

2002 - SÍNDROME VARICOSO COMPLICADO

*García de Vargas, Antonio
Luna Ávila, Paul Homero
Manresa Manresa, Francisco*

La insuficiencia venosa crónica (IVC) de extremidad inferior es el trastorno vascular más común. Se refiere a la presencia de anomalías morfológicas (dilatación venosa) o funcionales (por ejemplo, reflujo venoso).

Las varices constituyen uno de los signos más importantes y frecuentes del síndrome de IVC. Se comportan como una enfermedad crónica que afecta directamente a la calidad de vida de los pacientes. Las venas varicosas son venas subcutáneas dilatadas y tortuosas de más de tres milímetros de diámetro, que pueden afectar las venas superficiales, a las venas safenas o a las tributarias de éstas.

Si se dejan a su evolución natural pueden producir complicaciones graves como tromboflebitis, varicorragias y úlceras crónicas. La incidencia de estas complicaciones aumenta con la severidad de las varices y el tiempo de evolución.

TROMBOFLEBITIS SUPERFICIAL

Diagnóstico: Es clínico y presenta dolor, sensibilidad, induración y eritema a lo largo de una vena superficial. El dolor e inflamación en una vena en ausencia de trombo se define como flebitis superficial. Si está acompañada de trombosis con cordón venoso engrosado o posteriormente identificado con estudios de imagen, se prefieren los términos tromboflebitis superficial o trombosis venosa superficial (TVS). Cuando la tromboflebitis se produce en las venas axiales (vena safena grande, vena safena pequeña) hablamos de trombosis venosa superficial. Éstas pueden provocar tromboembolismo pulmonar, especialmente cuando afecta a la porción proximal de la misma.

Tratamiento: Sin complicaciones y con bajo riesgo de tromboembolismo pulmonar (TEP) (segmento venoso afectado <5 cm, alejado de la unión safenofemoral o safenopoplítea, sin factores de riesgo médico) el manejo inicial de la tromboflebitis superficial, consiste en medidas de soporte como en la elevación de las extremidades inferiores, compresas tibias o frías, antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y medidas de compresión. Este tratamiento se dirige principalmente a aliviar los síntomas y prevenir la propagación del trombo en el sistema venoso profundo.

Se sugiere la anticoagulación para pacientes con enfermedad no complicada pero más extensa que aumenta el riesgo de TEP, particularmente aquellos con trombosis venosa superficial que se acerca al sistema venoso profundo a través de la unión safenofemoral. La decisión de anticoagular al paciente cuando el trombo se acerca al sistema venoso profundo en otros sitios (unión safenopoplítea, venas perforantes) debe ser individualizada. De elección fondaparinux 2.5 mg/24 h entre 30-45 días.

Aunque la flebitis y la trombosis de las venas superficiales de las extremidades inferiores tienen más probabilidades de ocurrir en las venas varicosas, las venas no varicosas se ven afectadas en el 5 al 10 % de los pacientes. En ausencia de venas varicosas, la flebitis y la trombosis de las venas superficiales de las extremidades inferiores pueden ser un marcador de un estado de hipercoagulabilidad o malignidad, por lo que el paciente debe ser evaluado.

VARICORRAGIA

Las venas reticulares o las venas varicosas que son superficiales o se encuentran cerca de las prominencias óseas son propensas a la hemorragia. La varicorrugia es una complicación rara, alarmante y potencialmente grave. El sangrado puede ser espontáneo o producirse por alguna pequeña erosión de la piel. Su tratamiento es la compresión y la elevación del miembro y posteriormente, colocar vendaje compresivo durante 48 horas.

En pacientes con varicorrugia recurrente se puede plantar si son candidatos para la escleroterapia o la ligadura / escisión de las venas, según la ubicación de la vena, y se debe realizar un examen doppler para identificar cualquier reflujo subyacente, que se pueda tratar para reducir el riesgo de recurrencia.

ÚLCERA VARICOSA

La IVC es una causa frecuente de úlceras de las extremidades inferiores, no dolorosas, salvo infección. Su presencia caracteriza el grado más avanzado de IVC. La fisiopatología de la úlcera venosa es compleja; en ella se combinan el reflujo, las obstrucciones, fallos en la bomba muscular, alteraciones en la microcirculación, fenómenos inflamatorios, disfunción endotelial, alteraciones en el drenaje linfático, traumatismos, contaminación bacteriana, e incluso patología arterial.

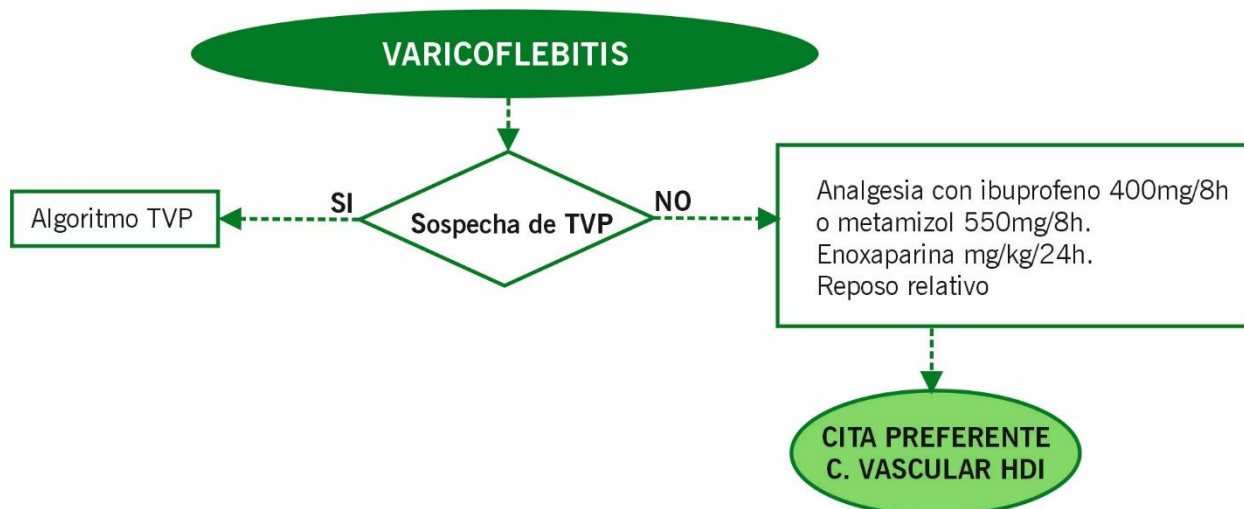
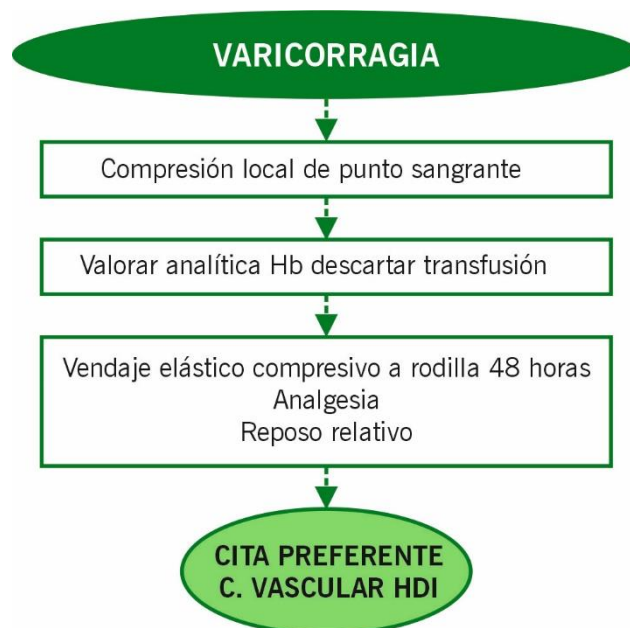
Por lo general, se localizan en área perimaleolar, más frecuentemente supramaleolar interno. Pueden ser múltiples o simples y son extremadamente sensibles, superficiales, exudativas y tienen una base de granulación. Los bordes de la úlcera suelen ser irregulares, pero no socavados. Pueden extenderse circunferencialmente alrededor de la pierna si no se tratan. Es importante la exploración de los pulsos para descartar una patología arterial asociada.

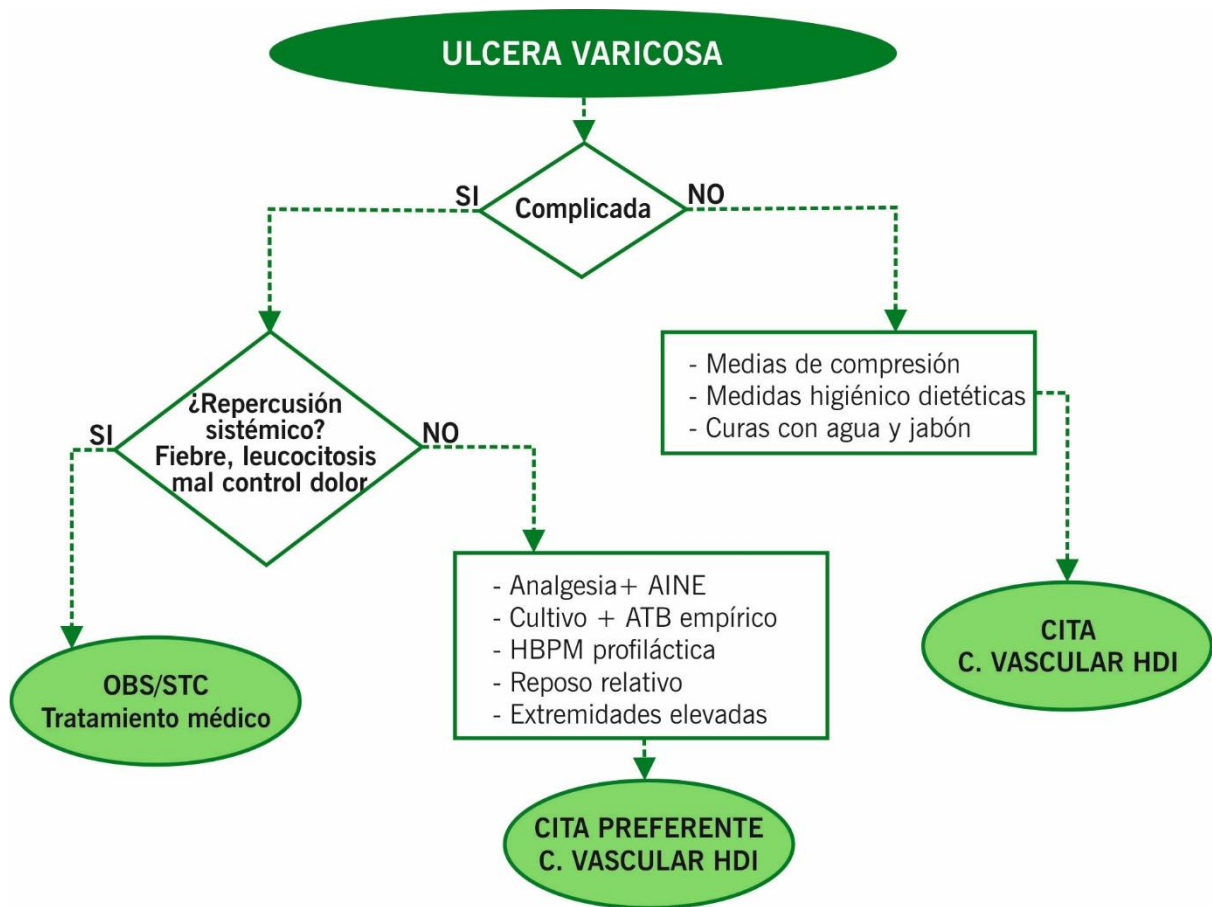
La historia y los signos de la insuficiencia venosa crónica son fundamentales en el diagnóstico. Se debe realizar una exploración vascular arterial y determinar la existencia de diabetes, hipertensión arterial y realizar diagnóstico diferencial con otros tipos de úlceras.

El estudio con ecodoppler permite confirmar el diagnóstico en la mayoría de los casos.

En cuanto a su tratamiento es fundamental el uso de medias de compresión o vendajes, así como curas locales y prevención de recidivas. El ambiente húmedo en la úlcera permite el desbridamiento autolítico, la angiogénesis y el tejido de granulación, habiéndose diseñado para ello diferentes tipos de apósitos para utilizarse en las diferentes etapas de cicatrización.

COMPLICACIÓN	SIGNOS Y SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO
VARICOFLEBITIS	Dolor, aumento sensibilidad, induración y eritema en trayecto de una vena.	Diagnóstico clínico.
VARICORRAGIA	Hemorragia alarmante y potencialmente grave en zona de piel adelgazada por una variz.	Diagnóstico clínico.
ÚLCERA VARICOSA	<ul style="list-style-type: none"> Historia clínica y signos de insuficiencia venosa crónica. Área perimaleolar; más frecuente: supramaleolar interna. Diagnóstico diferencial: úlceras hipertensivas, pioderma gangrenoso, úlceras vasculíticas. 	Diagnóstico clínico.





**BIBLIOGRAFÍA**

1. Criqui MH, Jamosmos M, Fronek A, Denenberg JO, Langer RD, Bergan J, et al. Chronic venous disease in an ethnically diverse population: the San Diego Population Study. *Am J Epidemiol*. 2003;158(5):448-56.
2. Wichers IM, Di Nisio M, Büller HR, Middeldorp S. Treatment of superficial vein thrombosis to prevent deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a systematic review. *Haematologica*. 2005;90(5):672-7.
3. Gillet JL, Allaert FA, Perrin M. Superficial thrombophlebitis in non varicose veins of the lower limbs. A prospective analysis in 42 patients. *J Mal Vasc*. 2004;29(5):263-72.
4. Forssgren A, Nelzén O. Changes in the aetiological spectrum of leg ulcers after a broad-scale intervention in a defined geographical population in Sweden. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2012;44(5):498.
5. Andrew W Bradbury. Epidemiology and aetiology of C4-6 disease. *Phlebology*. 2010;25(1):2-8.
6. Bergan JJ, Schmid-Schönbein GW, Smith PD, Nicolaides AN, Boisseau MR, Eklof B. Chronic venous disease. *N Engl J Med*. 2006;355(5):488-98.
7. Reina Gutiérrez T, Reina Gutiérrez L. Varices. En: Libro blanco sobre la patología venosa y linfática (CEFyL). Capítulo 12. p. 102.