempo de pie; todas estas molestias desaparecen cuando el paciente camina o adopta la posición horizontal (acostado).

Las várices secundarias en cambio presentan dolor, cansancio y pesadez de piernas al estar mucho tiempo de pie e hinchazón de la pierna afectada (edema venoso), estas molestias

aumentan cuando el paciente camina y demoran mucho en desaparecer, cuando el paciente se acuesta.

Examen Clínico

Se procede en primer lugar a la inspección, con el paciente de pie y descalzo, se observa cuál de los sistemas superficiales importantes está dilatado, es decir si las várices corresponden a vena safena interna y colaterales o a safena externa; si hay aumento de volumen de uno o de los dos miembros inferiores; si hay manchas ocres en los segmentos distales de las piernas; si hay presencia de dermatitis, citráticas o úlceras.

Mediante la palpación se puede detectar endurecimiento del subcutáneo (hipodermatitis), si hay aumento de temperatura en la vena dilatada o si ella se presenta indurada (tromboflebitis). La percusión nos sirve como test funcional valvular y constatando si la onda percutánea se transmite endovenosamente.

Exámenes de exploración venosa

Estos test sirven para investigar el funcionamiento valvular y la presencia o no de patología venosa profunda.

Test de Brodie Trendelenburg

Sirve para explorar la normalidad de la válvula ostial, es decir la válvula que está situada en la desembocadura de la vena safena interna en la vena Femoral y consiste en lo siguiente:

- Con el paciente acostado elevar la pierna varicosa y vaciar las venas varicosas,
- Colocar una ligadura elástica en la raíz del muslo ocluyendo la vena safena,
- Poner de pie al paciente y observar las venas de la pierna. Si no hay llene venoso de arriba hacia abajo, después de 17" las venas empiezan a llenarse de abajo hacia arriba como consecuencia del retorno sanguíneo normal; si en este momento, se retira la ligadura y el llene venoso de arriba hacia abajo es instantáneo, las várices tendrían su origen en insuficiencia de la válvula ostial.

Test de Perthes

Sirve para averiguar la presencia o no de patología venosa profunda, a) con el paciente de

pie se coloca una ligadura elástica supracondílea que ocluya la vena safena interna y se invita al paciente a caminar; si el paciente camina sin dolor ni molestias, una o dos vueltas en la sala de examen y las várices desaparecen, significa que el sistema venoso profundo está indemne; si por el contrario, el paciente al caminar acusa molestias y dolor en la pierna examinada, es señal de que el sistema venoso profundo está enfermo u obstruido.

Test de la percusión

Consiste en palpar a distancia la onda que crea la percusión sobre una vena, generalmente la percusión se efectúa en el segmento más distal (v.g. maleolo int.) y la palpación se hace a nivel de rodilla (cara interna), normalmente la onda percutoria no debe palparse más allá de 7 cm de tal manera que si uno percutiendo en maleolo palpa la onda en rodilla, es señal de que las válvulas de la vena safena están insuficientes. Aún más: si percutimos en muslo y palpamos la onda en la pierna es señal de que las válvulas están invertidas y la insuficiencia es total.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

La evolución tecnológica ha contribuido mucho a que se utilicen varios exámenes en los enfermos varicosos, facilitando su estudio y un diagnóstico más preciso.

Flebografía: Es un método diagnóstico muy antiguo, el cual ha sido reemplazado por medios no invasivos, pero puede ser útil cuando no hay otros recursos, o para estudiar el sistema venoso profundo. El medio de contraste es inyectado en la vena del dorso del grueso artejo y un torniquete por encima del tobillo impide que vaya por el sistema venoso superficial. Cuando las radiografías muestran presencia de medio de contraste en la vena femoral, el paciente recibe indicaciones para realizar maniobras de Valsalva, las cuales favorecen reflujo venoso; si el medio tiende a regresar por la vena, pero se detiene en las válvulas, quiere decir que éstas son continentes, si no, son incontinentes.

Ultrasonografía venosa: El resultado del dúplex venoso es una imagen de interfaces de tejidos y sangre (glóbulos rojos, blancos) en movimiento en un monitor de vídeo, con la posibilidad de escoger cualquier plano según la estructura vascular que se esté estudiando. Por este método, es posible visualizar la dirección y velocidad del flujo de

sangre, y detallar la estructura y funcionamiento de las válvulas. Las ventajas de la sonografía incluyen que no es invasiva, puede utilizarse para observaciones prolongadas y ciclos repetitivos de ejercicio, además de su menor costo. En 1964, Baker utilizó el efecto Doppler para el estudio de las flebopatías a base del ultrasonido y en la actualidad el doppler a colores está ocupando un lugar entre estos exámenes.

Pletismografía y Fotopletismografía, para algunos el examen auxiliar más versátil en el estudio de las flebopatías, analizando los cambios de volumen del miembro afectado o un sector de él.

La termografía cutánea que registra las diferencias de calor en la piel de acuerdo al llenado sanguíneo; la fotografía con Rayos infrarrojos para visualizar la red subdérmica, luego la tomografía computarizada y últimamente la Resonancia Magnética Nuclear. En algunos problemas se recurre al uso de sustancias radioactivas como el Tecnecio, para una mayor precisión diagnóstica. Es lógico presumir que los últimos exámenes mencionados tienen un mayor costo, lo que en nuestro medio, para el mayor volumen de pacientes, los hace prohibitivos.

COMPLICACIONES DE LAS VARICES:

Son varias, según su frecuencia tenemos:

Varicoflebitis, proceso eminentemente inflamatorio; no infeccioso, cursa con febrícula, dolor en el trayecto venoso comprometido y enrojecimiento de la piel, cede simplemente con antiinflamatorios.

Tromboflebitis superficial o sea coagulación intravascular; a los síntomas de la flebitis se agrega induración de la vena comprometida y ligero disconfort en la zona afectada; cede con antiagregativos plaquetarios, heparinoides, vendaje compresivo y deambulación, esto si la localización es de rodilla hacia abajo; pero si la localización es en una várice de safena interna a nivel del muslo, es necesaria la ligadura del cayado safeno para evitar embolia pulmonar.

Hipodermatitis, engrosamiento y endurecimiento del subcutáneo por cronicidad de la enfermedad: tratamiento compresivo; dermatitis, asentando sobre un trayecto varicoso, cede con ungüentos corticoides de baja dosis y vendaje compresivo. El tratamiento definitivo es quirúrgico; retirar las várices.

Úlcera varicosa, generalmente maleolar, asienta sobre una vena varicosa, se presenta en procesos crónicos por minusvalía dérmica; cede con reposo y cirugía definitivamente.

Varicorragia: sangrado de una várice o una úlcera varicosa por ruptura de vena; cede mediante compresión digital sobre el punto de sangrado elevando 90° el miembro afectado por unos cinco minutos y luego vendaje compresivo, si persistiera: ligadura del vaso sangrante. Cuando esta complicación ocurre durante el sueño y el paciente no se da cuenta, es mortal.

Embolia Pulmonar, muy grave complicación de la enfermedad varicosa felizmente no muy frecuente en nuestro medio.

Hecho el diagnóstico de várices esenciales, lo más recomendable es el tratamiento quirúrgico, que bien realizado en un paciente correctamente estudiado y diagnosticado, es el mejor tratamiento.

Antes de trasladar al quirófano al paciente es recomendable marcar algunos trayectos varicosos no habituales, así como el ingreso de las venas perforantes insuficientes, para no dejarlas indemnes durante el acto quirúrgico, ya que al acostar al paciente en la mesa de operaciones, las dilataciones varicosas se vacían.

TRATAMIENTO:

Es quirúrgico al retirar las várices.

Antes de trasladar al quirófano al paciente es recomendable marcar algunos trayectos varicosos no habituales, así como el ingreso de las venas perforantes insuficientes, para no dejarlas indemnes durante el acto quirúrgico, ya que al acostar al paciente en la mesa de operaciones, las dilataciones varicosas se vacían.

Consiste en la eliminación de la vena Safena enferma, sus tributarias y concomitantemente la ligadura de las venas perforantes, detectadas insuficientes y que tiene mucho que ver con la recidiva varicosa. Mediante una incisión a nivel inguino-crural, se localiza el cayado de la vena Safena interna; se ligan todas las tributarias que drenan en éste; se revisa la vena Femoral a fin de localizar alguna tributaria ascendente que drene a ella, ligándola si existiera a fin de evitar la recidiva varicosa; luego se secciona y liga la vena Safena a nivel del cayado y se cierra el anillo

musculoaponeurótico de Allan Burns, protegiendo así la vena Femoral; acto seguido se localiza la safena a nivel del maleolo interno, se ligan sus colaterales y se secciona; se introduce el fleboextractor y se extrae la vena halándola de arriba hacia abajo para facilitar la disrupción de las comunicantes; extraída la vena se revisa que esté íntegra y se efectúa hemostasia compresiva sobre el trayecto que discurrió la vena durante cinco minutos, evitando así la formación de hematomas o de grandes equimosis. Luego se procede a la excisión de las colaterales de safena detectadas varicosas durante el examen clínico preoperatorio; se suturan las heridas que hubieren y se coloca un vendaje compresivo de todo el miembro inferior.

Si las várices correspondieran al sistema de la vena Safena externa, se procede igual: incisión en región poplítea, identificación de la vena y sus tributarias, ligadura de éstas, sección de la vena y ligadura de su cayado; abordaje de la vena a nivel retro-maleolar externo y fleboextracción de ella; excisión de colaterales si las hubiera con incisiones complementarias al igual que ligadura de perforantes incompetentes, cierre de las heridas previa hemostasia compresiva y vendaje de la pierna. Actualmente se están planteando nuevos métodos quirúrgicos tendientes a conservar la vena Safena y entre ellas tenemos la técnica de C.H.I.V.A. (tratamiento conservador Hemodinámico de la insuficiencia venosa realizado ambulatoriamente).

Dicha técnica consiste en identificar los puntos de unión de las comunicantes con el sistema venoso profundo a través del Eco Doppler y proceder a su ligadura cerrando así el circuito hacia el sistema venoso superficial, respetándose además los afluentes del cayado de la Safena interna. Otros autores reconocen la situación de las comunicantes mediante Endoscopía venosa y, mediante compresión del sistema venoso profundo, reconocen las comunicantes insuficientes y proceden a su sección y ligadura.

Dicha técnica consiste en identificar los puntos de unión de las comunicantes con el sistema venoso profundo a través del Eco Doppler y proceder a su ligadura cerrando así el circuito hacia el sistema venoso superficial, respetándose además los afluentes del cayado de la Safena interna. Otros autores reconocen la situación de las comunicantes mediante Endoscopía venosa y, mediante compresión del sistema venoso profundo, reconocen las comunicantes

insuficientes y proceden a su sección y ligadura.

A raíz del uso de la vena safena interna en las derivaciones aortocoronarias, se recomienda conservar los segmentos indemnes de esta vena, a través de una safenectomía parcial selectiva.

Se usa anestesia epidural, el paciente deambula apenas cesa el efecto anestésico y puede salir de alta a su domicilio el mismo día. Analgésicos orales. Las vendas se retiran al tercer día y los puntos al séptimo día

Las indicaciones operatorias en un paciente con várices esenciales son: cuando la sintomatología se hace rebelde al tratamiento médico-dietético-farmacológico y cuando aparecen las complicaciones antes mencionadas.

Complicaciones intraoperatorias

Por inexperiencia o falta de humildad del cirujano se pueden producir las siguientes:

- a) Ligadura y sección de arteria femoral,
- b) Ligadura, lesión y sección de la vena femoral,
- c) Lesión del cayado safeno,

- d) Lesión de ganglios y colectores linfáticos,
- e) Lesión de nervio safeno.

El cirujano debe estar técnicamente capacitado para solucionar estos problemas, que generalmente se detectan durante la intervención a excepción de la lesión neurológica que se hace evidente cuando el paciente empieza a caminar.

COMPLICACIONES OPERATORIAS

Inmediatas

Infección de herida operatoria; hemorragia de herida operatoria; hematoma por ligadura inadecuada del cayado; todas superadas con éxito.

Mediatas

Linforragia, la más severa, que incrementa la tasa de morbi-lidad, hipoestesis y anestesis distales; edema.

Estas tres últimas ya no se presentan gracias al uso de fleboextractores que traumatizan levemente los filetes nerviosos y no lesionan vasos linfáticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tamames Escobar S, Martínez Ramos C, Fisiopatología del sistema venoso. La insuficiencia venosa. Síndrome tromboembólico. Cirugía. Fisiopatología General. Aspectos básicos. Manejo de paciente quirúrgico, Ed. Panamericana; Madrid; Febrero 1997; 262-263.
2. London NJM, Nash R. Varicose veins. British Med Journal 2000; 320:1291 – 1394.
3. Donnelly R, Hinwood D, London NJM. Non invasive methods or arterial an venous assesmente. British Med. Jour 2000 ;320:698-701.
4. Yamaki T, Nozaki M, Sasaki K, Quantitative assesment of superficial venous insufficiency using duplex ultrasound and air plethysmography. Dermatol Surg 2000 Jul; 26(7): 644-8.
5. Luna Orozco EJ. Semiología de enfermedades Venosas. Semiología Quirúrgica 3a ed. La Paz HEPTA, 1988.