

VARICES

VARICES: una enfermedad evolutiva

La **insuficiencia venosa** (varices) es un importante problema de salud con repercusiones sociales y económicas. Más del **40% de la población** sufre alguna forma de problema venoso, trombosis, varices o arañas vasculares. No conocemos con certeza la causa primaria pero conocemos bastante bien el modo en que se producen de las varices:

En primer lugar existe una **alteración de la pared venosa** de origen desconocido: **¿genético?**



En segundo lugar **un componente hemodinámico**, un mal funcionamiento de las válvulas de las venas. Estas válvulas ayudan a que la sangre siga su camino hacia el corazón. Sin embargo, si no cierran bien, aumenta la presión de la sangre en el interior de la vena que acaba por dilatarse.

El **aumento de presión** es el factor clave. Si corregimos ese factor se eliminan las dilataciones varicosas lo que se puede comprobar al elevar la extremidad del paciente varicoso: las varices desaparecen

"...las varices no son la enfermedad, sino uno de los síntomas de la insuficiencia venosa..." **

Como la causa inicial es desconocida, tampoco hay una curación definitiva, por lo que la insuficiencia venosa se considera una enfermedad **crónica y evolutiva** que empeora a medida que pasa el tiempo si no se instauran medidas terapéuticas.

Causas

El corazón actúa como bomba para que las arterias aporten el oxígeno y los alimentos a todo el organismo, mientras que las venas llevan la sangre de retorno hacia nuestro corazón. En nuestras piernas, las venas no tienen una bomba tan eficiente como el corazón para impulsar la sangre, además deben trabajar contra la fuerza de la gravedad. Para que las venas desarrollen correctamente su misión hay dos mecanismos importantes:

Los músculos de las pantorrillas actúan como una bomba mientras caminamos exprimiendo las venas e impulsando la sangre hacia el corazón.

En colaboración con esta bomba existe una **red de minúsculas válvulas unidireccionales** que al abrirse permiten el paso de la sangre en un solo sentido impidiendo al cerrarse, que la sangre vuelva hacia atrás de forma anómala.

Las varices y la insuficiencia venosa se producen cuando el sistema de bomba del muscular de la pantorrilla o más comúnmente las válvulas no funcionan correctamente. A medida que envejecemos las venas pueden perder la elasticidad, lo que hace que se dilaten. Cuando sucede esto la sangre que debe viajar hacia el corazón puede fluir al revés (reflujo), se acumula sangre en las venas de la pierna y estas se dilatan debido a la **hipertensión venosa**.

No es infrecuente que las mujeres durante embarazo desarrollen varices. Durante embarazo, el volumen de sangre en el cuerpo aumenta y se elevan los niveles de la hormona **progesterona** (que dilata los vasos sanguíneos). Estos factores, junto con el aumento de tamaño del **útero** que ejerce presión en las venas de la pelvis y de las piernas, pueden producir un aumento de tamaño de las venas y aparición de varices. Muchas veces las varices aparecen por primera vez durante embarazo pero generalmente mejoran sin tratamiento médico, en el plazo de tres meses después del parto. Desafortunadamente, la enfermedad persiste o progresa con cada embarazo adicional.



Factores de riesgo

Hay condiciones y circunstancias que aumentan el riesgo de desarrollar **varices e insuficiencia venosa**:

Edad.

Las varices aparecen generalmente entre las décadas de los 30 y los 70 años de la vida. Es una enfermedad **crónica** que progresa y empeora con el tiempo.

Sexo.

Las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de desarrollar varices. Los cambios hormonales durante embarazo y los múltiples embarazos tienden a aumentar el riesgo.

Genética.

Si otros miembros de la familia tenían varices, hay mayores probabilidades de que usted también las padezca.

Obesidad.

La obesidad aumenta claramente la presión venosa, de forma que aumenta el riesgo de padecer varices.

El estar de pie o sentado durante periodos largos de tiempo.

La bomba del músculo del gemelo no funciona en estas condiciones y la sangre venosa no fluye eficientemente por lo que aumenta la presión y la posibilidad de que aparezcan varices.

VARICES GRANDES

Si tiene usted varices grandes esta ya padeciendo un problema, no solamente estético sino también de salud.

En cirugía vascular clasificamos a los pacientes que tienen insuficiencia venosa crónica en 6 grados (clasificación CEAP.

Las varices evidentes y abultadas son el grado 2, cuando van acompañadas de hinchazón que suele ser lo habitual ya las consideramos grado 3.

Si su piel esta empezando a oscurecerse en los tobillos el grado alcanzado es el 4 y ya solamente tiene por delante un escalón más antes de tener una úlcera activa que es el grado 6. El grado 5 lo reservamos para las úlceras cerradas después de tratamiento y el grado 1 a las arañas vasculares estéticas.

Cuando comienzan a aparecer lesiones en la piel, el daño ya es irreversible, por lo tanto las varices deben intervenirse en un grado 2 ó 3, antes de que eso ocurra.

Para la correcta evaluación del problema su cirujano además de una entrevista y una exploración física le realizará una ecografía Doppler. Mediante esa exploración no dolorosa y en pocos minutos su médico, podrá determinar el punto de fuga u origen del problema.

Nunca consienta someterse a ningún procedimiento quirúrgico o médico sobre varices grandes sin la correcta evaluación de su problema mediante eco Doppler.

La mayoría de los tratamientos actuales sobre varices de gran calibre se pueden realizar bajo anestesia local con métodos minimamente invasivos (Láser, CHIVA, Eco LÁSER etc...) ***¿le ha ofrecido su cirujano esa posibilidad?*** Coménteselo.

Es un error considerar que el tamaño grande de las varices implique una cirugía mayor, más agresiva, con anestesia general, con ingreso, dolorosa o molesta. Se puede realizar de forma indolora, con anestesia local, sin molestias y de forma totalmente ambulatoria sea cual sea el tamaño de las varices.

VARICES PEQUEÑAS

En realidad no son varices exactamente... arañas vasculares, capilares rotos, telangiectasias, derrames...son distintas denominaciones que se da y por las que se conocen los molestos y antiestéticos vasitos azulados o rojos que aparecen en muslos, rodillas, pantorrillas y que corresponden al primer grado de insuficiencia venosa.

No tienen importancia desde un sentido estricto de salud física pero comportan importantes problemas estéticos y por lo tanto afectan a la salud psíquica y al bienestar global de las personas que las padecen. Su médico debe evaluar mediante observación directa, con lámparas especiales o lentes de aumento estas arañas.

La ecografía Doppler es de nuevo utilizada para descartar la presencia de varices de base que nutran estas arañas. Si no se tratan en su fuente podrían volver a aparecer de forma precoz. **No hay medicamentos o cremas que las eliminen** y la única manera de tratarlas es mediante su eliminación. Existen diferentes tratamientos que tienen utilidad para eliminar las arañas vasculares.

El tratamiento de base es la escleroterapia que consiste en la inyección de sustancias con agujas de finísimo calibre en el interior de las varículas que las destruyen provocando su conversión en una cicatriz endurecida (del griego *sclerosis*, endurecimiento, rigidez).

El Láser tan de moda en la actualidad, no solamente no es indoloro como muchas personas creen sino que por si solo raramente es tan eficaz como la escleroterapia y se utiliza como tratamiento complementario de ésta última. El Láser simplemente **no es capaz de eliminar la fuente de origen** de la varícula y presenta limitaciones en cuanto al calibre de las arañas que es capaz de eliminar, su profundidad o el tipo o color de la piel (la piel morena, varículas medianas o profundas no se pueden eliminar con Láser). Cualquier Gabinete de Cirujanos Vasculares que se precie debe poder ofrecerle el Láser como tratamiento complementario. Ahora bien, **desconfíe de los médicos que le ofrezcan el Láser como único tratamiento o bien prepárese para obtener unos resultados mediocres.**

¿Quién debe realizar estos tratamientos?.

La aplicación de esclerosantes mediante inyección o del Láser, la puede realizar cualquier médico o enfermera con el entrenamiento adecuado pues no requiere más que cierta destreza manual aparte de unos conocimientos teóricos. **Ahora bien, el profesional idóneo es el cirujano vascular, pues es el único con**

capacitación técnica y teórica para asumir y dirigir de forma correcta una estrategia de tratamiento y sobre todo solventar las posibles complicaciones.

Nunca debe usted realizar un tratamiento de esclerosis o Láser Vascular sin la supervisión de un Cirujano Vascular titulado



¿CUÁNDO Y CÓMO DEBEN TRATARSE LAS VARICES?

Las venas *antiestéticas o que causan dolor u otros síntomas* son las candidatas al tratamiento. Hay dos opciones:

- **medidas conservadoras**, como medias de compresión, hábitos saludables, alguna medicación...
- **métodos "correctores"** como la escleroterapia, el láser y las técnicas quirúrgicas.

LÁSER y ESCLEROTERAPIA

Este tratamiento está indicado para aquellas personas que tengan varices pequeñas, arañas vasculares primarias o residuales a una cirugía previa. La esclerosis en sentido genérico, incluye varias técnicas que se aplican combinadas en casi todos los casos para obtener el mejor resultado posible:

- **Esclerosis:** Consiste en la inyección de una sustancia química que irrita las venas destruyéndolas. Se puede aplicar en estado líquido (esclerosis convencional) o a muy bajas temperaturas (**crioesclerosis**) o bien en forma de espuma (técnica conocida como **microespuma**) lo que permite tratar venas de mayor calibre y disminuir los efectos secundarios de las técnicas clásicas
- **Fotoesclerosis con láser:** El láser es una energía, que es capaz de atravesar la piel sin dañarla y ser absorbida por los vasos sanguíneos que se calientan, sus paredes se colapsan y se sellan, impidiendo la circulación de la sangre a través de ellos, desapareciendo con el tiempo.

CIRUGIA: ECO LÁSER y MÉTODO CHIVA

Se trata de un método, para el tratamiento racional de la insuficiencia venosa (las varices) sin necesidad de eliminar o extraer las venas, como se hace con la técnica clásica (stripping).

Mediante el estudio con **Eco-Doppler** de las varices se confecciona un mapa de las varices y una estrategia que permite realizar un tratamiento individualizado utilizando anestesia local. Las varices se cierran en puntos estratégicos con lo que se reduce la presión en su interior lo que hace que vayan convirtiéndose de nuevo en venas de tamaño normal.

El método CHIVA se puede aplicar mediante técnicas de cirugía convencional (**Cirugía Hemodinámica**) o mediante el uso de un LÁSER Diodo (**ECO-LÁSER**). **¿En qué consiste?:**

A través de una punción o incisión se introduce una fibra óptica en el interior de la vena enferma. Mediante la aplicación de impulsos de energía LÁSER en el interior de la vena esta se colapsa y cierra en los puntos decididos con el marcaje y bajo control directo con Eco Doppler.

La **Cirugía Hemodinámica** y el **Eco LÁSER** tienen una duración de unos 30 a 45 minutos aproximadamente.

El paciente sale por su propio pie del quirófano. El 80 por ciento de los pacientes realiza vida normal desde el mismo día de la intervención.

En el postoperatorio al contrario que con el stripping, cuanto más camine el paciente, mejor. Ya en los primeros días, desaparecen los síntomas de pesadez, picor y dolor.

A los tres meses, ya casi no hay rastro de las varices.

BIBLIOGRAFÍA

1. [CRIADO E, LUJAN S, IZQUIERDO LM](#), PURAS E, GUTIÉRREZ M, FONTCUBERTA J."Conservative hemodynamic surgery for varicose veins"*Semin Vasc Surg* 2002 Mar;15(1):27-33. Review.
2. [ESCRIBANO JM](#), JUAN J, BOFILL R, MAESO J, RODRÍGUEZ-MORI A, MATAS M. Durability of Reflux - elimination by a Minimal Invasive CHIVA Procedure on Patients with Varicose Veins. A 3-year Prospective Case Study,*Eur J Vasc Endovasc Surg* 25, 2(2003) 159-163
3. IBORRA E, ET AL: Estudio comparativo de dos técnicas quirúrgicas en el tratamiento de las varices de las extremidades inferiores: resultados tras cinco años de seguimiento *ANGIOLOGÍA* 2006; 58 (6): 459-468
4. MAESO J, JUAN J, ESCRIBANO JM, Comparison of clinical outcome of stripping and CHIVA for treatment of varicose veins in the lower extremities. *Ann Vasc Surg* 15 (2001), pp. 661-665.
5. FRANCHESCHI C. Theory and practice of the conservative hemodynamic cure of incompetent and varicose veins in ambulatory patients. Editions de L'Armancon, PRECY-SOUS-THIL, 1988
6. ZAMBONI P, MARCELLINO MG, CAPELLI M, ET AL. Saphenous vein sparing surgery: principles, techniques and results. *J Cardiovasc Surg* 39:151-162, 1998
7. FICHELLE JM, CARBONE P, FRANCHESCHI C. Resultats de la cure hemodynamique de l'insuffisance veineuse en ambulatoire (CHIVA). *Journal des Maladies Vasculaires* 17:224-228; 1992
8. CAPELLI M, MOLINO LOVA R, ERMINI S, ET AL. Ambulatory conservative hemodynamic management of varicose veins: critical analysis of results at 3 years. *Ann Vasc Surg* 2000; 14:376-384
9. IBORRA E, LINARES P, HERNANDEZ E, ET AL. Estudio clínico aleatorio comparando dos técnicas para el tratamiento de las varices: resultados inmediatos. *Angiología* 2000; 6:253-258
10. RUTGERS PH, KITSLAAR PE. Randomized trial of stripping versus high ligation combined with sclerotherapy in the treatment of the incompetent greater saphenous vein. *Am.J. Surg.* 1994; 168: 311-315
11. ZAMBONI P, CISNO C, MARCHETTI F, ET AL. Reflux elimination without ablation or disconnection of the saphenous vein. A hemodynamic model for venous surgery. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 21:361-369, 2001.
12. GORNY, PH. BLANCHEMAISON, D. CHAHINE, B. HUTINEL, C. CHANVALLON, B. PAYEN, D. REINHAREZ. Étude comparative entre CHIVA et crossectomie chez 321 patients opérés de la saphène interne. Discussion. *Phlébologie* 1995; 48, n°2: 255-259.
13. JONES L et al. Neovascularisation is the principal cause of varicose vein recurrence: Results of a Randomised trial of stripping the long saphenous vein. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1996 Nov; 12 (4) : 442-5.
14. MUNN SR et al. To strip or not to strip the long Saphenous vein? A varicose veins trial. *Br J Surg* 1981 Jun; 68 (6): 426-8.
15. SARIN S. et al. Stripping the long saphenous vein in the treatment of primary varicose veins. *Br J Surg* 1994 Oct; 81 (10): 1455-8.
16. KHAN B. et al. Prospective Randomized trial comparing sequential avulsion with stripping of the long saphenous vein. *Br J Surg* 1996 Nov; 83 (11): 1559-62.

17. PERRIN M. Cure chirurgicale des varices des membres inferieurs par stripping des veines saphènes. *Ann Chir* 1997; 51 (7): 735-44.
18. CAPPELLI M. et al. Considérations hémodynamiques sur la vidange saphénienne. *Phlébologie* 1995; 48 (4): 491-8.
19. CAPPELLI M. et al. Comparaison entre cura CHIVA et stripping dans le traitement des veines variqueuses des membres inferieurs: suivi de 3 ans. *J Mal Vasc* 1996; 2 (1): 40-6.
20. FRANCESCHI C. La cure CHIVA. *Phlébologie* 1989; 42 (4): 567-8
21. RUTHERFORD, RB. Presidential Address: Vascular Surgery - Comparing outcomes. *J Vasc Surg* 1996; 23 (1): 5-17.
22. MIN RJ, ZIMMET SE, ISAACS MN, FORRESTAL MD. Endovenous laser treatment of the incompetent greater saphenous vein. *J Vasc Interv Radiol* 2001; 12:1167-1171.
23. NAVARRO L, MIN RJ, BONE C. Endovenous laser: a new minimally invasive method of treatment for varicose veins- preliminary observations using an 810-nm diode laser. *Dermatol Surg* 2001; 27:117-122.
24. MERCHANT RF, PICHOT O; CLOSURE STUDY GROUP. Long-term outcomes of endovenous radiofrequency obliteration of saphenous reflux as a treatment for superficial venous insufficiency. *J Vasc Surg*. 2005 Sep; 42(3):502-9; discussion 509.
25. MERCHANT RF, PICHOT O, MYERS KA. Four-year follow-up on endovascular radiofrequency obliteration of great saphenous reflux. *Dermatol Surg*. 2005 Feb; 31(2):129-34.
26. NICOLINI P; CLOSURE GROUP. Treatment of primary varicose veins by endovenous obliteration with the VNUS closure system: results of a prospective multicentre study. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2005 Apr; 29(4):433-9.
27. PUGGIONI A, KALRA M, CARMO M, MOZES G, GLOVICZKI P. Endovenous laser therapy and radiofrequency ablation of the great saphenous vein: analysis of early efficacy and complications. *J Vasc Surg*. 2005 Sep; 42(3):488-93.
28. SALLES-CUNHA SX, COMEROTA AJ, TZILINIS A, DOSICK SM, GALE SS, SEIWERT AJ, JONES L, ROBBINS M. Ultrasound findings after radiofrequency ablation of the great saphenous vein: descriptive analysis. *J Vasc Surg*. 2004 Dec; 40(6):1166-73.
29. PUGGIONI A, LURIE F, KISTNER RL, EKLOF B. How often is deep venous reflux eliminated after saphenous vein ablation? *J Vasc Surg*. 2003 Sep; 38(3):517-21.
30. MIN RJ, KHILNANI N, ZIMMET SE. Endovenous laser treatment of saphenous vein reflux: long-term results. *J Vasc Interv Radiol*. 2003 Aug; 14(8):991-6.
31. HUANG Y, JIANG M, LI W, LU X, HUANG X, LU M. Endovenous laser treatment combined with a surgical strategy for treatment of venous insufficiency in lower extremity: a report of 208 cases. *J Vasc Surg*. 2005 Sep; 42(3):494-501; discussion 501.