
TODO LO QUE DEBES SABER SOBRE TUS VENAS

Consejos para pacientes con patología venosa

Cristina López Espada
Cristina Feijoo Cano
Rodrigo Rial Horcajo



Capítulo
Español
de Flebología
y Linfología



seacv
Sociedad Española de
Angiología y Cirugía Vascular

TODO LO QUE DEBES SABER SOBRE TUS VENAS

Consejos para pacientes con patología venosa



Cristina López Espada
Cristina Feijoo Cano
Rodrigo Rial Horcajo

TODO LO QUE DEBES SABER SOBRE TUS VENAS. Consejos para pacientes con patología venosa.

Editores:

Cristina López Espada

Cristina Feijoo Cano

Rodrigo Rial Horcajo

ISBN: 978-84-9957-278-9

DEPÓSITO LEGAL: GR-647-2023

Ediciones K&L

C/ San Juan, 34 bajo. Dúrcal (Granada)

Tfn: 620 971 987

Email: info@editorialgranada.com

www.editorialgranada.com



K & L
EDICIONES

© Quedan prohibidos, dentro de los límites establecidos en la ley y bajo los apercibimientos legalmente previstos, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, ya sea electrónico o mecánico, el tratamiento informático, el alquiler o cualquier otra forma de cesión de la obra sin la autorización previa y por escrito de los titulares de los derechos de autor.

Impreso en España

Querido lector:

Las enfermedades venosas son, después de la caries, las más frecuentes en el ser humano. A pesar de ello, son unas grandes desconocidas. Poca gente sabe quién es el especialista que trata las varices. Una de las grandes consultas en los buscadores de internet relacionadas con las varices es: "¿qué médico trata las varices?". Nadie pregunta qué especialista es el que trata un infarto de miocardio.

Los especialistas en Angiología y Cirugía Vascular somos grandes desconocidos para el gran público. Nos ocupamos de todas las enfermedades arteriales y también somos los que estudiamos y tratamos las enfermedades venosas de forma mayoritaria, que podemos agrupar en dos grandes grupos: varices y trombosis venosas. Las trombosis venosas son enfermedades potencialmente muy graves sobre las que se debe hacer un diagnóstico y tratamiento rápido. Una de cada tres personas tiene varices, y las varices entran dentro de una enfermedad en las que también están las úlceras venosas. Algunos personas comienzan teniendo varices y acaban con una úlcera. La buena noticia es que en la mayoría de los casos esta progresión es evitable, si se tratan adecuadamente.

El Capítulo Español de Flebología y Linfología (CEFyL) es la sociedad científica española vinculada a la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV) que se ocupa de todas las enfermedades venosas y linfáticas. Entre sus objetivos fundacionales está el contribuir a la difusión de las enfermedades venosas.

Tienes en tus manos algo que te ayudará, ya seas paciente o profesional sanitario. Si eres paciente, te ayudará a conocer tu problema venoso y a entender los tratamientos que te ofrecen. Si eres profesional sanitario, te proporcionará una herramienta útil para trasladar a tu paciente las explicaciones adecuadas.

Quiero agradecer a los miembros de la Junta Directiva, Comité Científico y Grupos de Trabajo del CEFyL, el espléndido trabajo realizado para rellenar este vacío existente en el conocimiento popular de las enfermedades venosas. Desde luego las dos editoras: Cristina López Espada y Cristina Feijoo Cano han realizado el mayor trabajo y esfuerzo. Vaya hacia ellas mi más sincero reconocimiento.

Rodrigo Rial

Presidente del CEFyL

INTRODUCCIÓN

Dentro de nuestra especialidad como cirujanos vasculares, queremos involucrarnos activamente en que la información que reciban nuestros pacientes en el ámbito de la Enfermedad Venosa Crónica sea veraz y contrastada.

Vivimos en una sociedad en la que cada pocos minutos recibimos información nueva a través de internet y redes sociales. En el ámbito de la salud existe una altísima tasa de desinformación y proliferan ideas falsas o fake news. Los pacientes suelen buscar en Internet (“Dr. Google”) datos e información sobre su patología o sus síntomas antes de acudir a la consulta, se dejan llevar por la desinformación y las consecuencias pueden llegar a ser serias.

No es sencillo aceptar o rechazar toda esta sobreinformación cuando se trata de temas relacionados con la salud que incumben a uno mismo, pero acudir a fuentes fiables es la mejor estrategia para frenar la proliferación de bulos.

Este libro recoge los episodios venosos más frecuentes a los que puede enfrentarse cualquier paciente, describiendo brevemente de que se tratan y dando respuestas cortas, claras y concisas acompañadas de imágenes, así como recomendaciones prácticas, basadas en la evidencia científica y en la experiencia de los que asistimos diariamente a estos pacientes. Es también una buena herramienta para que otros profesionales sanitarios puedan aclarar a sus pacientes todas las dudas relacionadas con las varices y la patología venosa, mediante explicaciones adecuadas.

El objetivo final de este trabajo es mejorar la calidad de la asistencia que prestamos a nuestros pacientes, aportándoles la información necesaria, para que puedan tomar decisiones correctas. La ausencia de información genera ansiedad en los pacientes, ya que no saben a qué se enfrentan y se preocupan al ser desconocedores de la gravedad real de la situación. La incertidumbre de no saber, es una fuente de estrés. Con este manual, encontrarán la manera de sentirse informados con veracidad, lo que genera confianza y satisfacción con la asistencia prestada y con los resultados obtenidos.

ÍNDICE

A. ME DUELEN LAS PIERNAS, TENGO VARICES 15

1. ¿Qué son las varices?	16
2. ¿Pueden dolerme/pesarme las piernas pese a no tener varices visibles?	17
3. ¿Por qué me duelen más en verano?	17
4. ¿Por qué lo noto más a última hora de la tarde?	18
5. ¿Qué son las varices internas?	20
6. ¿Las arañas vasculares, son varices?	21
7. ¿Por qué me han aparecido? ¿Las varices son hereditarias?	22
8. ¿Qué tipo de exámenes necesito si tengo varices?	24
9. ¿Cuándo debo buscar ayuda para tratar mis varices?	26
10. ¿Qué puedo hacer para que no se me hinchen ni me duelan las piernas?	27
11. ¿Hay alguna medicación que pueda tomar?	28
12. ¿Puedo tomar diuréticos?	28
13. ¿Se puede hacer algún ejercicio físico en concreto para que mejoren?	30
14. Trabajo muchas horas de pie, ¿cómo puedo hacer para mejorar los síntomas?	32
15. ¿Qué puedo hacer para que no me salgan varices?	32
16. Si tengo varices... ¿puede salirme una úlcera?	34
17. Si tengo varices...¿puede darme una trombosis?	35
18. Si me sangra una variz, ¿qué puedo hacer?	36
19. ¿El embarazo empeora las varices?	37
20. ¿Las varices visibles se quitan?	39
21. ¿Cómo pueden operarse las varices?	40
22. ¿Cuál es la mejor opción para tratar las varices?	42
23. Técnicas de ablación térmica endovenosa	42
23.1. ¿Qué diferencia existe entre el láser endovenoso y la radiofrecuencia?	42
23.2. ¿El tratamiento se realiza en quirófano o en consulta?	43
23.3. ¿Se necesita anestesia?	44
23.4. ¿Qué ventajas ofrecen las técnicas de endoablación térmica con respecto a otros procedimientos?	44
23.5. ¿Los procedimientos de endoablación térmica son intervenciones dolorosas?	45
23.6. ¿Cuándo se puede volver a andar y a realizar las actividades habituales?	46
23.7. ¿Cuándo se puede volver a hacer deporte?	46
24. ¿En qué consiste la escleroterapia?	47
24.1. La escleroterapia, ¿qué ventajas tiene sobre otros tratamientos?	48
24.2. ¿Cuánto tiempo tardaré en ver los resultados tras el tratamiento de las arañas vasculares mediante escleroterapia?	50
24.3. ¿Puedo tomar el sol después del tratamiento de escleroterapia?	51
24.4. ¿Tendré que llevar medias después del tratamiento de escleroterapia?	52
24.5. ¿Puedo esclerosarme las varices en el verano?	52
24.6. ¿Qué posibilidades hay de que me quede mal tras el tratamiento con escleroterapia?	53

24.7. ¿Cuántas sesiones de escleroterapia necesitaré para solucionar mi problema de varices?	55
1. ¿En qué consiste el tratamiento de las varices con pegamento?	56
2. ¿En qué consiste la safenectomía?	58
3. ¿Qué es el CHIVA?	59
4. ¿Qué pasa si no me opero?	60
5. Y si me opero... ¿me vuelven a salir?	62
6. ¿Cuántas veces se puede operar de varices?	62
7. Sin esas venas se puede vivir, ¿o tiene alguna consecuencia seria para la salud?	63

B. TENGO UNA TROMBOSIS65

1. ¿Cómo distinguimos una trombosis venosa superficial de una trombosis venosa profunda?	66
--	----

Con respecto a las trombosis venosas superficiales...

2. Tengo un trombo...¿es debido a que tengo varices?	69
3. Ante una trombosis superficial...¿Tengo que hacerme estudios?	70
4. ¿Tengo que hacer reposo absoluto?	71
5. ¿Se me quitará o no tiene cura?	72
6. ¿Voy a tener secuelas con el tiempo?	72

Con respecto a las trombosis venosas profundas...

7. ¿Por qué a mí?	74
8. ¿Es grave?	75
9. Si tengo una trombosis profunda...¿tengo que hacerme mas estudios?	76
10. ¿Tengo que hacer reposo absoluto?	78
11. ¿Se me quitará o no tiene cura?	79
12. ¿Qué puedo hacer para que no vuelva a ocurrir?	80

Otras preguntas sobre trombosis...

13. ¿Los anticonceptivos favorecen el riesgo de trombos en las piernas?	81
14. Los viajes de larga duración, ¿pueden favorecer los trombos en las piernas?	82
15. ¿Se puede intentar disolver el trombo?	84
16. ¿Existe alguna opción de tratamiento para volver a abrir las venas obstruidas?	85

C. TENGO UNA ÚLCERA VENOSA87

1. Tengo una úlcera venosa, ¿por qué me ha salido?	88
2. Con mis varices, ¿me puede salir una úlcera?	89
3. Tengo miedo de perder la pierna ¿qué debo hacer? ¿a quien debo acudir?	90
4. ¿Puedo ponerme las medias elásticas con la úlcera? ¿no me empeora la circulación? ¿no me aprietan demasiado?	91
5. ¿Qué hay que hacer para que se cierre la úlcera venosa? ¿es normal que tarde mucho tiempo en cerrarse?	92
6. ¿Qué puedo hacer para evitar que me salgan o vuelvan a salir úlceras venosas?	94

D. EL DOLOR PÉLVICO 97

1. ¿Existen las varices dentro de la pelvis? 98
2. Tengo dolor en la pelvis cuando paso muchas horas de pie, ¿por qué me pasa? 100
3. Tengo dolor en la pelvis después de las relaciones sexuales y me han dicho que es de la circulación, ¿es esto posible? 101
4. Tengo dolor en la pelvis de forma cotidiana, pero ¿por qué empeora durante la menstruación? 103
5. Me han dicho que tengo un síndrome de May-Thurner, ¿eso qué es? 104

OPCIONES DE TRATAMIENTO

6. ¿Cuál es el tratamiento del dolor pélvico? 105
7. ¿Hay algún medicamento que mejore esto? 106
8. Si me someto a tratamiento, ¿en qué consiste la embolización? 106
9. ¿Cuál es la probabilidad de que vuelva a tener el mismo dolor tras el tratamiento? 108
10. Tras el tratamiento, ¿podré quedarme embarazada? 108

E. LAS MEDIAS DE COMPRESION ELÁSTICA 111

UTILIDAD DE LAS MEDIAS ELÁSTICAS

1. ¿Por qué las medias mejoran mi circulación venosa? 112
2. ¿Cómo alivian las medias la pesadez de piernas? 113
3. ¿Cómo previenen las medias las complicaciones de las varices? 114

TIPOS DE MEDIAS ELÁSTICAS

4. ¿Todas las medias son iguales? 115
5. ¿Puedo usar calcetín en vez de media tipo panty? 116
6. ¿Dónde puedo adquirir las medias elásticas? 117
7. ¿Tiene que ser siempre de mucha compresión? 118

MEDIAS ELÁSTICAS PARA SITUACIONES ESPECIALES

8. ¿Existen medias o sistemas de compresión para la úlcera? 118
9. ¿Se debe usar medias de compresión durante el embarazo? 120
10. ¿Es útil usar medias de compresión durante el parto o la cesárea? 121
11. Tengo una trombosis ¿es importante usar compresión? 122
12. Si tengo insuficiencia venosa... ¿debo usar una media o calcetín de compresión mientras realizo deporte? 122

F. TENGO LINFEDEMA 125

1. Me han dicho que tengo linfedema ¿qué es eso y por qué ocurre? 126
2. Estoy operado de un tumor hace muchos años, ¿puedo tener linfedema? 127
3. El linfedema...¿tiene cura? 128



A

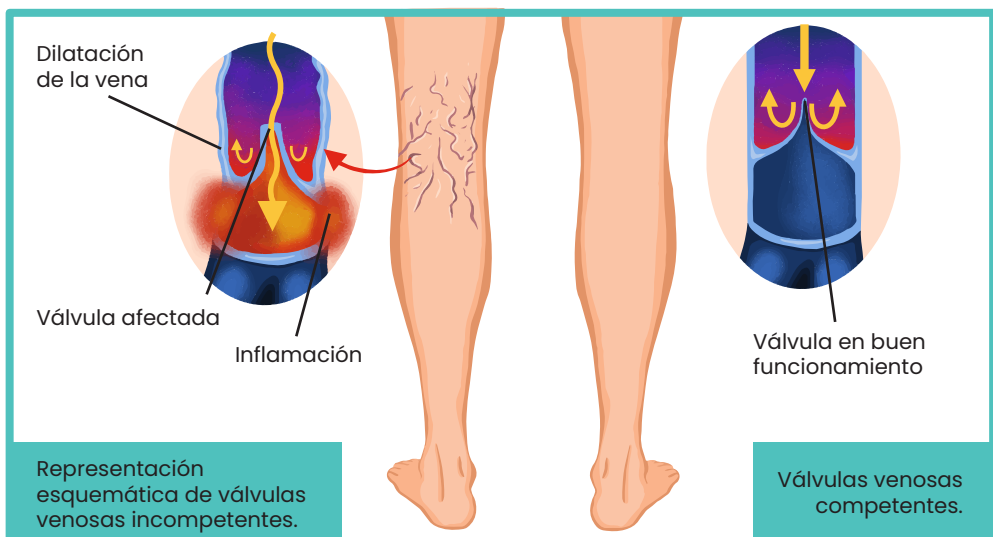
**ME DUELEN
LAS PIERNAS,
TENGO VARICES**

A.1

¿Qué son las varices?

Una variz es una vena superficial dilatada de forma permanente y anormal, que no cumple eficazmente su función, que es la del retorno sanguíneo.

Las venas, presentan unas válvulas que aseguran el flujo en dirección ascendente hacia el corazón, venciendo la fuerza de la gravedad. Cuando se dilata la vena, el mecanismo valvular falla no se produce el retorno correcto de la sangre hacia el corazón y ésta se acumula, provocando una dilatación de la vena denominada variz.





A.2

¿Pueden dolerme/pesarme las piernas pese a no tener varices visibles?

Sí, el dolor y pesadez de piernas puede darse sin varices. Existen muchas causas de dolor de piernas que no tienen por qué estar relacionadas el retorno venoso.

A.3

¿Por qué me duelen más en verano?

La enfermedad venosa crónica empeora especialmente en verano, porque si aumenta la temperatura ambiental, la forma de regular el calor corporal es mediante la dilatación venosa, para disipar el calor.

Las venas al dilatarse más en verano, acumulan más sangre incrementando la presión en ellas y los síntomas tales como picores, hormigueos, piernas muy pesadas e hinchadas, entre otros.

A.4

¿Por qué lo noto más a última hora de la tarde?

La sangre de las piernas tiene que retornar por las venas hacia el corazón en contra de la fuerza de la gravedad. Al final del día, si hemos permanecido mucho tiempo de pie, sin caminar o con las piernas hacia abajo, la sangre se va a acumular en mayor cantidad en las venas de las piernas, que se dilatan y provocan dolor.

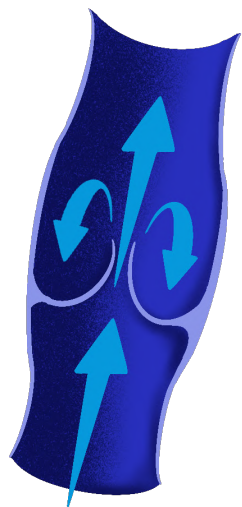


A.5

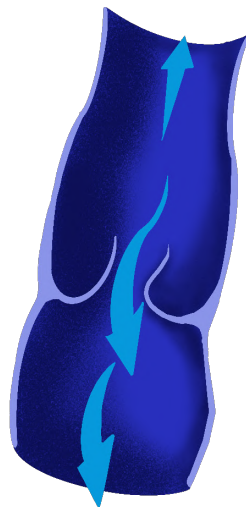
¿Qué son las varices internas?

El término “varices internas” es un término no médico, que no corresponde a ninguna enfermedad concreta. Por definición una variz es una vena superficial dilatada y visible de 3 o más milímetros, por tanto, las varices internas no existen.

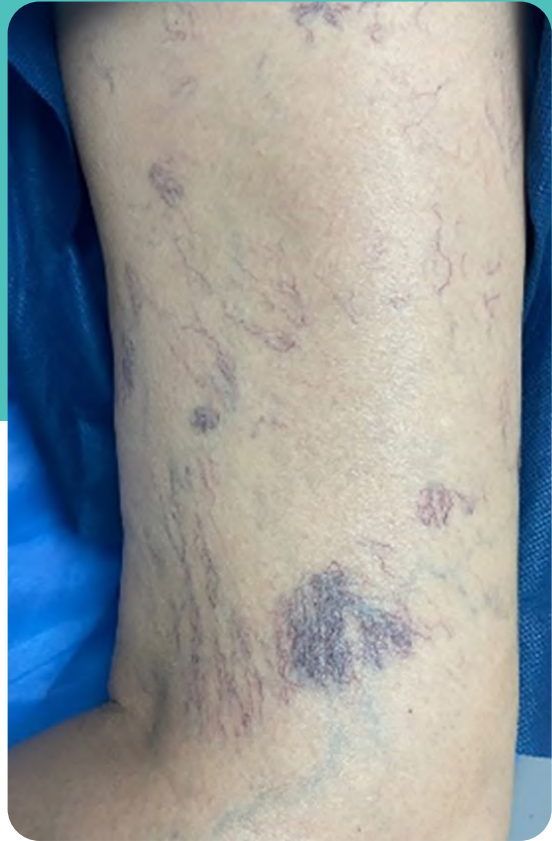
Durante mucho tiempo se ha utilizado ese término para describir las molestias típicas de las varices sin existir varices visibles.



Vena con válvulas competentes que manan la sangre hacia el corazón e impiden el retorno de la sangre hacia los pies



Vena con válvulas incompetentes que dan lugar a una insuficiencia venosa con retorno de parte de la sangre hacia los pies



A.6

¿Las arañas vasculares, son varices?

Sí. Su nombre científico es telangiectasias. Son vasos capilares dilatados que se encuentran justo debajo de la capa más superficial de la piel (epidermis). Pueden ser rojizos o azulados y se disponen aisladamente o en forma de entramado o red. Su localización más frecuente es en las piernas, pero también se observan en la cara y en las mucosas. Suelen ser asintomáticas a pesar de que se las considera un tipo de variz leve y es uno de los motivos de consulta más frecuente por razones estéticas.

A.7

¿Por qué me han aparecido?

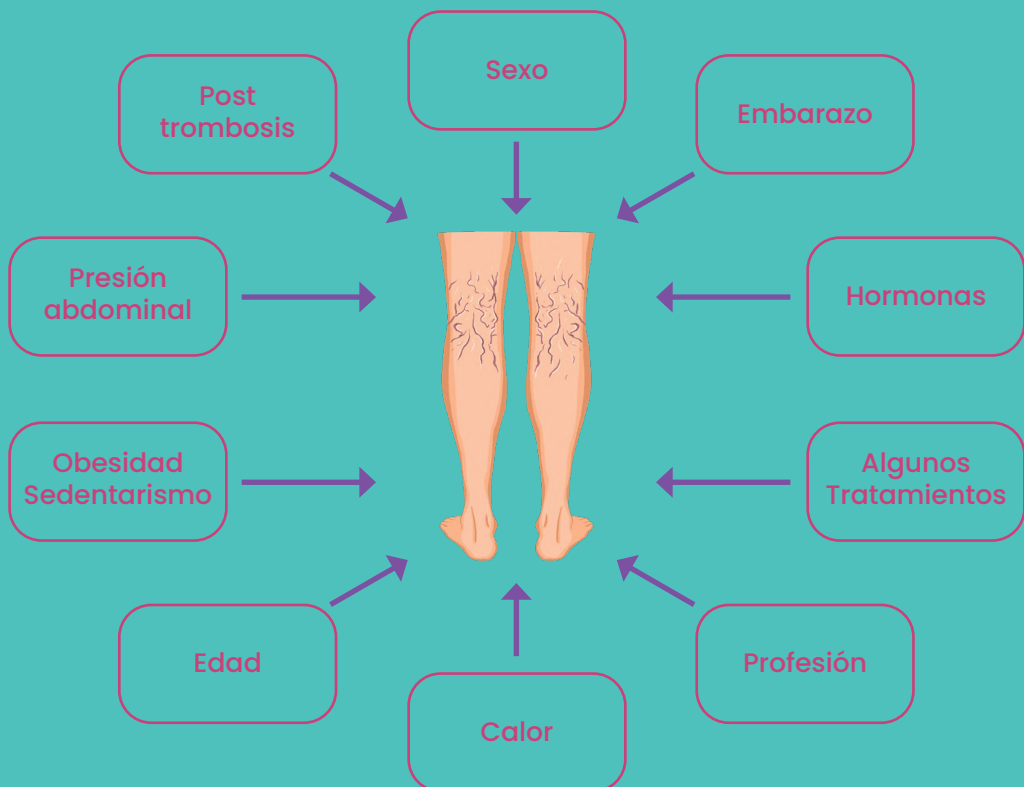
Las varices no salen de un día para otro, sino que las venas se van dilatando poco a poco. Puede influir el antecedente de varices en la familia, pero también otros muchos factores como:

- El sexo femenino: Las hormonas femeninas (estrógenos y progesterona) disminuyen la resistencia de la pared de las venas favoreciendo su dilatación. El embarazo también contribuye a la aparición de varices.
- La actividad profesional: Trabajar de pie muchas horas al día dificulta el retorno venoso.
- El calor favorece la dilatación venosa y agrava los síntomas.
- Sobrepeso y obesidad
- Edad, hasta el 70% de personas mayores de 70 años tiene algún grado de enfermedad venosa por acumulación de los factores descritos.
- Trombosis previas. Cuando se ha sufrido previamente trombosis de las venas más importantes, situadas profundamente en la musculatura de las extremidades (trombosis venosas profundas) se produce un aumento de la presión en las venas más periféricas por destrucción valvular favoreciéndose la aparición de varices secundarias.

¿Las varices son hereditarias?

Menos de lo que la gente cree, sólo en el 17% de los casos se heredan. Hay una gran cantidad de factores ambientales que juegan un papel muy importante en su desarrollo y progresión. Como los factores mencionados anteriormente.

Los factores genéticos que contribuyen al desarrollo de varices de las extremidades inferiores siguen siendo en gran parte desconocidos.



A.8

¿Qué tipo de exámenes necesito si tengo varices?

Las varices es de las pocas enfermedades que no necesita médico para ser diagnosticada. Por norma general, si tienes varices, tendrás que dirigirte a un especialista en Angiología y Cirugía Vascular.

Durante la consulta, el médico completará la historia clínica haciéndote preguntas sobre tu salud en general y sobre la enfermedad venosa en particular. Es de ayuda que hagas memoria sobre la historia personal (y la familiar) de trombosis, de varices y de las intervenciones previas de las varices.

Seguidamente, el cirujano vascular explorará tus piernas y hará una ecografía específica para examinar el aspecto y el funcionamiento de todas las venas principales de las piernas, llamada "ECO-Doppler venoso de los miembros inferiores".

Dicha ecografía sirve para confirmar o descartar la presencia de trombosis o de secuelas de una trombosis antigua y estudiar las características de las varices. En la mayoría de los casos, la información obtenida con esta exploración es suficiente para diagnosticar el problema y decidir el tratamiento de las varices.



Sobre el ECO-Doppler venoso de las piernas:

- No es necesaria ninguna preparación especial y no hace falta estar en ayunas.
- Es recomendable acudir con ropa cómoda para retirar fácilmente la que cubre las piernas.
- Habitualmente, este examen se realiza estando el paciente de pie. Ocasionalmente, el médico puede considerar necesario examinar también las venas de la pelvis o del abdomen, haciendo otro ECO-Doppler u otras pruebas, como una resonancia o un TAC venoso abdominal.

En algunas mujeres con un tipo especial de varices puede ser necesario realizar una ecografía venosa transvaginal.

A.9

¿Cuándo debo buscar ayuda para tratar mis varices?



En primer lugar, cuando se tienen molestias en las piernas del tipo: dolor tipo pesadez, cansancio, hinchazón de piernas, prurito, calambres, ardor, etc. Especialmente cuando se está mucho tiempo de pie, al final del día, y en temporada de calor.



En segundo lugar, cuando se han producido complicaciones: trombosis, varicorragia (hemorragia ocasionada por la rotura de una piel muy fina sobre una variz) o trastornos de la piel, como color ocre, fibrosis, dermatitis o úlceras.



En tercer lugar, por motivos estéticos. La escleroterapia es la técnica de elección para este tipo de venas y permite tratarlas, o mejorarlas significativamente.

Desde el primer momento que aparecen síntomas o varices visibles (también las estéticas) es recomendable una valoración profesional para informarse del grado de insuficiencia venosa, las posibilidades de tratamiento (que consistirá esencialmente en eliminarlas varices), y el momento más oportuno para hacerlo.(1)

A.10

¿Qué puedo hacer para que no se me hinchen ni me duelan las piernas?

La hinchazón de piernas se puede prevenir recurriendo a 3 estrategias que se pueden combinar entre sí: cambios en el estilo de vida, uso de medias de compresión y fármacos venoactivos (flebotónicos).

En primer lugar, es recomendable mantener una vida activa, hacer ejercicio regularmente, evitar el sedentarismo y el sobrepeso. También es beneficioso evitar la exposición a temperaturas elevadas, ya que pueden favorecer la vasodilatación y generar edema. El uso de medias de compresión evita el desarrollo de edemas, así como de otros síntomas relacionados con la insuficiencia venosa. Por último, los fármacos venoactivos (flebotónicos) han demostrado efectividad en la reducción del edema. Estos tratamientos, además de mejorar el edema también evitan el dolor.



A.11

¿Hay alguna medicación que pueda tomar?

Hay numerosos fármacos comercializados para el alivio de los síntomas producidos por la enfermedad venosa crónica (EVC), algunos naturales y otros sintéticos, y se denominan: fármacos venoactivos. Actúan mejorando el tono de la pared de la vena, disminuyendo la inflamación venosa y por tanto el acúmulo de líquidos y facilitando el retorno sanguíneo. Sirven para aliviar el dolor, la hinchazón de piernas o la pesadez. Los estudios y guías clínicas recomiendan el uso de estos fármacos como una opción para el alivio de los síntomas producidos por la EVC.

A.12

¿Puedo tomar diuréticos?

Los diuréticos son medicamentos que ayudan a orinar más cuando la hinchazón de piernas se debe a un fallo del corazón. principalmente.

Se debe evitar la indicación de diuréticos como fármacos de primera línea en el tratamiento del edema de miembros inferiores, sin la previa realización de un correcto diagnóstico etiológico; y sobretudo los pacientes nunca deben tomar diuréticos sin prescripción por parte de un facultativo.



A.13

¿Se puede hacer algún ejercicio físico en concreto para que mejoren?

Sí, la actividad física puede mejorar los síntomas de la enfermedad venosa crónica, si bien es cierto que las varices una vez que salen no se van a curar con el deporte.

Los ejercicios más adecuados para impulsar la sangre de retorno hacia el corazón son los que activan los músculos de la pantorrilla, estos son algunos ejemplos que se pueden realizar tanto de pie como sentados o tumbados:

1. Ejercicios para realizar de pie: a) caminar y ponerse de puntillas, b) caminar sobre los talones.
2. Ejercicios para realizar sentados: a) separar y juntar las puntas de los pies, b) balancear los pies, c) elevar los talones.
3. Ejercicios para realizar tumbados: a) piernas elevadas, b) flexión de piernas, c) movimientos rotatorios de las piernas y d) piernas extendidas.

EJERCICIOS PARA REALIZAR TUMBADOS



Con las piernas elevadas y extendidas flexiona y extiende alternativamente los dedos de los pies 20 veces



Levanta alternativamente las piernas flexionadas

EJERCICIOS PARA REALIZAR DE PIE



Ponte de puntillas varias veces

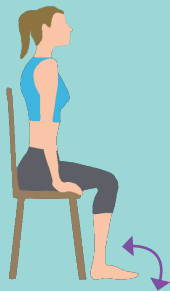


Camina sobre los talones unos minutos



Camina de puntillas unos minutos

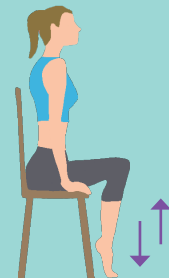
EJERCICIOS PARA REALIZAR SENTADOS



Separa y junta las puntas de los pies



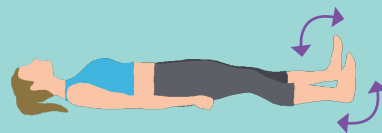
Balancea suavemente los pies, de los dedos a los talones



Eleva los talones apoyándote en la punta de los pies (20 veces aprox.)



Con las piernas levantadas y extendidas, gíralas en movimiento rotatorio alternativo en ambos sentidos 10 veces



Con las piernas extendidas, sepáralas y júntalas 10 veces

A.14

Trabajo muchas horas de pie, ¿cómo puedo hacer para mejorar los síntomas?

Lo más conveniente es el uso de una media compresiva. Existen muchos modelos, colores y tallas, lo importante es que sea la adecuada para cada persona, según su edad, estilo de vida, talla y peso.... porque si no, puede resultar incómoda. Tras la prescripción por el especialista, en farmacias y ortopedias se puede asesorar correctamente.

Otra medida fundamental es evitar el sobrepeso y siempre que sea posible, es adecuado descansar con las piernas elevadas y realizar ejercicios de flexo-extensión de pies y gemelos, para activar la bomba muscular y fomentar el drenaje venoso en los miembros inferiores.

A.15

¿qué puedo hacer para que no me salgan varices?

A veces no podemos hacer nada porque la aparición de las varices no se asocia a una causa única, sino que se deben suceder una serie de factores predisponentes y desencadenantes. Actuar sobre los factores predisponentes como la "herencia familiar", la bipedestación (posición erecta del ser humano), la edad o el sexo es imposible. Pero sí podemos mejorar o evitar los factores desencadenantes con medidas relativamente fáciles.

Medidas higiénico dietéticas:

- 1.** Caminar de forma habitual por un terreno favorable y con un buen calzado que potencie el funcionamiento de la bomba muscular de la planta del pie.
- 2.** Práctica de ciertos deportes. La natación es el ideal por la posición y el medio en el que se realiza (al flotar, no hay gravedad y por ello la circulación venosa no sufre).
- 3.** Tratamiento posicional. La elevación de los pies durante 10-15 minutos favorece el retorno venoso, así como los movimientos de rotación y flexo-extensión de los dedos de los pies.
- 4.** Finalizar los baños o duchas con la aplicación de agua fría con el objetivo de contrarrestar el efecto venodilatador del agua caliente.
- 5.** Evitar el sobrepeso u obesidad.
- 6.** Evitar posiciones perjudiciales: bipedestación prolongada (estar de pie quieto) o el sedentarismo (falta de movilidad).

Terapia de compresión:

Son las famosas “medias de compresión”. Deben tener una compresión gradual decreciente con una presión máxima a nivel de tobillos y mínima a nivel de muslo. Existen diferentes grados de compresión según la sintomatología de cada paciente.

Es una medida fundamental para personas que permanecen muchas horas de pie estático o sentadas, favoreciendo el retorno venoso y evita la sobrecarga en la parte más baja de la extremidad.

No se trata de una “prenda normal”, por ello se deben adquirir en farmacias u ortopedias tomando una serie de medidas de cada paciente para garantizar el ajuste adecuado. Existen diferentes grados de compresión según la sintomatología de cada paciente.

A.16

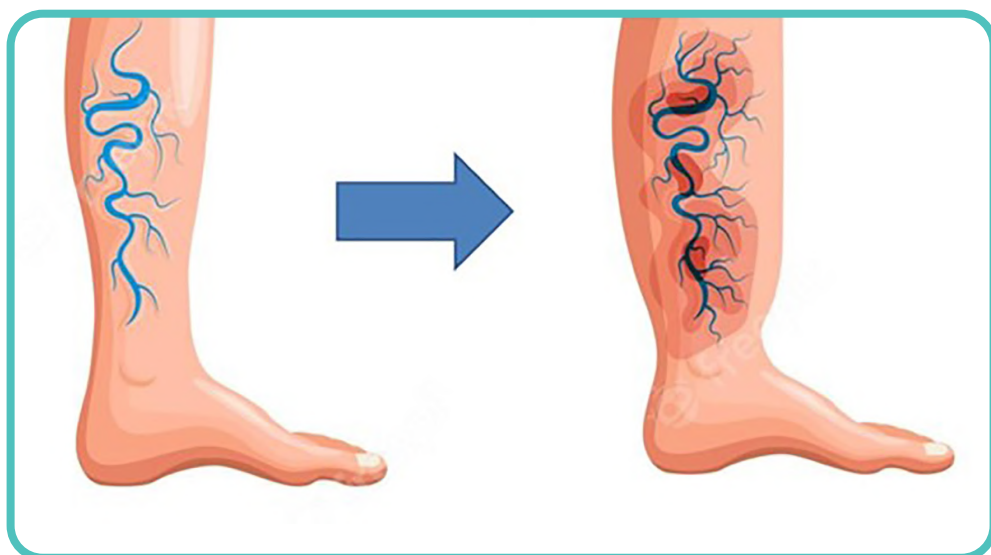
Si tengo varices... ¿puede salirme una úlcera?

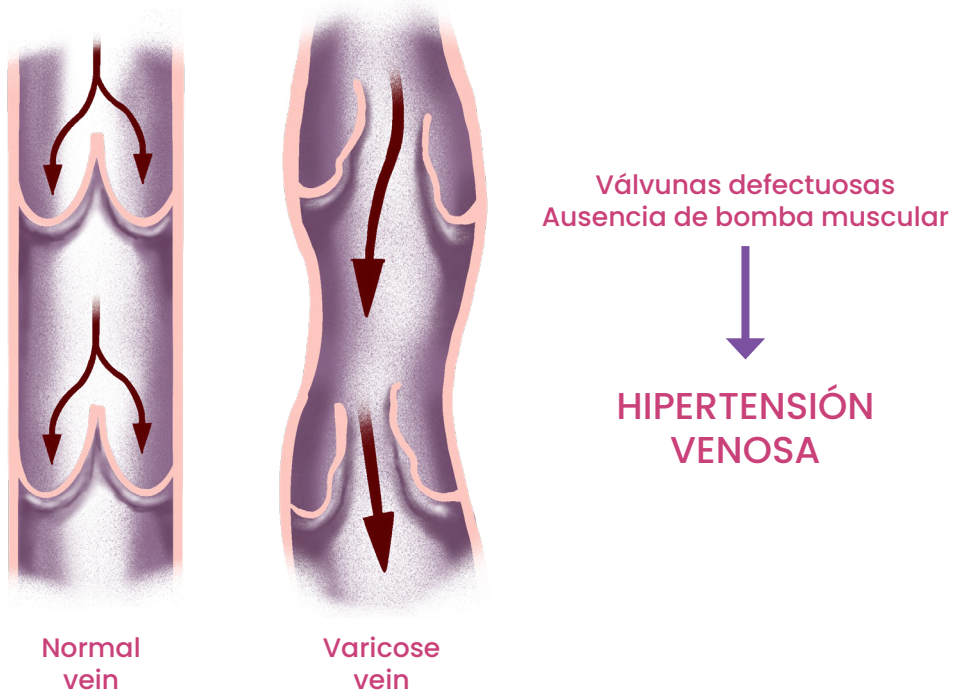
Sí, así es. Constituye la fase más avanzada de la insuficiencia venosa. Suelen localizarse por encima del tobillo en la cara interna de la pierna.

La causa de las úlceras venosas es la presión alta mantenida en el tiempo en las venas de la parte inferior de la pierna. Las venas tienen válvulas unidireccionales que mantienen la sangre circulando hacia arriba, hacia el corazón. Cuando estas válvulas no funcionan adecuadamente, la sangre se acumula en las piernas provocando una hipertensión venosa en el tobillo que daña la piel, creando una dermatitis sobre la que puede aparecer la úlcera.

Ante una úlcera producida por varices, es prioritario realizar una exploración con eco-doppler para detectar la causa y plantear el tipo de cirugía de varices más idóneo en cada caso.

Los pacientes con una úlcera venosa pueden someterse a cirugía de varices, para que la úlcera cicatrice.





A la izquierda se demuestra un buen funcionamiento de las válvulas venosas; a la derecha válvulas defectuosas, lo cual produce hipertensión venosa.

A.17

Si tengo varices...¿puede darme una trombosis?

Tener varices implica un riesgo aumentado de desarrollar una trombosis sobre ellas. Si ocurre, precisa de un estudio diagnóstico con eco-doppler para descartar que la trombosis exista también en las venas profundas. Es un proceso que ante se consideraba relativamente benigno, pero actualmente sabemos que tiene implicaciones más graves y hay que tratarlo con anticoagulantes y medias elásticas.

A.18

Si me sangra una variz, ¿qué puedo hacer?

1. NO TE ASUSTES:

Si puedes, pide ayuda.

2. PRESIONA CON UN DEDO:

Presiona con un dedo, pañuelo o gasa sobre el punto de sangrado. No debes aplicar mucha fuerza, sólo la necesaria para que deje de sangrar.

3. LEVANTA LAS PIERNAS:

Túmbate y eleva las piernas todo lo que te sea posible. Las venas superficiales se vacían hacia el corazón y será más fácil que deje de sangrar.

4. PACIENCIA:

El sangrado puede tardar unos minutos en parar. Es importante que no levantes continuamente la compresión, ya que te llevarás el coágulo que se vaya formando y será más difícil parar la hemorragia. Cuanto más rato aguantes mejor, revisa la herida cada 10 minutos.

5. COLOCA UN VENDAJE:

Posteriormente coloca una gasa y un vendaje compresivo desde los dedos del pie. Pero sobre todo, lo que no debes hacer NUNCA es intentar hacer un torniquete ya que, sin conocimientos médicos, este tipo de vendajes pueden agravar todavía más el sangrado.

6. Y SI NO PARA:

Acude a urgencias. Si en el centro de urgencias te atiende un cirujano vascular, es posible que te trate con un líquido esclerosante en la variz que sangra para evitar que te vuelva a suceder, si no, te colocarán un vendaje compresivo y te aconsejarán pedir hora con un cirujano vascular lo antes posible.

El tratamiento indicado para solucionar una varicorrágia (sangrado de variz) es el vendaje compresivo y, si es posible, la esclerosis de la misma.



Varices con riesgo de varicorrágia por adelgazamiento de la piel sobre la variz.

A.19

¿El embarazo empeora las varices?

Sí, esto es cierto, porque durante el embarazo se producen una serie de cambios que en el cuerpo de la madre, pueden provocar la aparición de varices, o empeorar las que se tengan previamente. Pero la situación mejora rápidamente en los meses después del parto.

En ocasiones, tras varios embarazos, pueden también dilatarse en exceso las venas abdominales y pélvicas y ocasionar dolor crónico, o varices en localizaciones especiales, como la región vulvar o la cara posterior de los muslos.

Para disminuir la progresión de las varices, los síntomas y prevenir complicaciones son eficaces los tratamientos físicos como el uso de prendas de compresión adecuadas, alternar paseos con reposo con piernas elevadas, la deambulación precoz tras el parto, y el frío local en temporada de calor. En casos severos se pueden administrar medicamentos flebotónicos en el segundo trimestre del embarazo.

Cuídate durante el embarazo

1

Utiliza medias de compresión adecuadas



2

Pasea al menos una hora al día

3

Descansa con las piernas elevadas



4

Cuida tu alimentación

5

Hidrátate bien

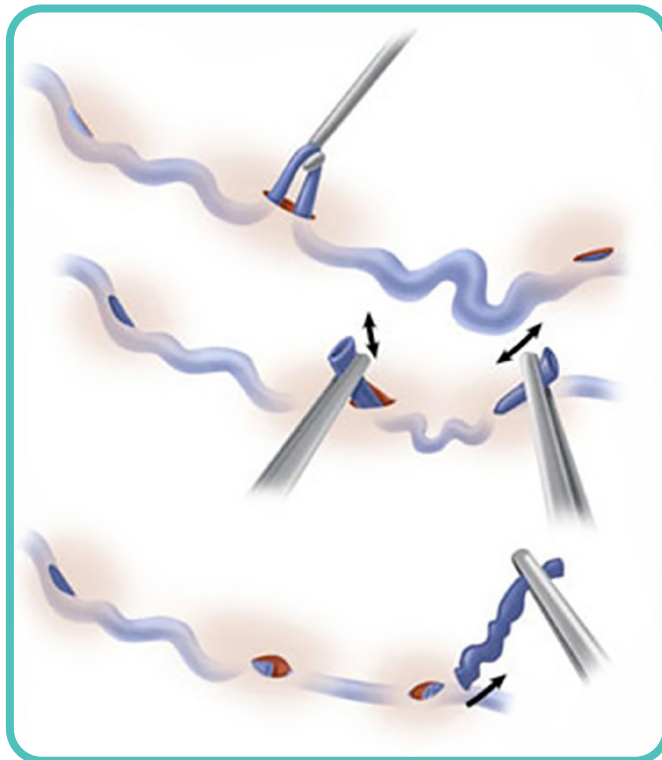


A.20

¿Las varices visibles se quitan?

En la cirugía de varices, una opción es extraerlas mediante pequeñas incisiones. Se denomina fleboextracción o flebectomías y no supone ningún riesgo para la salud. Son venas que no funcionan bien y no sucede nada por quitarlas. La sangre de retorno busca venas competentes que hagan bien su función.

Es posible que vuelvan a aparecer si la enfermedad venosa progresa o recidiva con el paso de los años.



A.21

¿Cómo pueden operarse las varices?

El objetivo del tratamiento de los pacientes con varices consiste en la eliminación del punto de fuga que provoca el paso de sangre patológico del sistema venoso profundo al sistema venoso superficial.

Clásicamente, esto se ha solucionado mediante la técnica de safenectomía o stripping, pero en los últimos 15 años se ha avanzado muchísimo en este campo, surgiendo distintas modalidades de tratamiento, que podríamos dividir en:

Safenectomía

Consiste en la extracción de la vena safena que funciona mal y con ello eliminar la presión patológica que se genera sobre la extremidad. Se suelen asociar flebectomías (pequeñas incisiones) para eliminar las varices secundarias. Es la técnica más antigua y agresiva.

CHIVA

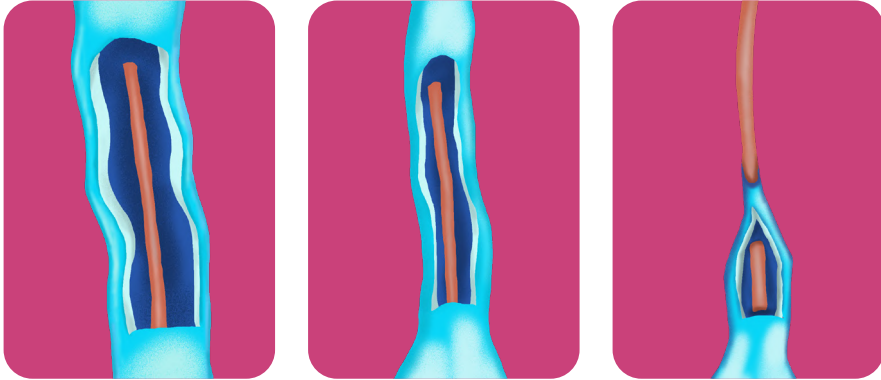
Es la cura hemodinámica de la insuficiencia venosa, una estrategia menos agresiva que consiste en desconectar la vena safena que funciona mal sin extraerla completamente. Suele asociar flebectomías.

Técnicas endovenosas:

Son procedimientos novedosos y menos agresivos, que tienen el objetivo de anular la vena que funciona mal por dentro, mediante un catéter, sin extraerla. Según el mecanismo de acción de éste catéter, podemos diferenciar:

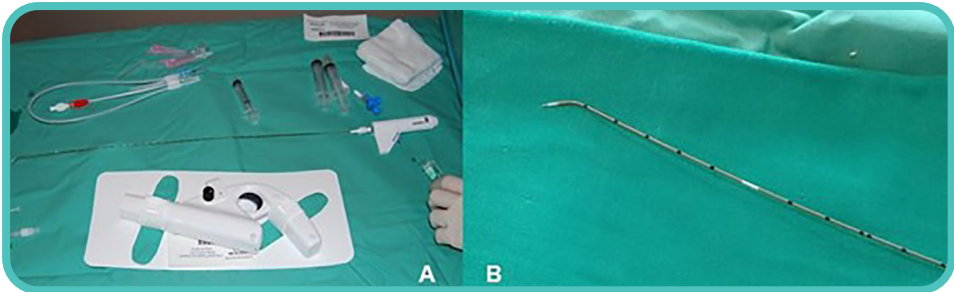
Técnicas de ablación térmica endovenosa

El catéter que lesiona la pared interna de la vena emite calor, ya sea originado mediante energía láser, radiofrecuencia o vapor de agua. Es necesario proteger los tejidos alrededor de la vena que se va a tratar, para evitar quemaduras, con una solución tumescente que contiene suero y anestésico local.



Técnicas de ablación no térmicas

El catéter que lesiona la pared interna de la vena no emite calor. Son dispositivos más sofisticados y de mayor coste económico, a través de los cuales se puede inyectar espuma esclerosante, pegamento o combinar una destrucción mecánica del endotelio al mismo tiempo que inyectan espuma esclerosante (Técnicas de ablación mecánico-química, MOCA). El objetivo es producir una reacción inflamatoria de la pared venosa para conseguir la desaparición progresiva de la misma.



A. Kit para realización de ablación mecánico-química.
B. Visión detallada de la punta del catéter.

Ultrasonidos de alta intensidad

Es el método más novedoso, un tratamiento mediante ondas de ultrasonidos de alta intensidad dirigidos a tratar la vena que funciona mal, que se aplica mediante un ecógrafo, por fuera de la pierna. Sin ningún tipo de incisiones. Se produce un aumento de temperatura en la vena enferma que provoca su destrucción y su cierre. Aunque los resultados iniciales son exitosos, se están realizando estudios para valorar sus efectos en los pacientes tratados.

A.22

¿Cuál es la mejor opción para tratar las varices?

Antes del tratamiento, el cirujano debe informar sobre las diferentes modalidades de terapéuticas, dependiendo de las varices que tenga el paciente, de su eficacia a largo plazo, de las posibles complicaciones, la recuperación postoperatoria, el coste económico Y la decisión final debe ser consensuada con el paciente.

A.23

Técnicas de ablación térmica endovenosa

23.1. ¿Qué diferencia existe entre el láser endovenoso y la radiofrecuencia?

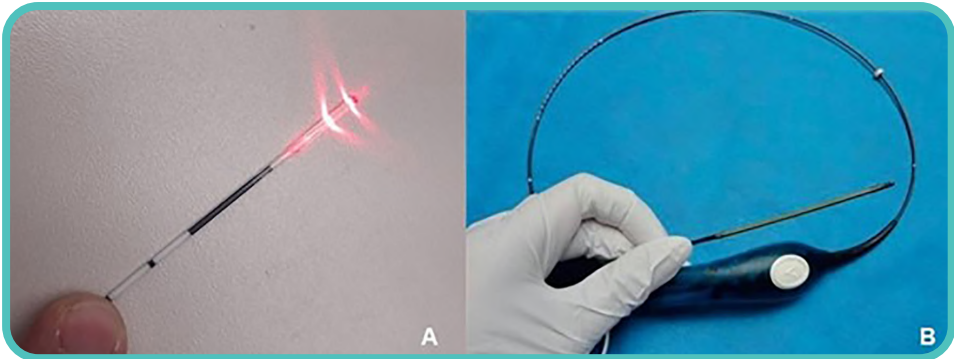
Ambos son procedimientos quirúrgicos de endoablación térmica, poco agresivos, de carácter ambulatorio (sin ingreso) y que se realizan habitualmente con anestesia local. Son tratamientos seguros, duraderos y ampliamente aceptados por la comunidad científica.

Se trata de introducir un catéter mediante una punción por dentro de la vena para quemarla, y anularla, para que no pase sangre en su interior.

La diferencia entre ellos es la forma de generar el calor (energía láser / ondas electromagnéticas) y de trasladarlo a la pared de la vena.

Objetivamente, no se puede considerar una técnica mejor que la otra, y la elección corresponde al cirujano dependiendo de cada caso.

Tanto la recuperación como la posibilidad de tener complicaciones después de estos dos tipos de intervención es prácticamente igual. Se ha estudiado y comprobado que en ambos casos hay menos dolor, hematomas, inflamación y alteraciones sensitivas en comparación con la cirugía clásica de varices.



A. Fibra laser radial de doble anillo
B. Fibra de catéter de radiofrecuencia.

23.2. ¿El tratamiento se realiza en quirófano o en consulta?

Lo habitual es que se realice en un quirófano, pero podría realizarse en una consulta si se garantizan las medidas necesarias para evitar complicaciones.



23.3. ¿Se necesita anestesia?

Sí, es necesaria.

Aunque el tratamiento endovenoso ha supuesto un enorme avance en la cirugía de varices, sin incisiones ni puntos de sutura, los disparos del láser o la radiofrecuencia sobre la vena pueden ser dolorosos por el intenso calor que desprenden.

Es necesario enfriar y proteger todos los tejidos que envuelven la vena para que no se afecten por este calor.

Durante el procedimiento, se usa anestesia tumescente, una solución líquida de suero muy frío y anestésico, que inyectamos en la pierna alrededor de toda la vena que vamos a tratar. Además, para un mayor confort, y siempre que el paciente lo desee, solemos asociar una sedación o anestesia general suave.

23.4. ¿Qué ventajas ofrecen las técnicas de endoablación térmica con respecto a otros procedimientos?

La principal ventaja es que suelen cursar con menos dolor postoperatorio comparado con la Cirugía Convencional y permiten la deambulación precoz y la incorporación al trabajo en los días siguientes.

Las ventajas de las técnicas endovenosas radican en:

Se realizan con anestesia local.

Se efectúan bajo control Ecográfico que garantiza la correcta colocación de la fibra en el interior de la vena a tratar y la ausencia de complicaciones por punciones erróneas.

Permiten la deambulaci3n precoz en las primeras horas del postoperatorio y la incorporaci3n al trabajo en los d3as siguientes.

Generan menos inflamaci3n equimosis ("derrames de sangre bajo la piel") y hematomas comparado con la Ciruj3a Convencional.

Ausencia de heridas quir3rgicas (inguinal y otras) y de las molestias relacionadas con las mismas, siempre que no se asocie en el mismo momento la extracci3n de otras venas.

No se introduce ninguna sustancia en el interior de la vena, solo es un efecto t3rmico.

23.5. ¿Los procedimientos de endoablaci3n t3rmica son intervenciones dolorosas?

No. El postoperatorio suele ser realmente confortable y se pueden realizar, casi de forma inmediata, las actividades habituales de los pacientes.

A los 7-10 d3as del tratamiento puede aparecer tirantez sobre la zona tratada en el muslo, lo que indica que la t3cnica ha sido efectiva y la vena se est3 cicatrizando. Suele ser una molestia leve, que cede con la toma de analg3sicos habituales.

La anestesia tumescente que se aplica durante el procedimiento tiene una duraci3n de varias horas haciendo que el postoperatorio inmediato sea pr3cticamente indoloro.

23.6. ¿Cuándo se puede volver a andar y a realizar las actividades habituales?

Se puede volver a andar de forma inmediata, de hecho, se recomienda salir a la calle a pasear cada día y evitar el reposo absoluto.

La reincorporación a la vida laboral dependerá del tipo de trabajo que se realice y de la duración de éste. No es lo mismo trabajar de pie como operario en una fábrica, que trabajar a media jornada en labores administrativas. Es el médico de cabecera el que se encarga de la baja laboral.

También dependerá de si se han asociado en el mismo momento otras técnicas como la flebectomía (extirpación de venas mediante incisiones en la piel), si se han operado las dos extremidades a la vez, así como factores personales propios del paciente.

23.7. ¿Cuándo se puede volver a hacer deporte?

Desde el primer momento es beneficioso caminar y se reiniciará el deporte que se practique habitualmente dependiendo del tipo de intervención de varices que se haya realizado, de nuestras molestias y del ejercicio que queremos volver a hacer. Los tiempos son aproximados y pueden variar en cada persona, pero en general, el día de la intervención y el día después de la intervención conviene estar tranquilo, paseando y no realizar esfuerzos importantes que puedan hacer sangrar las zonas de punción o heridas quirúrgicas.

Al cabo de una semana se puede volver a la actividad normal incrementando progresivamente la actividad deportiva.



A.24

¿En qué consiste la escleroterapia?

Es un tratamiento empleado para eliminar varices. Se puede realizar en consulta y en quirófano.

Consiste en la inyección de un fármaco (agente esclerosante) en el interior de las varices, con el objetivo de producir una lesión en su capa más interna, denominada endotelio. Ese daño conduce a una reacción inflamatoria y una posterior fibrosis ("cicatrización") de la variz, que queda por lo tanto excluida de la circulación, permitiendo que la sangre se redireccione por otras venas sanas.



A. ME DUELEN LAS PIERNAS, TENGO VARICES

Sus principales indicaciones son:

- Arañas vasculares y varices de pequeño calibre.
- Varices que quedan después de otros tratamientos, o que aparecen nuevas en pacientes tratados.
- Malformaciones venosas.
- Tratamiento de una hemorragia por rotura de una variz.
- Úlceras venosas.
- Pacientes con alteraciones en la piel, en los que no se recomienda un tratamiento quirúrgico.

Los esclerosantes más utilizados son el Polidocanol, y el Tetradecilsulfato de sodio. Ocasionalmente muy pocas molestias en su inyección y las complicaciones son muy infrecuentes. Puede administrarse en forma de líquido (para tratar varices pequeñas) o en forma de espuma, (para tratar varices grandes).

Las molestias periprocedimiento son prácticamente inexistentes, pudiendo retomar la actividad normal inmediatamente tras la sesión, siguiendo simplemente unos sencillos consejos, como la deambulación o la utilización de medias compresivas.

Debe ser administrada tras la valoración global del sistema venoso de la extremidad, por personal entrenado y con medidas de limpieza y seguridad.

24.1. La escleroterapia, ¿qué ventajas tiene sobre otros tratamientos?

Las ventajas que tiene este tratamiento son las siguientes:

- No requiere quirófano, anestesia, ayuno, ni estudios preoperatorios.
- Es un procedimiento ambulatorio: se sale del centro por su propio pie, pudiendo reincorporarse inmediatamente a sus actividades habituales, sin precisar reposo ni baja laboral.

- Indoloro (puede haber alguna molestia similar a una extracción de sangre).
- Es un procedimiento seguro. Las complicaciones graves son muy infrecuentes (alergia, trombosis, ictus). Ocasionalmente pueden aparecer hematomas, inflamación transitoria de la vena tratada y pigmentaciones, generalmente temporales.
- Puede utilizarse en pacientes con úlceras venosas, trastornos de la piel o malformaciones venosas. Por su escasa agresividad, puede aplicarse a pacientes ancianos, polimedicados y anticoagulados, manteniendo su medicación habitual.
- Es una técnica barata y de rápida preparación, ya que no precisa para su administración catéteres especiales.

VENTAJAS DE LA ESCLEROTERAPIA

	 Escleroterapia	 Adhesivo médico	 Ablación térmica	 Cirugía
Sin quirófano	✓	✓		Con ingreso
Sin anestesia	✓	Local		
Sin baja laboral	✓	✓	✓	
Estética	✓	✓	✓	
Tipo de variz	Cualquiera	Grandes	Grandes	Grandes
¿Barato?	✓			

24.2. ¿Cuánto tiempo tardaré en ver los resultados tras el tratamiento de las arañas vasculares mediante escleroterapia?

Con la escleroterapia el resultado no es inmediato, el fármaco inyectado tarda aproximadamente 1 mes en hacer efecto.

El resultado estético debe valorarse adecuadamente mediante la toma de fotografías previas al tratamiento, con las que debemos compararnos antes de cada nueva sesión de escleroterapia, para valorar la efectividad. Lo habitual es esperar un mes para ver los resultados de cada sesión, pero los resultados definitivos dependen de muchos factores, específicos de cada paciente:

- Tamaño y número de las venas a tratar (pueden ser necesarias varias sesiones).
- Cercanía a la piel (más tiempo cuando están más cerca de la piel y son mayores).
- Inflamación producida.
- Aparición de complicaciones (pigmentación, matting).

Cuando el resultado buscado es el cierre de una úlcera, dependerá además del estado de la piel alrededor de la lesión. Hay trastornos crónicos de la piel, como el color ocre, que puede mejorar con el tratamiento, pero es difícil que desaparezca del todo.

Debe ser el médico el que le explique los resultados que espera obtener con el tratamiento, valorando todos estos factores, y el que valore, junto con el paciente, la efectividad.

24.3. ¿Puedo tomar el sol después del tratamiento de escleroterapia?

Se debe ser especialmente cuidadoso con la exposición solar porque este tratamiento va a producir una inflamación de la variz tratada y pueden aparecer pigmentaciones de color marrón en la piel cercana. Dependiendo del fototipo de piel, del tamaño de la variz tratada y de la localización, tardan más o menos en desaparecer.

- Cuando se han tratado telangiectasias (arañas), una vez que las lesiones derivadas del tratamiento, (pinchazos, hematomas, irritaciones), han desaparecido, teniendo la protección de aplicarse crema de protección con factor 50 cada 3-4 horas, y evitando las horas de mayor intensidad solar, es posible tomar el sol.
- Cuando se han tratado venas cutáneas más grandes o ejes, especialmente si se ven a través de la piel, el volumen y concentración de la sustancia esclerosante es mayor, por lo que hay que usar más tiempo las medias, y esperar más tiempo para exponerse al sol.
- Si la inflamación que se produce es excesiva pueden aparecer pigmentaciones (color café con leche), que suelen desaparecer pasados unos meses, y que hay que proteger especialmente del sol.

Debe ser el médico que ha realizado la escleroterapia quien, valorando su tipo de piel, el grado de insuficiencia venosa y el tratamiento aplicado, debe recomendar a cada paciente cuando puede tomar el sol.



24.4. ¿Tendré que llevar medias después del tratamiento de escleroterapia?

Sí, es recomendable, aunque debe quedar a criterio del médico y elección del paciente.

Cualquier tratamiento de escleroterapia, debería ser complementado idealmente con terapia compresiva, utilizando las medias adecuadas para el grado de Enfermedad Venosa Crónica (IVC) de que se trate. En el caso de pacientes con incompetencia venosa superficial de venas más grandes a los que se les realiza tratamiento, ya sea mediante escleroterapia con microespuma, muchas veces se sustituye la media por un vendaje.

El uso de medias de compresión ayuda a que el resultado de la escleroterapia sea mejor que si no se utilizan. Pero, aunque hay diversos estudios publicados que han demostrado su efectividad, no hay unanimidad entre los especialistas en cuanto al grado de compresión y el tiempo durante el cual se deben usar, por lo que conviene que el médico analice cada caso y tome la decisión más adecuada en función de cada paciente.

24.5. ¿Puedo esclerosarme las varices en el verano?

El verano no es la estación del año más adecuada para tratar las varices. Sin embargo, aquellas personas que solo dispongan del verano para tratarse, pueden hacerlo sabiendo que es más probable que aparezcan manchas en la piel. Aunque no se expongan al sol, los rayos pueden atravesar la ropa y se tolera peor el uso de media compresiva.



24.6. ¿Qué posibilidades hay de que me quede mal tras el tratamiento con escleroterapia?

Lo normal es que no haya complicaciones. En el momento de la sesión las zonas de punción pueden verse inflamadas, como si se tratara de picotazos de un mosquito, incluso pueden picar un poco o escocer. Posteriormente suele salir un hematoma y una pigmentación que se resuelve pasado 1-2 meses.



A. ME DUELEN LAS PIERNAS, TENGO VARICES

Se ha comprobado a lo largo de los años que, cuando la escleroterapia se realiza correctamente, es un tratamiento eficaz para las varices, y, además, tiene un bajo índice de complicaciones.

Las complicaciones que afectan a los resultados estéticos se encuentran reflejadas, con su frecuencia de aparición, en la tabla.

Complicaciones de la escleroterapia

Complicaciones graves	Escleroterapia con líquido	Escleroterapia con espuma
Necrosis extensa en los tejidos	Inferior al 0,01%	Inferior al 0,01%
Complicaciones leves		
Matting (desarrollo de venitas pequeñas en la piel)	Del 1 al 10%	Del 1 al 10%
Hiperpigmentación (manchas oscuras en la piel)	Del 1 al 10%	Del 1 al 10%
Necrosis leve en la piel	Del 0,01% al 0,1%	Menos del 0,01%
Reacción alérgica en la piel	Menos del 0,01%	Menos del 0,01%

Como se puede ver en la tabla, la incidencia de estas complicaciones es muy baja, aunque deben conocerse siempre por parte de los pacientes, ya que en algunas ocasiones ocurren.

Cuando aparecen, el paciente debe tranquilizarse, ya que en la mayoría de las ocasiones se pueden resolver y solo un pequeño porcentaje se quedarán definitivamente. Por ejemplo, dentro de las más frecuentes, el matting solo el 10-20% permanece al cabo de un año y la hiperpigmentación no suele durar más de 1 año, salvo en el 1% de los pacientes, en los cuales puede quedar de forma permanente.

Otros efectos indeseables de la escleroterapia son: los hematomas, inflamaciones y eritemas secundarios a la punción y en ocasiones también aparecen ampollas que pueden ser secundarias al roce del vendaje, aunque actualmente se suele utilizar una media de compresión que disminuye el riesgo de que aparezcan.

Todos estos últimos efectos indeseables se solucionan con el tiempo y no suelen quedar secuelas.



24.7. ¿Cuántas sesiones de escleroterapia necesitaré para solucionar mi problema de varices?

Depende del tipo de varices y de la estrategia que plantee su médico. Hay estrategias en las que se tratan las dos piernas a la vez y otras en las que se prefiere ir más despacio.

A.25

¿En qué consiste el tratamiento de las varices con pegamento?

Es un procedimiento quirúrgico para eliminar las varices que consiste en introducir un catéter que libera un pegamento (cianoacrilato) en el interior de la vena. No hace falta realizar incisiones porque se realiza mediante una punción guiada con ecografía.

Técnicamente, lo primero es realizar el marcaje de la vena que se va a tratar con el paciente de pie. Seguidamente, el paciente se tumba y mediante una punción guiada con ecografía, se canaliza la vena en cuestión para, posteriormente, liberar el pegamento de forma retrógrada en todo el trayecto a la vez que se aplica una leve presión local; todo ello siempre bajo vigilancia con eco-doppler (Fig. 1).

Esta modalidad ofrece múltiples ventajas: el paciente recupera su vida de forma inmediata, evita el uso obligatorio de media de compresión, uso estricto de anestesia local en la zona de punción inicial, puede realizarse fuera de un quirófano convencional y no precisa tratar obligatoriamente las varices secundarias en el mismo acto (esperando un periodo de 2-3 meses se observa una regresión de las mismas en un alto porcentaje sin precisar procedimientos secundarios) (Fig. 2)

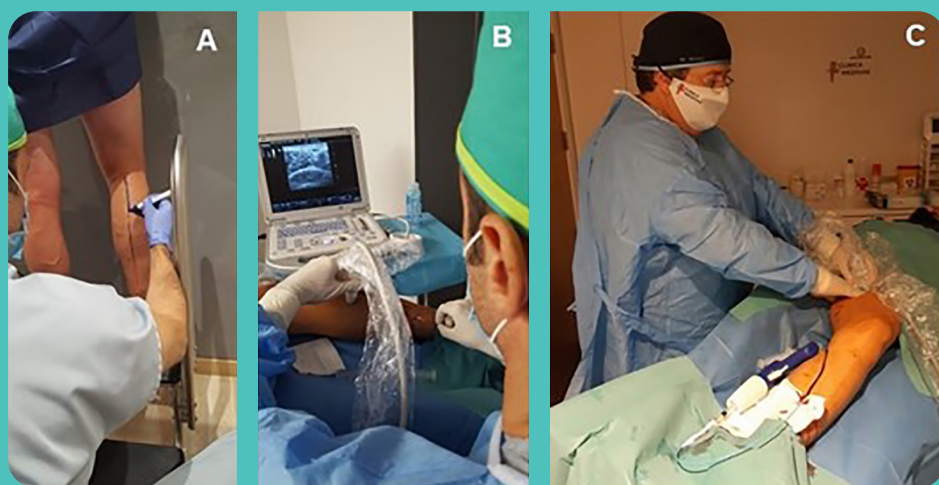


Fig. 1. A) Marcaje preoperatorio con el paciente de pie. B) Punción ecoguiada y canalización venosa. C) Liberación de pegamento mediante retirada de catéter y compresión local.

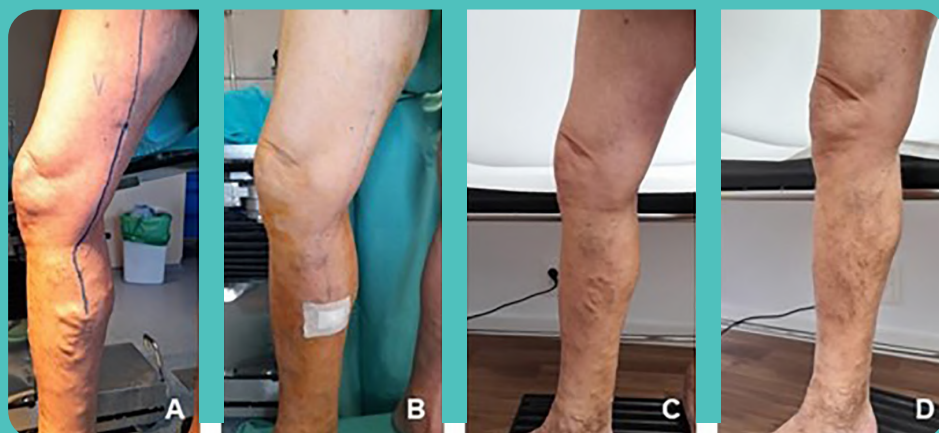


Fig. 2. Evolución tras realización de sellado endovenoso con cianocrilato de vena safena interna. A) Previo a la intervención. B) Postoperatorio inmediato. C) Reducción de calibre de varices secundarias a los 7 días del procedimiento. D) Desaparición de las varices secundarias al mes.

A.26

¿En qué consiste la safenectomía?

La safenectomía o “stripping”, es la intervención que más se ha realizado a lo largo de los años, aunque su frecuencia es cada vez menor debido a la aparición de opciones menos invasivas.

Consiste en la “desconexión” de la vena safena (interna o externa) de su desembocadura en el sistema venoso profundo (uniones safeno-femoral y safeno-poplíteo, respectivamente) (Fig.1) y su extracción total o parcial. Después, se extirpan las varices visibles mediante incisiones milimétricas (flebectomía), o se esclerosan con líquido o microespuma.

Para tratar la vena safena mayor, se realiza una incisión en la ingle y en cara interna de la rodilla, generalmente. Cuando está afectada la vena safena menor, la incisión se realiza por encima del pliegue de la articulación de la rodilla, y en la pantorrilla, en la mayoría de los casos (Fig.2). El procedimiento se realiza con anestesia general o locorregional con sedación.

Según las características del paciente (edad, comorbilidades, distancia del domicilio al hospital, etc.) es dado de alta a las horas, o permanece ingresado una noche.

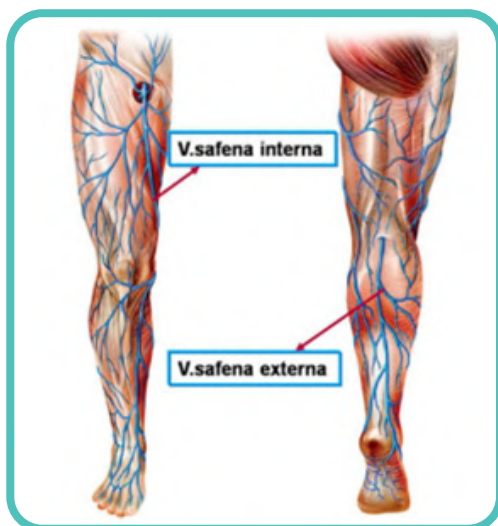


Fig.1. Troncos safenos: vena safena interna y su desembocadura en vena femoral a nivel de ingle; vena safena externa y su desembocadura en vena poplíteo en hueco poplíteo (Fuente: Dr. Rial)

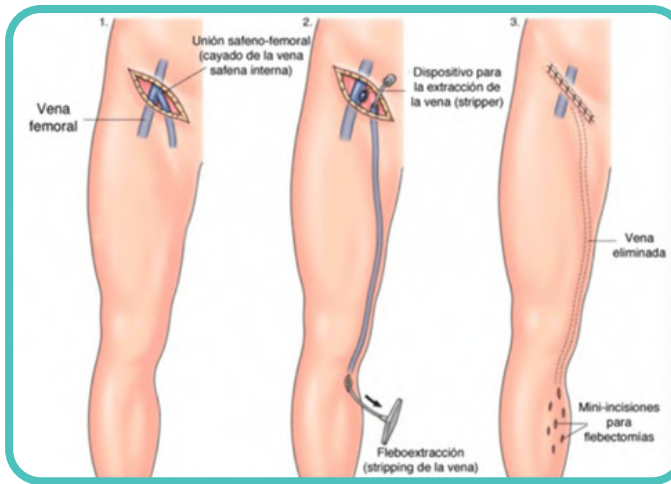


Fig.2. Representación de la cirugía convencional de varices dependientes de vena safena interna (safenectomía interna).

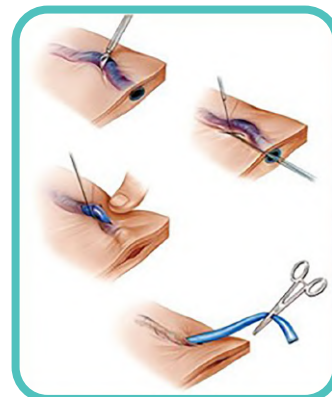
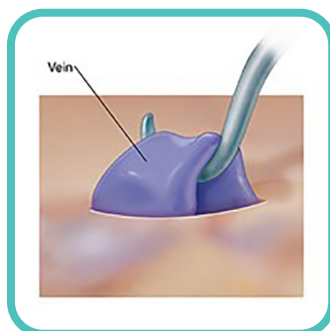
Fuente: Muñoz García R. Tratamiento de las úlceras venosas [Internet]. Madrid: Universidad Internacional de Andalucía; 2015-2016 [revisado 2017; consultado en agosto 2022]. Disponible en: <https://library.co/document/y96vvlvy-tratamiento-de-las-ulceras-venosas.html>. ISBN: 978-84-7993-770-6

A.27

¿Qué es el CHIVA?

La Cura CHIVA, interrumpe las zonas de unión entre venas superficiales y profundas ("shunts"), pero sin necesidad de extraer los grandes ejes safenos. Esta técnica suele ser ambulatoria y puede realizarse con anestesia local y sedación. En función del caso, pueden ser necesarias intervenciones para desconectar otras uniones que no funcionan bien, en un segundo tiempo (1,2).

En ambas, el postoperatorio se maneja con analgesia oral y retirada de puntos en 7-10 días, y la reincorporación laboral es variable.



A.28

¿Qué pasa si no me opero?

La enfermedad venosa crónica tiene un carácter crónico y progresivo. Inicialmente, las varices pueden ser asintomáticas y el tratamiento quirúrgico no es necesario. En esta fase la indicación suele ser estética, ya que producen sintomatología nula o leve (pesadez, calambres y cansancio en las piernas). Con el paso de los años las molestias pueden aumentar (figura 1) y asociar complicaciones entre las que se incluyen:

-Trombosis venosa superficial (antes denominada “varicotrombosis o varicoflebitis”):

Es la formación de trombo/coágulo en el interior de las varices (figura 2). Los síntomas incluyen enrojecimiento de la piel sobre el paquete varicoso, dolor e hinchazón. Si el coágulo se extiende hacia venas más profundas, puede complicarse con una embolia pulmonar, al migrar ese coágulo a los pulmones.

-Dermatitis ocre y úlceras venosas:

Las varices condicionan acúmulo de líquido en las piernas (edema) y la piel de la pierna pierde su elasticidad original adquiriendo un tono marrón lo que llamamos dermatitis ocre; en esta situación el paciente es más propenso a desarrollar úlceras venosas (figura 3).

-Varicorragia:

Sangrado ocasionado por la rotura de una variz. Esto sucede porque la piel sobre la variz es muy fina y sensible a lesiones. En algunos casos puede haber una pérdida significativa de sangre.



A.29

Y si me opero... ¿me vuelven a salir?

La probabilidad es relativamente baja, aunque depende de la técnica realizada y de la edad del paciente. El paciente que es intervenido de varices puede reducir la probabilidad de que vuelvan a salir (recidiva) mediante el control del peso, el uso de medias de compresión, evitando permanecer de pie largos periodos de tiempo y realizando ejercicio físico.



A.30

¿Cuántas veces se puede operar de varices?

No existe un número máximo a partir del cual no se puedan operar las varices. Cuando aparece una recidiva hay que buscar la causa. Una buena evaluación diagnóstica inicial y un seguimiento adecuado disminuye la tasa de recidiva. Si tras una cirugía de varices el paciente presenta de nuevo síntomas o aparecen nuevas varices, debemos tratar de buscar cual es la causa para solucionarla.

A.31

Sin esas venas se puede vivir, ¿o tiene alguna consecuencia seria para la salud?

Por supuesto.

Son venas que no funcionan bien y solo van a producir complicaciones, por lo que no solo se puede vivir sin ellas, sino que al eliminarlas se mejora la salud de los pacientes.





B

**TENGO UNA
TROMBOSIS**

B.1

¿Cómo distinguimos una trombosis venosa superficial de una trombosis venosa profunda?

El término trombosis venosa (TV) se refiere a la formación de coágulos en el interior de las venas. Invariablemente esto va acompañado de una reacción inflamatoria de la pared venosa. De ahí la multiplicidad de términos como flebitis, tromboflebitis, varicoflebitis, flebotrombosis ... En la actualidad se prefiere la denominación de Trombosis Venosa, con el apellido de Superficial (TVS) o Profunda (TVP), según estén afectadas las venas más superficiales o las venas profundas. Esta diferenciación es trascendental.

- El Sistema Venoso Profundo (SVP) transcurre entre los compartimentos musculares de las piernas, acompaña a las venas homónimas y transporta la inmensa mayoría del caudal venoso.
- El Sistema Venoso Superficial (SVS) transcurre en el espesor de la piel y tejido celular subcutáneo, es independiente de la circulación arterial y es accesorio, en el sentido de que únicamente funciona mientras se realiza actividad y es “prescindible” (cirugía de varices ...).

En cuanto a las causas para que se produzcan los trombos, ambos tipos de venas comparten varias causas comunes como:

- El encamamiento (postoperatorios, enfermedades debilitantes).
- Las alteraciones congénitas o adquiridas en los sistemas de coagulación (trombofilias).
- Las enfermedades malignas.
- Sin embargo, la causa más frecuente de TVS son las varices: en ellas se juntas diversas situaciones que favorecen la formación de trombos como son las alteraciones en el flujo sanguíneo venoso y las alteraciones en la pared venosa. Sin embargo, también puede producirse en venas normales.

En general, **los síntomas son algo diferentes**: mientras que en la TVP suele resaltar el aumento de volumen de una de las piernas sobre el dolor o los cambios de coloración, en la TVS suele ser más evidente el enrojecimiento, induración y dolor sobre varices. Es cierto que esto es sumamente variable.

La complicación más grave de ambas es la embolia de pulmón (EP). Tradicionalmente, se pensaba que únicamente la TVP se podía complicar con una EP. Sin embargo, se ha visto que un porcentaje no despreciable de TVS se asocia tanto a TVP secundaria como a EP. Por ello, el tratamiento de la TVS se ha dado más importancia en los últimos tiempos.





**Con respecto a las
trombosis venosas
superficiales...**

B.2

Tengo un trombo... ¿es debido a que tengo varices?

Seguramente.

Las trombosis venosas superficiales suelen aparecer en personas que tienen varices y además asocian factores de riesgo trombótico como son la edad, inmovilización, deshidratación, obesidad, embarazo, tabaquismo, cáncer o causas genéticas como son las trombofilias o enfermedades autoinmunes.

La enfermedad venosa crónica puede evolucionar a venas cada vez más dilatadas que condicionan mayor estasis venoso y lesión de la pared, con lo que se ha visto que los pacientes que presentan trombosis venosa superficial asociada a varices están suelen ser en un estadio clínico más avanzado.

Factores que podemos evitar



Factores no evitables

Génética

Cáncer

Enfermedades autoinmunes

Edad

Cirugía

Traumatismo

B.3

Ante una trombosis superficial... ¿Tengo que hacerme estudios?

La TVS se diagnostica en la consulta con la exploración física y es necesario hacer un ecodoppler para ver la extensión.

El médico suele hacer el diagnóstico de una trombosis venosa superficial en las piernas, principalmente con los síntomas y los hallazgos que se encuentran en la exploración física, aunque en ocasiones es posible la ayuda de una ecografía para localización y medida de la trombosis. La gran mayoría de trombosis en las piernas son diagnosticadas sobre venas con várices, pero cuando la trombosis se diagnostica sobre una vena sana (sin varices) son necesarios, en algunos casos, otras pruebas complementarias para su seguimiento.



B.4

¿Tengo que hacer reposo absoluto?

No, todo lo contrario.

Dentro de las medidas generales en la trombosis superficial de las piernas se aconseja la deambulación precoz de acuerdo a las características de las personas y los factores de riesgo que la padecen junto a la utilización de las medias elásticas y tratamiento farmacológico, si lo precisa. La deambulación precoz disminuye el dolor y la progresión a una complicación de la trombosis.



B.5

¿Se me quitará o no tiene cura?

Con el tratamiento adecuado los síntomas mejoran poco a poco.

Cuando un paciente padece una trombosis venosa superficial, con el tratamiento adecuado se puede observar una mejoría de los síntomas inflamatorios (dolor, calor, enrojecimiento de la piel) en 2 ó 3 semanas. La vena obstruida puede tardar más tiempo en recanalizarse, entre 6 y 8 semanas, aunque en ocasiones puede tardar meses, o, en algunos casos, puede quedar parcial o totalmente obstruida. En estos casos no hay síntomas inflamatorios pero persiste un cordón o un bulto duro en la zona afectada. Los cambios de color que se producen en la piel pueden tardar meses en desaparecer o atenuarse, quedando en ocasiones una mancha residual en la zona afectada.

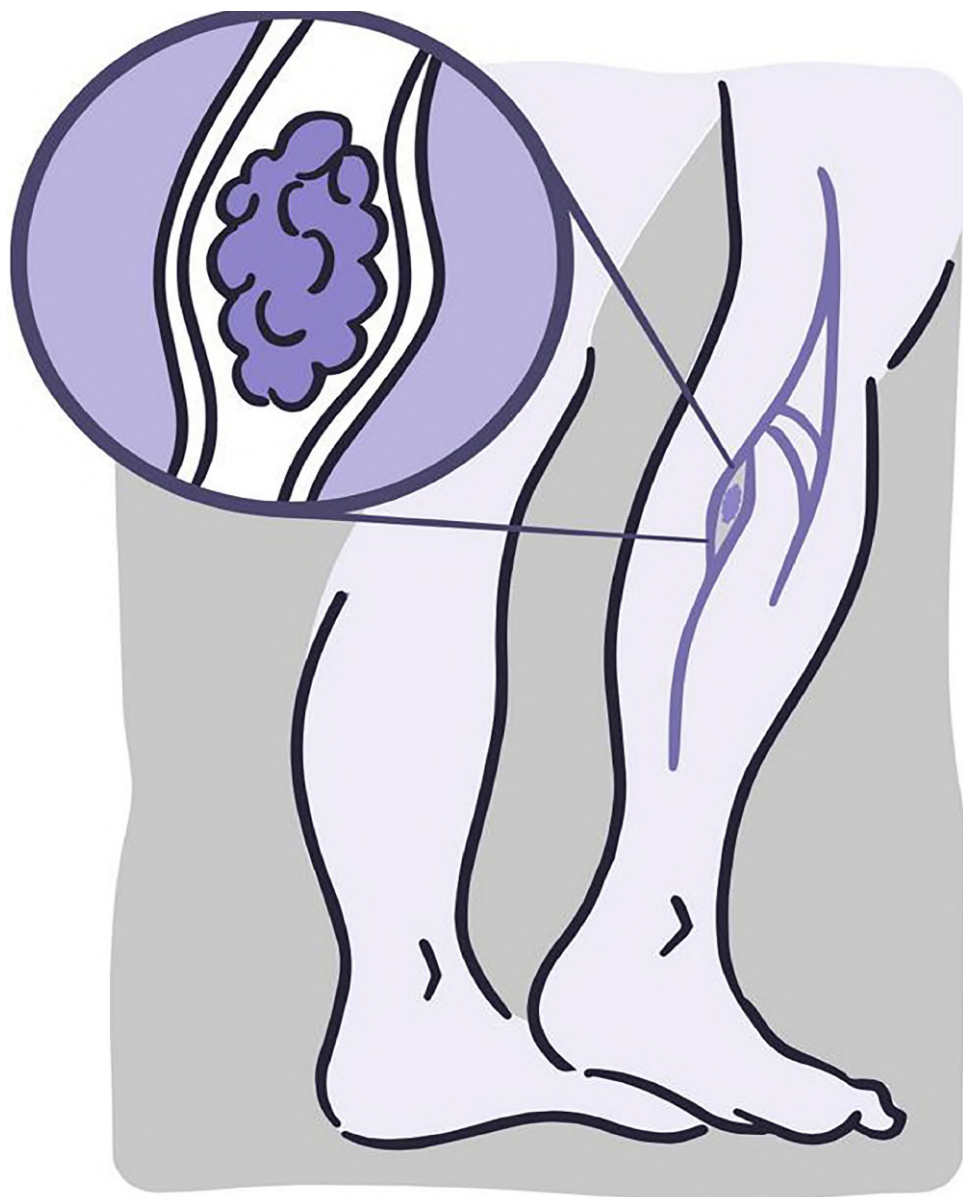
B.6

¿Voy a tener secuelas con el tiempo?

La TVS no suelen dar lugar a secuelas, salvo la aparición de una pigmentación oscura en la piel o un endurecimiento permanente en algunos casos.

La pigmentación de color pardo en la zona afectada se produce como consecuencia del proceso inflamatorio que se desencadena en la fase aguda de la trombosis. Y en algunos casos, la vena afectada no se recanaliza por completo y puede percibirse un cordón endurecido no doloroso de manera permanente.

A largo plazo, la posibilidad de desarrollar una nueva trombosis venosa superficial es muy variable. Existe riesgo de padecer nuevos episodios similares o de mayor gravedad a lo largo de la vida, en pacientes que sufren enfermedades en las que es frecuente el desarrollo de trombos venosos (cáncer, estados de hipercoagulabilidad, enfermedades inflamatorias).



**Con respecto a las
trombosis venosas
profundas...**

B.7

¿Por qué a mí?

La trombosis venosa Profunda (TVP) se produce al formarse un coagulo de sangre (trombo) en una o varias venas profundas, con más frecuencia en las piernas. La TVP puede causar hinchazón, edema y dolor en el miembro afectado, aunque en ocasiones los síntomas pasan desapercibidos. En las formas más graves, el trombo puede desprenderse y migrar hasta el pulmón, causando un tromboembolismo pulmonar.

Las TVP se presentan con más frecuencia en personas mayores o en personas que tienen ciertas enfermedades que afectan a la coagulación de la sangre y la hacen más espesa (estados de hipercoagulabilidad), pero también pueden producirse coágulos en las piernas cuando no te mueves durante mucho tiempo, como viajes en largas distancias (avión o autobús) o cuando se guarda reposo en cama después de una cirugía, enfermedad o accidente. Por eso en algunas de estas situaciones se administran anticoagulantes profilácticos como heparina para prevenir las TVP.

Existen factores de riesgo asociados a la TVP como: Edad > 60 años, falta de movimiento, lesiones o cirugía reciente, embarazo, píldoras anticonceptivas, sobrepeso u obesidad, tabaquismo, cáncer, insuficiencia cardíaca, enfermedad intestinal inflamatoria, antecedentes personales o familiares de TVP, factores genéticos.



B.8

¿Es grave?

Si, la TVP es una manifestación de la enfermedad tromboembólica, localizada en un miembro, que suele ser las piernas, pero también se ven con cierta frecuencia en los brazos. ES potencialmente grave ya que el trombo formado puede desprenderse y desplazarse por el torrente sanguíneo venoso hacia el corazón, y de ahí a las arterias pulmonares, bloqueando su flujo y ocasionando una embolia pulmonar, que es un cuadro potencialmente mortal. Por eso, cuando la sospecha clínica de TVP es elevada, se debe de iniciar tratamiento lo antes posible con anticoagulantes para evitar un cuadro más grave.

Entre los síntomas de la TVP destacan: hinchazón de una pierna, dolor en pierna y pesadez, cambio en la coloración de la piel que se hace más roja o violácea, sensación de calor en la pierna. Si se acompañan de otros signos como falta de aire repentina, dolor o molestia en pecho, desmayo, pulso acelerado, tos con sangre o respiración rápida, debe consultar atención médica urgente, porque puede tratarse de una embolia pulmonar.



B.9

Si tengo una trombosis profunda... ¿tengo que hacerme más estudios?

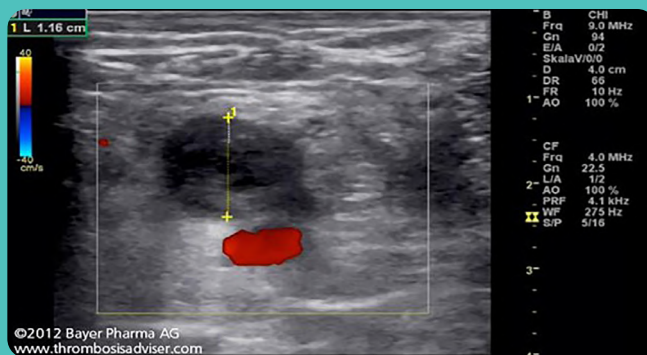
Sí, ante una sospecha clínica elevada por síntomas sugestivos de TVP deben realizarse una serie de estudios complementarios por parte de su médico. Es posible que le indiquen iniciar un tratamiento preventivo con heparina incluso antes de realizar las pruebas y si la sospecha de TVP o TEP es muy alta.

La prueba clave para el diagnóstico de una TVP en miembros es la realización de **una ecografía Doppler venosa**, esto permite observar en directo el coágulo en el interior de las venas y confirmarlo con elevado grado de fiabilidad. Es una prueba que puede ser realizada por médicos de urgencias con formación adecuada, especialistas vasculares o radiólogos.

También existen pruebas analíticas como el dímero-D, que cuando presentan valores elevados ayudan a confirmar el diagnóstico, pero se recomienda que estén apoyados por pruebas de imagen.

En cuadros más severos como TVP extensas, o con afectación proximal a nivel del abdomen (venas ilíacas o cava), o sospecha alta de TEP se emplean otras pruebas diagnósticas más complejas, como el ANGIO-TAC o la flebografía. Estas solo se pueden realizar en hospitales.

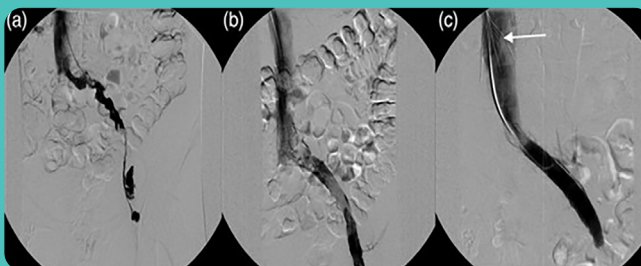




1. Estudio eco doppler venoso a nivel de ingle, en el que se evalúa la vena femoral y se comprueba la existencia de un trombo en su interior (ausencia de color e imagen que ocupa espacio).



2. Estudio ANGIOTC en fase venosa en el que se observa la existencia de trombos a nivel de la vena cava inferior, y las venas ilíacas y vena femoral común izquierdas.



3. Flebografía intraoperatoria en la que se observa la cava inferior y la vena iliaca izquierda con escaso paso de contraste (luz ocupada por trombos venosos) (a). Aspecto de la vena tras realizar una trombectomía aspirativa y angioplastia, mostrando aun un insuficiente paso de contraste (b) . Resultado final tras angioplastia e implante de stents venosos (c), destacando también en la imagen la presencia de filtro de vena cava para evitar la embolización de restos de trombo durante procedimiento a otros territorios.

B.10

¿Tengo que hacer reposo absoluto?

En la mayoría de los casos, una vez que se diagnostica la trombosis venosa profunda y se ha puesto el tratamiento, se recomienda evitar el reposo absoluto con una movilización precoz en el domicilio. Obviamente la movilización será progresiva, dando paseos cada vez más largos alternándolo con reposo con las piernas elevadas. Junto con la movilización se suelen recomendar medias de compresión con gradiente de presión 30-40mmHg en tobillo.

La movilización y la compresión ayudan a disminuir el volumen de la pierna, el dolor e inflamación durante las primeras semanas. En algunos casos de trombosis venosa graves (llamadas, flegmasia), en otros casos en los que existe trombo en el pulmón (tromboembolismo pulmonar) y dependiendo de las enfermedades del paciente (como el alto riesgo de sangrado), puede recomendarse reposo los primeros días e incluso ingreso en el hospital.



Figura. Trombosis venosa profunda de miembro inferior izquierdo de 48 horas de evolución. Reposo con extremidad elevada a 30 cm.

B.11

¿Se me quitará o no tiene cura?

En la mayoría de los casos se le prescribirá un tratamiento anticoagulante que evita que el trombo vaya a más y a la vez, ayudar a que el trombo que ya existe, se vaya disolviendo.

En muchos casos, el trombo se elimina completamente con el tiempo, pero en otros casos, quedan restos. El problema fundamental es el daño que se produce en las válvulas de las venas que provoca el llamado **síndrome postrombótico** en el 20-50% de los casos a los dos años, y que provoca inflamación de la pierna al estar de pie o en épocas de calor, varices y úlceras venosas.

La severidad del **síndrome postrombótico** varía entre pacientes y se relaciona con su actividad física o profesional habitual, así como puede agravarse en situaciones de sobrepeso. El tratamiento con soporte elástico, pérdida de peso y uso de flebotónicos suele mejorar la sintomatología. Sin embargo, en aquellos pacientes con poca adherencia al tratamiento o hábitos de vida sedentarios, en fases avanzadas pueden derivar hacia la aparición de edema crónico no reversible y la aparición de úlceras venosas.



B.12

¿qué puedo hacer para que no vuelva a ocurrir?

La trombosis venosa puede volver a repetirse en el 10% de los casos en el primer año y en el 30% a los 5-8 años en los casos donde no se ha visto una causa. Las complicaciones futuras dependen del daño que se ha producido en la vena, del daño en las válvulas y si existen restos que obstruyan la vena.

Para evitar que no vuelva a ocurrir, lo más importante es diagnosticarlo lo antes posible y poner el tratamiento adecuado, así como tratar la causa que provocó la trombosis, si es que existe. Es fundamental completar el tratamiento anticoagulante a la dosis adecuada y durante el tiempo indicado, para evitar nuevos episodios de trombosis (recidiva) y disminuir el riesgo de complicaciones a largo plazo (síndrome posttrombótico, úlceras venosas...) que provocan empeoramiento de la calidad de vida. Los calcetines/media de compresión ayudan a mejorar la inflamación y el dolor de la pierna en el momento de la trombosis, ayuda a la resolución del trombo y a prevenir las complicaciones de síndrome posttrombótico.

Una vida activa, evitar el sedentario, practicar ejercicio físico regular, evitar la obesidad, una alimentación saludable...ayudan a evitar factores que puedan provocar una nueva trombosis venosa en la pierna.



Figura. Trombosis venosa profunda iliofemoral de 48 horas de evolución. Reposo con extremidad elevada 30 cm.

Otras preguntas sobre trombosis...

B.13

¿los anticonceptivos favorecen el riesgo de trombos en las piernas?

Las píldoras anticonceptivas orales (ACO) son uno de los métodos de anticoncepción más populares en todo el mundo, pero no están exentas de efectos secundarios. Uno de los que se presenta raramente y que puede llegar a ser grave, es la trombosis venosa.

Los episodios de trombosis se pueden producir sobre todo al inicio del tratamiento. En estos casos se debe llevar a cabo un estudio de predisposición genética a la trombosis, pues es frecuente que la paciente presenta alguna alteración que aumente el riesgo de trombosis. Estos casos son poco frecuentes, lo que no contraindica su uso.



B.14

Los viajes de larga duración, ¿pueden favorecer los trombos en las piernas?

En los últimos años se ha popularizado el llamado Síndrome de la clase turista. Se trata de una situación que ocurre en vuelos de larga duración y asociados a espacios reducidos propios de asientos de la clase turista de los vuelos comerciales.

Es importante saber que existen una serie de factores de riesgo que favorecen la aparición de este síndrome como son la trombofilia, la edad avanzada, obesidad, lesión o cirugía reciente, trombosis previa, insuficiencia venosa, malignidad, anticonceptivos orales, enfermedad cardíaca o renal, tabaquismo, diabetes o embarazo.

Para prevenir las complicaciones existen una serie de medidas a tener en cuenta en función del riesgo asociado por tipo de paciente como son:

En pacientes sin factores de riesgo y como medidas generales se recomienda:

- Ropa cómoda y no ajustada durante el vuelo.
- Beber abundantes líquidos (evitando alcohol y café).
- Intentar moverse por el pasillo y no estar todo el vuelo sin moverse de la butaca.
- Cada 20 minutos intentar movilizar las piernas.
- Realizar ejercicios de flexo-extensión y laterales de tobillo.
- Evitar tener las piernas cruzadas.

En pacientes con un riesgo moderado, parto reciente, embarazo, obesidad, trombofilia y en pacientes con riesgo elevado por historia personal de TVP o TEP, cáncer, lesión o cirugía reciente se podrá realizar profilaxis con heparina de bajo peso. Será el médico quien determinará la necesidad de profilaxis en cada caso.

La utilización de Ácido Acetil Salicílico es controvertida ya que no existen estudios que avalen la utilización.

Los síntomas de alarma que han de estar atentos este tipo de viajeros tras haber realizado un vuelo de estas características en fechas recientes son: la aparición de dolor, calor o enrojecimiento en una pierna, inflamación, dificultad respiratoria y/o dolor torácico. Ante la aparición de alguno de estos síntomas deben acudir a su médico o al servicio de urgencias para iniciar tratamiento precoz, ya que pueden estar ante una trombosis venosa profunda o un tromboembolismo pulmonar.



B.15

¿Se puede intentar disolver el trombo?

Nuestro organismo tiene mecanismos naturales para disolver cualquier trombo arteriales y venosos gracias a **sustancias denominadas trombolíticas o fibrinolíticas**.

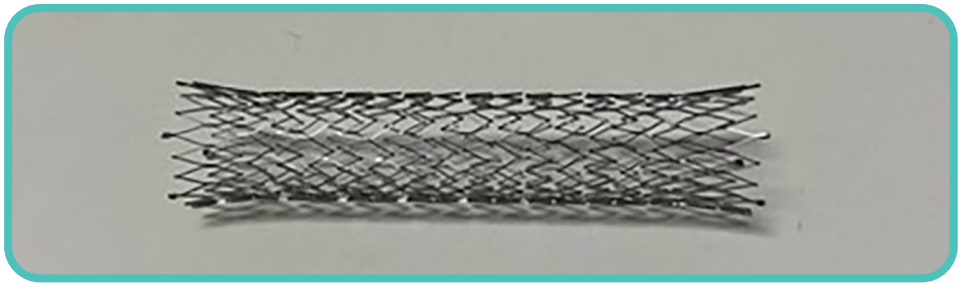
Estos fibrinolíticos o trombolíticos han sido sintetizados por la industria farmacéutica y se pueden administrar mediante catéteres para ayudar a disolver trombos con éxito: como en el infarto al corazón, embolia pulmonar, trombosis cerebral, y trombosis venosa de las extremidades.

En todos los casos la eficacia del tratamiento disminuye si el tiempo transcurrido entre el evento y el inicio de la administración del fármaco es mayor. En el caso de la trombosis venosa de las extremidades también se han obtenido mejores resultados si se inicia el tratamiento durante los primeros 14 días del episodio. Además, a estos tratamientos se les puede añadir otros mecanismos de destrucción mecánica y aspiración que pueden acelerar el proceso.

Estos tratamientos deben ser realizados en centros con experiencia debido a que requieren una valoración ajustada de su riesgo o beneficio, monitorización durante 24-48 horas y, por otro lado, en ocasiones se requieren tratamientos añadidos para mantener las venas abiertas como puede ser la colocación de un stent. Esto es un dispositivo cilíndrico que colocado dentro del vaso enfermo o comprimido, permite asegurar su apertura y mantener el flujo sanguíneo.



Detalle de stent venoso de 12 mm de diámetro.



Detalle de stent venoso de 12 mm de diámetro.

B.16

¿Existe alguna opción de tratamiento para volver a abrir las venas obstruidas?

La obstrucción venosa en el sector abdominal y pélvico puede ser tratada en casos seleccionados mediante dispositivos de trombectomía y colocación de stents. En los casos exitosos los resultados de mejoría son evidentes. Sin embargo, para asegurar el éxito de estos tratamientos a largo plazo, se requiere un seguimiento cercano y ajuste personalizado del tratamiento anticoagulante o antiagregante. Estos procedimientos deben ser realizados en sitios especializados y experimentados donde se aseguren todos los recursos de tratamiento, seguimiento y rescate de las posibles obstrucciones del *stent*.



C

**TENGO UNA
ÚLCERA VENOSA**

C.1

Tengo una úlcera venosa, ¿Por qué me ha salido?

Las úlceras venosas son secundarias a una alteración mantenida a lo largo de los años del sistema de retorno, es decir, del sistema responsable de devolver la sangre de las extremidades inferiores hacia el corazón y el pulmón. A dicha disfunción la llamamos insuficiencia venosa.

Existen múltiples causas que condicionan la aparición de insuficiencia venosa, pero la más frecuente (60-75%) es un defecto o inadecuado funcionamiento de las válvulas de las venas superficiales, lo que se manifiesta en forma de varices.

Otra causa importante de insuficiencia venosa, sería la presencia de obstrucción o trombo en el sistema de retorno. La trombosis venosa profunda, es una obstrucción del sistema venoso profundo por un trombo o coágulo y es responsable del 4-5% de las úlceras venosas. Se estima que, a los diez años de su diagnóstico, ocho de cada diez personas presentarán lesiones cutáneas pre-ulcerosas.



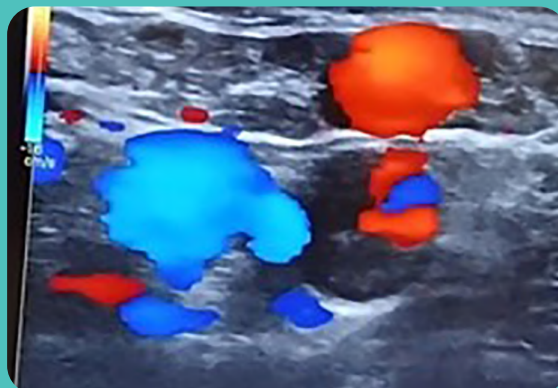
Ante la aparición de una úlcera de probable origen venoso, se ha de realizar un completo estudio arterial y venoso para descartar otros tipos de úlceras^{3,4} que también aparecen típicamente en las extremidades inferiores pero cuyo manejo es muy diferente (úlceras hipertensivas,^{5,6} Fig-4; úlceras isquémicas,^{7,8}; úlceras neuropáticas,^{9,10}.

C.2

Con mis varices, ¿me puede salir una úlcera?

No todas las personas que tienen varices en las extremidades inferiores acaban desarrollando una úlcera venosa.

La úlcera venosa es el estadio final de una insuficiencia venosa (ver apartado D.1.1). Por tanto, el objetivo fundamental del tratamiento de las varices es evitar que el tiempo y el mal funcionamiento de los vasos pequeños por debajo de la piel, acabe dando lugar a la aparición de lesiones en la piel principalmente del tobillo. Los signos iniciales de la úlcera venosa son: piel del tobillo estropeada, oscurecida o enrojecida y dolorosa. Todos esos signos habitualmente preceden a la aparición de la úlcera y es en esa piel dañada donde finalmente puede acabar abriéndose una herida, a veces de forma espontánea y otras veces tras un pequeño golpe. Cuando esa herida no cura, pasa a denominarse "herida crónica" (úlcera).



C.3

Tengo miedo de perder la pierna ¿qué debo hacer? ¿A quien debo acudir?

En primer lugar, es recomendable que el médico de atención primaria coordine lo antes posible, la valoración con el especialista en Angiología y Cirugía Vascular para garantizar una atención alineada con las mejores prácticas y guías clínicas, llevando a cabo el abordaje multidisciplinar que esta enfermedad requiere.

El Cirujano Vascular además de identificar y tratar el problema venoso subyacente (realizando entre otras exploraciones una ecografía doppler; Fig.1) descartará la existencia de otros problemas asociados (Fig.2), con la intención de conseguir una cicatrización más rápida de la úlcera y un menor riesgo de reaparición de esta.

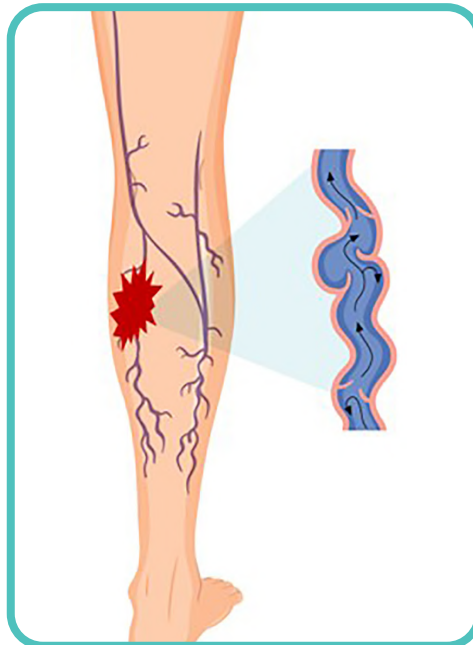


C.4

¿Puedo ponerme las medias elásticas con la úlcera? ¿No me empeora la circulación? ¿no me aprietan demasiado?

Ante una úlcera venosa lo mas importante es reducir la hinchazón mediante la aplicación de terapias de compresión, siempre que el especialista (Cirujano Vascular) haya confirmado que el principal problema radica en el funcionamiento inadecuado de las venas superficiales y sus válvulas y se haya descartado la presencia de otras enfermedades. A partir de ese momento, todas las demás intervenciones irán dirigidas a ayudar a la cicatrización (medicamentos, curas, ejercicios...) se pueden utilizar juntas con las medias elásticas.

Una vez se ha curado la úlcera, a largo plazo se debe considerar las medias elásticas para reducir el riesgo de recurrencia de la úlcera.



C.5

¿Qué hay que hacer para que se cierre la úlcera venosa? ¿es normal que tarde mucho tiempo en cerrarse?

El tratamiento de las úlceras venosas de la pierna se basa en evitar la causa que lo produce y en la terapia compresiva. Por lo tanto, es esencial tratar lo antes posible las varices que han originado la úlcera para conseguir la cicatrización. Si no podemos tratar la causa, la cicatrización es más complicada.

Es fundamental una terapia compresiva adecuada para cada paciente mediante vendajes o medias que realicen una compresión decreciente, desde tobillo hasta rodilla o muslo, para aumentar el retorno de sangre a través de las venas.

Las úlceras pueden resultar dolorosas o infectarse. Como promedio, las úlceras tardan de seis a nueve meses en cicatrizar. Sin embargo, algunas úlceras pueden tardar años en cicatrizar, y algunas pocas no lo hacen nunca. Una vez que las úlceras han cicatrizado, pueden volver a aparecer.

El tratamiento de las úlceras venosas de la pierna se basa en los siguientes principios:

- Tratamiento de la estasis venoso con reposo y terapia compresiva. Esto se consigue mediante la utilización de vendas o medias.





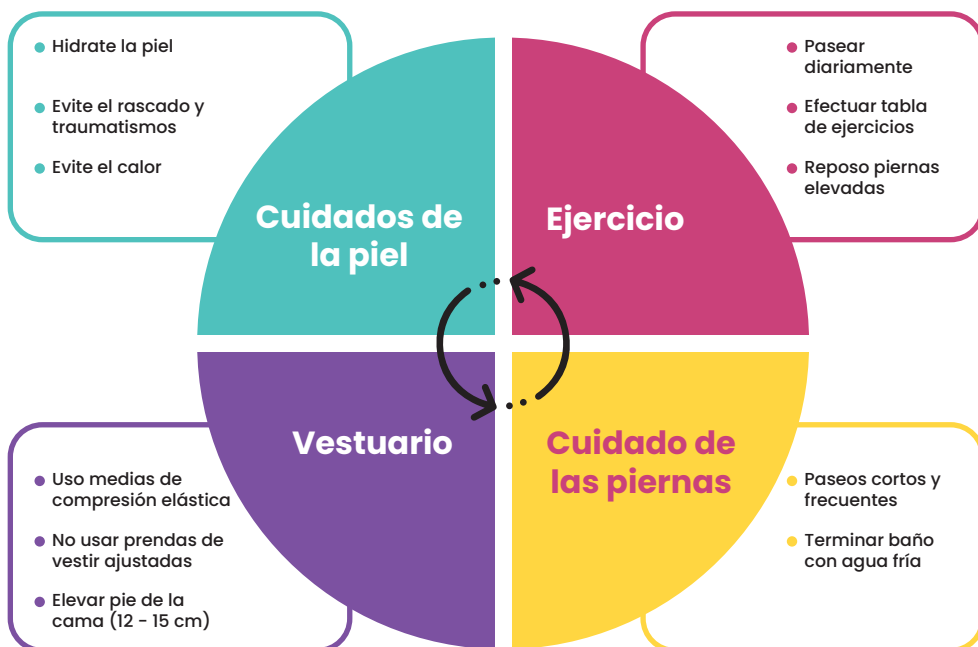
- Correcta limpieza e higiene de la úlcera, mediante diferentes tipos de soluciones de limpieza, como: suero fisiológico normal; agua; antisépticos (soluciones que detienen o ralentizan el crecimiento de microorganismos como las bacterias); detergentes (soluciones que eliminan las bacterias y la suciedad); o desinfectantes (soluciones como la lejía, que matan los microorganismos).
- Además es importante el control de la infección con antibioterapia sistémica, conforme con los resultados del cultivo y del antibiograma, guiado siempre por el médico que le atienda
- Cuando son dolorosas, se deberá añadir al tratamiento fármacos para control del dolor (analgésicos) que le prescribirá su médico
- En algunos casos puede estar indicado alguna técnica poco invasiva como la escleroterapia en microespuma para disminuir la hipertensión venosa. Si en su caso son útiles estas técnicas, el cirujano vascular que le atienda se lo indicará.



C.6

¿Qué puedo hacer para evitar que me salgan o vuelvan a salir úlceras venosas?

Nutrición y hábitos de vida saludables



Si no tratamos las varices que han originado la úlcera venosa es muy probable que esta vuelva a aparecer, por lo que es fundamental tratar la causa siempre que se pueda.

Además, conviene cuidar la piel de los tobillos e hidratarla diariamente, activar el retorno venoso mediante ejercicios y usar medias de compresión adaptadas a cada persona.

Nutrición y Hábitos de vida saludables

Cuidados de la piel:

- Hidrate la piel
- Evite el rascado y traumatismos
- Evite el calor

Ejercicio:

- Pasear diariamente
- Efectuar tabla de ejercicios
- Reposo piernas elevadas

Vestuario:

- Uso medias de compresión elástica
- No usar prendas de vestir ajustadas
- Elevar pie de la cama (12 - 15 cm)

Cuidado de las piernas:

- Paseos cortos y frecuentes
- Terminar baño con agua fría



D

**EL DOLOR
PÉLVICO**

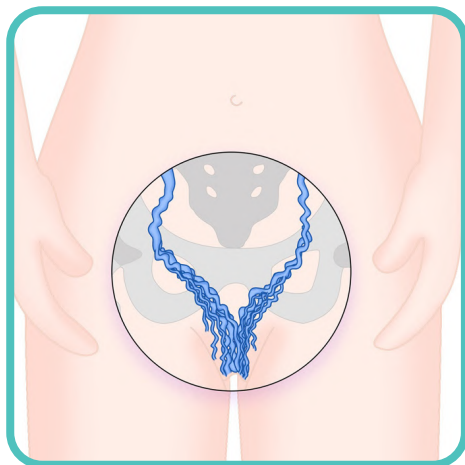
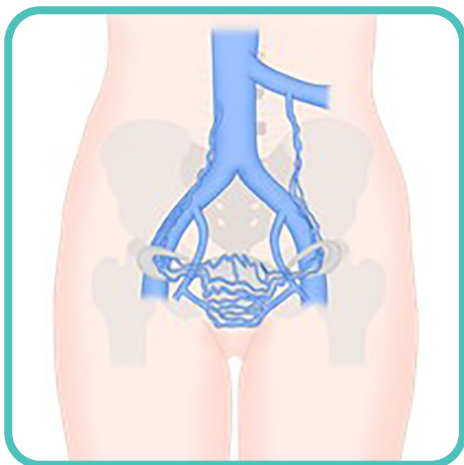
D1

¿Existen las varices dentro de la pelvis?

Las varices dentro de la pelvis son muy frecuentes en mujeres. Se estima que al menos un 15 % de las mujeres presentan varices pélvicas, aunque no todas presentan dolor. Hasta el 30% del dolor pélvico crónico es debido a la presencia de estas varices.

Son más frecuentes en mujeres con muchos hijos. Cuando da síntomas, estos se caracterizan por dolor pélvico o en la parte baja de la espalda, que aumenta con estar de pie de forma prolongada y con la actividad física, y disminuye con el reposo y en las primeras horas de la mañana. Además suele asociar dispareunia (dolor genital recurrente durante o después de las relaciones sexuales) y molestias urinarias.

Externamente se pueden manifestar con varices en la vulva o en raíz de muslos y en región glútea. Es una patología benigna aunque por sus síntomas puede mermar la calidad de vida de las pacientes.





D.2

Tengo dolor en la pelvis cuando paso muchas horas de pie, ¿por qué me pasa?

Existen muchas causas de dolor pélvico y en primer lugar se debe descartar una causa ginecológica o urinaria.

El dolor pélvico que aparece al estar de pie de forma mantenida, puede tener una causa vascular, concretamente varices pélvicas. El dolor se debe a que las varices situadas en el interior de la pelvis se rellenan más cuando se permanece mucho tiempo de pie, esto aumenta la presión y produce dolor.

Las varices se definen como venas dilatadas e incompetentes, es decir, venas que han perdido la capacidad de realizar el correcto retorno venoso de la sangre desde la zona pélvica hasta el corazón. Por ello, cualquier actividad o postura que aumente la presión en la pelvis o en el abdomen, como en nuestro ejemplo, pasar numerosas horas de pie, puede condicionar una mayor dilatación de las venas pélvicas y, en consecuencia, un aumento de la presión venosa (hipertensión venosa).



D.3

Tengo dolor en la pelvis después de las relaciones sexuales y me han dicho que es de la circulación, ¿es esto posible?

El dolor en la pelvis tras las relaciones sexuales también llamado dispareunia, es un síntoma que puede deberse a múltiples causas (enfermedad ginecológica, del aparato genitourinario ó gastrointestinal; así como a dolor óseo de la pelvis, ligamentos, músculos...).

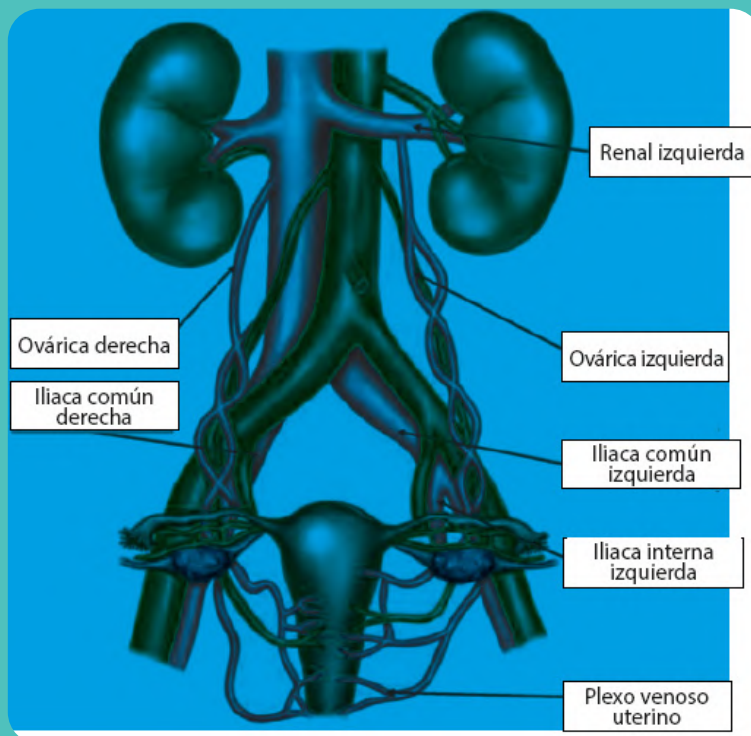
Una de las posibles causas es el síndrome de congestión venosa pélvica, que provoca dolor en la pelvis sobretudo en mujeres jóvenes de 20-40 años, premenopaúsicas y se relaciona con varices en la pelvis.

El dolor pélvico venoso es un dolor sordo que puede ser intermitente (a ratos) o continuo, focalizado en un lado del abdomen bajo o difuso por todo el abdomen, con pesadez en el bajo vientre, que a menudo empeora los días previos a la menstruación.

D. EL DOLOR PÉLVICO

El dolor aumenta cuando aumenta la presión dentro del abdomen y cuando aumenta la circulación en la pelvis, como sucede durante las relaciones sexuales (coito), la marcha, la posición de pie durante largo tiempo y levantar pesos. Disminuye el dolor al estar tumbada. Puede haber exceso de sangrado menstrual (menorragia) y/o dolor exagerado durante la menstruación (dismenorrea). Muchas veces existe irritación de la vejiga urinaria con sensación de urgencia para orinar o ganas de orinar constantes (polaquiuria).

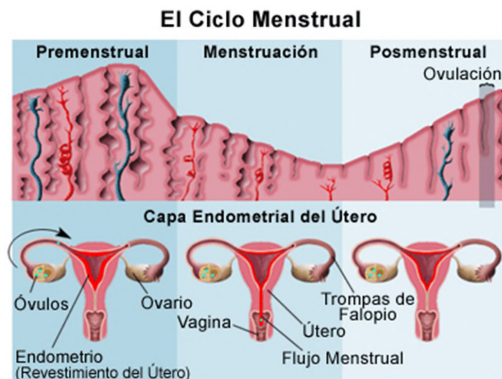
El dolor durante las relaciones sexuales (dispareunia) es muy común debido a dilatación de las venas de la pelvis; a veces puede quedar un dolor tras las mismas (postcoital) que puede durar horas o días y producir rechazo o miedo a las relaciones sexuales (disfunción sexual).



D.4

Tengo dolor en la pelvis de forma cotidiana, pero ¿por qué empeora durante la menstruación?

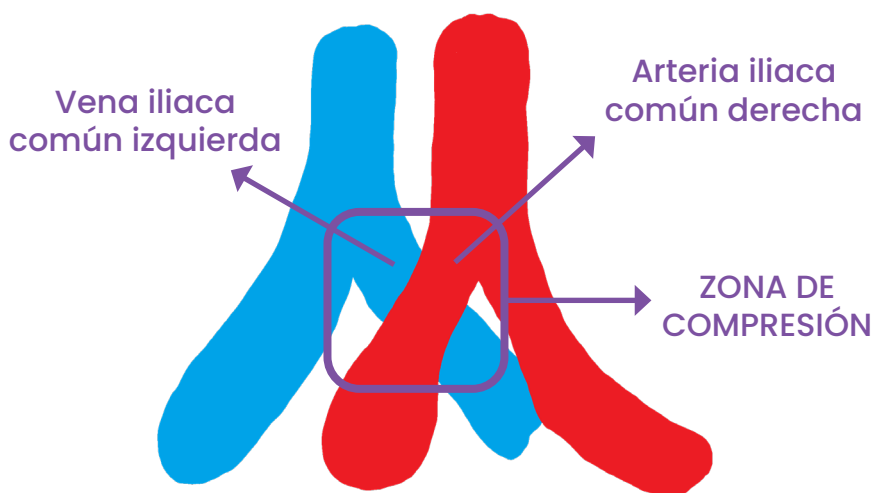
Las pacientes diagnosticadas de **Síndrome de Congestión Pélvica** suelen presentar dolor abdominal y pesadez en la zona pélvica que frecuentemente empeora unos días antes de la menstruación o, coincidiendo con ella. A este síntoma se le conoce como **dismenorrea** y está relacionado con los niveles de hormonas (estrógenos y progesterona) que circulan por la sangre en esta fase del ciclo menstrual. Estas hormonas participan en el fenómeno de vasodilatación de las venas y capilares de los órganos sexuales femeninos, sobre todo, en los días previos a la menstruación. Esta vasodilatación aumentará la hipertensión venosa dentro de las venas pélvicas dando lugar a una respuesta inflamatoria local y, con ello, a un aumento del dolor los días antes de la menstruación o durante la misma.



D.5

Me han dicho que tengo un síndrome de May-Thurner, ¿eso qué es?

El síndrome de May-Thurner es una de las causas por las que se pueden tener varices pélvicas. Se produce por la compresión de una gran vena a nivel pélvico (llamada vena iliaca común izquierda) por otro vaso gran vaso pélvico que le cruza por encima (en concreto, la arteria iliaca común derecha). La vena, al verse comprimida a lo largo de mucho tiempo, puede dañarse, dilatarse y dar lugar a síntomas o molestias, como por ejemplo: dolor, edema y presencia de varices en miembros inferiores (fundamentalmente en la pierna izquierda), frecuentemente asociado a síndrome de congestión pélvica (dolor pélvico crónico no cíclico), y hasta en un 18-49 % de pacientes puede provocar una trombosis venosa profunda del miembro inferior izquierdo.



OPCIONES DE TRATAMIENTO

D.6

¿Cuál es el tratamiento del dolor pélvico?

Si tiene dolor pélvico lo primero que hay que saber es cuál es la causa que lo produce. Se recomienda realizar ecografía abdominal y/o transvaginal como primera opción y se puede completar el estudio con otras pruebas de imagen del tipo TAC, Resonancia magnética o Venografía.

El tratamiento dependerá de cada caso, de cada causa y por eso el modo y tipo de tratamiento puede cambiar. Por ejemplo, uno de los tratamientos puede ser la embolización transcáteter percutánea de las venas ováricas y/o venas ilíacas internas. Pero este tratamiento debe ser indicado por especialistas, conocedores de esta enfermedad y experiencia para poder tratarla.

Una de las técnicas menos agresivas y más extendidas es la embolización transcáteter percutánea de las venas ováricas y/o venas ilíacas internas que consiste en sellar o cerrar esas venas mediante diversos materiales como: espirales, tapones o esclerosantes, etc. que se suelen combinar.



D.7

¿Hay algún medicamento que mejore esto?

Se puede aliviar el dolor con analgésicos habituales o tratamientos hormonales, pero si persisten los síntomas conviene tratar la causa mediante embolización de las varices pélvicas. Es importante que las pacientes eviten la automedicación y consulten con un médico.



D.8

Si me someto a tratamiento, ¿en qué consiste la embolización?

El tratamiento mediante embolización consiste en la oclusión, de las venas enfermas que muestran reflujo, es decir, cerrar o sellar las varices pélvicas.

El procedimiento consiste en introducir un catéter por una vena de la flexura del codo y bajo control con rayos X, se navega y se llega a las varices de la pelvis. Una vez allí, se posiciona un catéter por el que se inyecta una microespuma o unas espirales metálicas (llamados coils) con el fin de conseguir su oclusión.



D.9

¿Cuál es la probabilidad de que vuelva a tener el mismo dolor tras el tratamiento?

La embolización pélvica es el procedimiento estándar de esta patología. Se trata de la técnica más segura, efectiva, con pocas complicaciones y una rápida recuperación. Este tratamiento provoca una mejoría de los síntomas en el 83 % de las pacientes tras 4 años de seguimiento y una tasa de recurrencia del 32% tras el tratamiento.

D.10

Tras el tratamiento, ¿podré quedarme embarazada?

Tras el tratamiento de varices pélvicas, no existe prohibición para quedarse embarazada, aunque generalmente, se recomienda realizar el tratamiento quirúrgico una vez que la mujer haya finalizado su deseo de tener hijos, para tener menos riesgo de complicaciones y recidiva (reproducción de varices pélvicas).

Si se produce un nuevo embarazo en una paciente que ya ha sido tratada, existe riesgo de nueva aparición de varices pélvicas (recidiva), debido al aumento de las venas de la pelvis, por lo que, en algunos casos habría que repetir el tratamiento una vez finalizada la gestación.



EMBOLIZACIÓN DE VENA GONADAL IZQUIERDA CON COILS



E

**LAS MEDIAS DE
COMPRESION
ELÁSTICA**

UTILIDAD DE LAS MEDIAS ELÁSTICAS

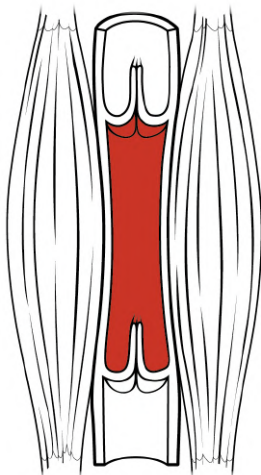
E.1

¿Por qué las medias mejoran mi circulación venosa?

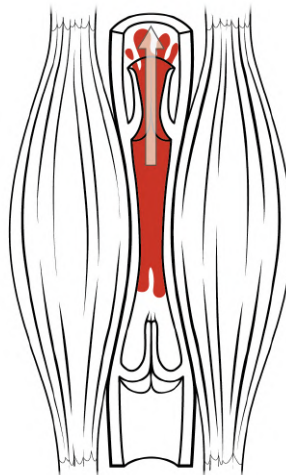
La sangre venosa circula desde los tejidos hacia el corazón. En las piernas es transportada a través de las venas profundas y las venas superficiales, siendo estas últimas las que se encuentran situadas inmediatamente debajo de la piel.

En la Enfermedad Venosa Crónica (EVC) las venas superficiales de los miembros inferiores “enferman”, siendo incapaces de realizar su función de retorno, lo que conduce a que se dilaten y se tornen tortuosas, convirtiéndose en varices. Las medias de compresión favorecen el funcionamiento de este sistema venoso al ejercer una presión externa continua, decreciente en sentido proximal (mayor presión a nivel de los pies y tobillos para ir disminuyendo progresivamente hacia el muslo y la ingle), lo que mejora el flujo de retorno hacia el corazón. Son uno de los pilares del tratamiento médico de las varices.

Músculos relajados
Válvulas cerradas



Músculos contraídos
Válvulas proximales abiertas



E.2

¿Cómo alivian las medias la pesadez de piernas?

Las molestias motivadas por la EVC incluyen, entre otros síntomas, pesadez, tirantez, picor e hinchazón. Estas molestias son más acusadas al final del día y especialmente si se está mucho tiempo de pie o con las piernas colgando, y mejoran con la elevación de las piernas y la movilización de la musculatura de la pantorrilla.

Estos síntomas se producen por una sobrecarga de presión debido al acúmulo de sangre venosa en las zonas más distales de las piernas.

Esta sobrecarga se puede producir tanto como por una mala función de las venas (pacientes que padecen EVC), así como por el fallo de los mecanismos que favorecen el retorno venoso (disminución del efecto de la bomba muscular de la pantorrilla) y/o por la imposibilidad de que estos mecanismos entren en acción (por ejemplo, cuando estamos parados de pie y estáticos durante mucho tiempo o en personas que padecen una parálisis muscular).

La aplicación de una presión externa decreciente como la que ejercen las medias de compresión facilita el “drenaje venoso” y disminuye el acúmulo de sangre en las zonas más bajas aliviando así las molestias relacionadas con este problema.

E.3

¿Cómo previenen las medias las complicaciones de las varices?

Las medias de compresión actúan evitando que se produzca la hinchazón o, una vez que se produce, la mejoran facilitando que el líquido regrese al interior de las venas. Previenen el desarrollo de úlceras o facilitan su curación al disminuir la presión en esas regiones más bajas de las piernas.

Otras veces las varices pueden sangrar (varicorragia). Este sangrado espontáneo o debido a un traumatismo local se produce en zonas de piel muy adelgazada que se sitúa sobre “perlas” varicosas muy superficiales. Las medias protegen la piel evitando el daño local (por golpes o rascado) y evitan el desarrollo de esos pequeños nódulos varicosos así como la fragilidad de la piel.



TIPOS DE MEDIAS ELÁSTICAS

E.4

¿Todas las medias son iguales?

No, al contrario, existen varios tipos de medias con funciones diferentes:

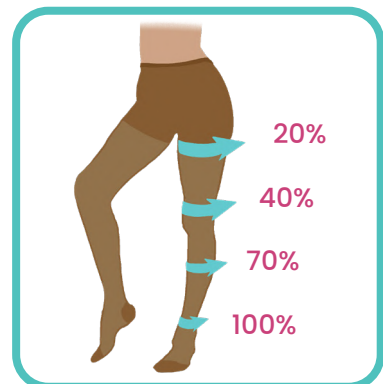
1. Medias, como prendas de vestir, que no tienen ninguna acción terapéutica.

- Medias “normales” para cubrir las piernas cuando se usan faldas o vestidos.
- Medias de descanso, que son medias como las anteriores, pero ejercen una ligera presión sobre las piernas, produciendo una sensación agradable, de descanso, pero no terapéutica.

2. Medias de compresión, que ejercen una clara función terapéutica en las piernas.

- Las medias antiembólicas son medias de compresión ligera, específicamente diseñadas para pacientes encamados.
- Las medias de compresión decreciente se utilizan para tratar la Enfermedad Venosa Crónica (EVC) y aliviar sus síntomas.

La terapia compresiva gradual ejerce una presión decreciente en la pierna, de forma que en el tobillo la compresión es mayor y decrece a medida que nos acercamos a la zona inguinal. Esta diferencia de compresión es la que facilita que la sangre ascienda de nuevo hasta el corazón, favoreciendo así el retorno venoso.



E.5

¿Puedo usar calcetín en vez de media tipo panty?

Depende del tipo de EVC, y sus características físicas. Estos parámetros nos indicarían qué tipo de compresión y longitud necesitaría utilizar. Dentro de cada tipo de compresión, hay diferentes longitudes:

1. Media corta hasta parte baja de la rodilla, A-D (también conocidas como calcetín).
2. Media hasta mitad del muslo, media larga A-F.
3. Media hasta la raíz del muslo, media larga A-G.
4. Medias hasta la cintura, también conocidas como Panty

Para optimizar la acción terapéutica de la compresión, se debería usar la media correcta en cuanto a compresión y longitud, pero dado que el mayor efecto de compresión ocurre por debajo de la rodilla (donde suelen localizarse los síntomas y las lesiones cutáneas), existen evidencias científicas sobre que, ante la dificultad o imposibilidad de usar medias de mayor longitud, el uso de una media corta o calcetín es más beneficioso que no usar ninguna.



E.6

¿Dónde puedo adquirir las medias elásticas?

Al ser un producto sanitario podemos adquirirlas con total garantía tanto en farmacias, como en ortopedias, siempre y cuando estén homologadas por la autoridad sanitaria, y el profesional que nos atienda en estos establecimientos nos mida las circunferencias de tobillo, pantorrilla, rodilla y muslo para darnos la talla adecuada a nuestras características físicas (que no tiene relación con las tallas estándares de las prendas de vestir, ni con el calzado).



E.7

¿Tiene que ser siempre de mucha compresión?

No necesariamente, aunque para un adecuado efecto terapéutico habría que usar la compresión adecuada al grado de EVC del paciente, que debe ser prescritas por un médico que conozca bien su historial médico.

Solo si, debido a las características físicas del paciente existe imposibilidad o no tolera una media de compresión adecuada al grado de enfermedad, puede usar una compresión menor a la necesaria, ya que hay evidencia de que siempre es mejor usar este tipo de media que no usar ninguna.

MEDIAS ELÁSTICAS PARA SITUACIONES ESPECIALES

E.8

¿Existen medias o sistemas de compresión para la úlcera?

Una compresión adecuada acelera la curación de la úlcera venosa (UV), mejora los síntomas y la calidad de vida, y previene la recidiva.

Existen varios tipos de compresión para poder tratar una úlcera, como:

- Vendajes: Tradicionalmente la compresión en la UV se ha realizado mediante una variedad de vendajes (no todos idóneos):
 - El vendaje ideal es un vendaje multicapa de baja elasticidad que mantiene su efecto varios días, con buena tolerancia incluso durante la noche. Son muy útiles al comienzo del tratamiento, cuando existe mucho edema y se precisan curas frecuentes de la herida, pero acaban siendo incómodos de mantener a lo largo del tratamiento (meses).
- Medias: Existen medias específicas para UV, que pueden ser colocadas por el propio paciente o acompañante. Son mejor toleradas cuando ya ha disminuido el edema(hinchazón) inicial. Se trata de unos “kits” que combinan:
 - Una media interior de menor presión (fácil de colocar y tolerar, por lo que se puede usar incluso por la noche, sirviendo de sujeción del apósito sobre la UV); y una media exterior, que aunque tiene mayor presión, se coloca con facilidad al deslizarse sobre la media interior. Esta media de mayor compresión, es peor tolerada en reposo por lo se debe retirar durante el reposo nocturno.
- Dispositivos ajustables: Están realizados en un material de baja elasticidad, y se adaptan a la pierna mediante unas solapas de velcro, que se van adaptando al diámetro de la pierna, ofreciendo una presión estandarizada según una escala. Son fáciles de colocar por el paciente o acompañante, y a diferencia de las medias se puede usar aunque exista edema.



E.9

¿Se debe usar medias de compresión durante el embarazo?

Sí, se ha demostrado que el uso continuado de algún tipo de compresión durante todo el embarazo no solo reduce los síntomas, sino también la incidencia de varices y la aparición de complicaciones.

Existen medias tipo panty especiales para embarazadas, El principal problema del uso de medias (y especialmente en el embarazo) es la baja tolerancia por la incomodidad de usar una media alta tipo panty (pese a que existen modelos adaptados), o una media hasta el muslo que no se sujeta bien. En estos casos la paciente puede obtener los mismos beneficios usando una media de menor longitud. En cuanto a la compresión, puede usarse una media de clase CCL2 (23-32 mmHg) o CCL1 (18-21 mmHg) según la tolerancia de la paciente.



E.10

¿Es útil usar medias de compresión durante el parto o la cesárea?

Sí, porque disminuyen el riesgo tromboembólico.

El parto y el posparto son períodos de riesgo trombótico alto debido a una situación fisiológica de hipercoagulabilidad para evitar el sangrado uterino. Por este motivo todas las guías obstétricas recomiendan profilaxis TEV, fundamentalmente farmacológica con heparina subcutánea, pero también con medidas físicas como movilización precoz y uso de compresión elástica.

Aunque en algunos centros se usan medias antiembolicas, en otros muchos casos no se usa ninguna compresión. Las pacientes deberían preguntar a su obstetra sobre esta cuestión, y si ya usan medias de compresión, pueden usarlas para el parto/cesárea, disminuyendo el riesgo tromboembólico.



E.11

Tengo una trombosis ¿es importante usar compresión?

Si, la compresión y la movilización precoz son las piedras angulares del tratamiento. Se ha demostrado que el uso de compresión:

- Alivia los síntomas.
- Disminuye el riesgo de EP.
- Previene la hinchazón crónica de la pierna en el contexto de un síndrome postrombótico.

En estos casos, como siempre, debería usarse la compresión mejor tolerada, que en la mayoría de casos suele ser una media hasta rodilla o medio muslo, de compresión CCL2 (23-32 mmHg) o CCL1 (18-21 mmHg), según la tolerancia de los pacientes.

E.12

Si tengo insuficiencia venosa... ¿debo usar una media o calcetín de compresión mientras realizo deporte?

La popularidad de las medias de compresión ha aumentado considerablemente entre los deportistas y cada vez se comercializan más medias de compresión para corredores, ciclistas,... En teoría el uso de calcetines de compresión durante el entrenamiento tiene como objetivo ayudar al músculo esquelético a bombear, aumentar la velocidad venosa profunda y/o disminuir la acumulación de sangre en las venas de la pantorrilla y aliviar las molestias musculares de aparición tardía.



En pacientes sin enfermedad venosa crónica (EVC) se le puede aconsejar usar un calcetín CCL1 (18-21 mmHg) para la práctica deportiva. Se ha demostrado su utilidad para prevenir la evolución de la enfermedad en pacientes con EVC, en cuyo caso deben usar un calcetín clase CCL2 (23-32 mmHg) o CCL1 (18-21 mmHg) según la tolerancia del paciente.



F

**TENGO
LINFEDEMA**

F.1

Me han dicho que tengo linfedema ¿qué es eso y por qué ocurre?

El linfedema se refiere a la inflamación de los tejidos causada por una acumulación de líquido rico en proteínas que generalmente se drena a través del sistema linfático del cuerpo. Afecta con mayor frecuencia los brazos o las piernas, pero también puede ocurrir en la pared torácica, el abdomen, el cuello y los genitales.

Los ganglios linfáticos son una parte importante de tu sistema linfático. El linfedema puede provocarse por tratamientos contra el cáncer que extirpan o dañan los ganglios linfáticos. Cualquier tipo de problema que bloquee el drenaje del líquido linfático puede causar linfedema. Los casos graves de linfedema pueden afectar la capacidad de mover la extremidad afectada, aumentar los riesgos de infecciones cutáneas y de septicemia, y pueden provocar cambios y degradación de la piel.



F.2

Estoy operado de un tumor hace muchos años, ¿puedo tener linfedema?

El linfedema puede aparecer en cualquier etapa después de la cirugía o de los tratamientos posteriores. Lo más frecuente es que, si lo hace, sea entre el primer y segundo año tras la cirugía. Los factores de riesgo más importantes son el número de ganglios extirpados, la radioterapia y la obesidad. En ocasiones puede desarrollarse hasta 10 o 20 años después, esto casi nunca significa que haya una recidiva del tumor, sencillamente los vasos que quedaban se han ido deteriorando y ya no tienen capacidad de transporte. Pero no hay que asustarse, el linfedema tiene tratamiento sea cual sea el momento en el que aparezca. Un tratamiento precoz puede hacer que sea reversible y no haya diferencia visible de volumen.



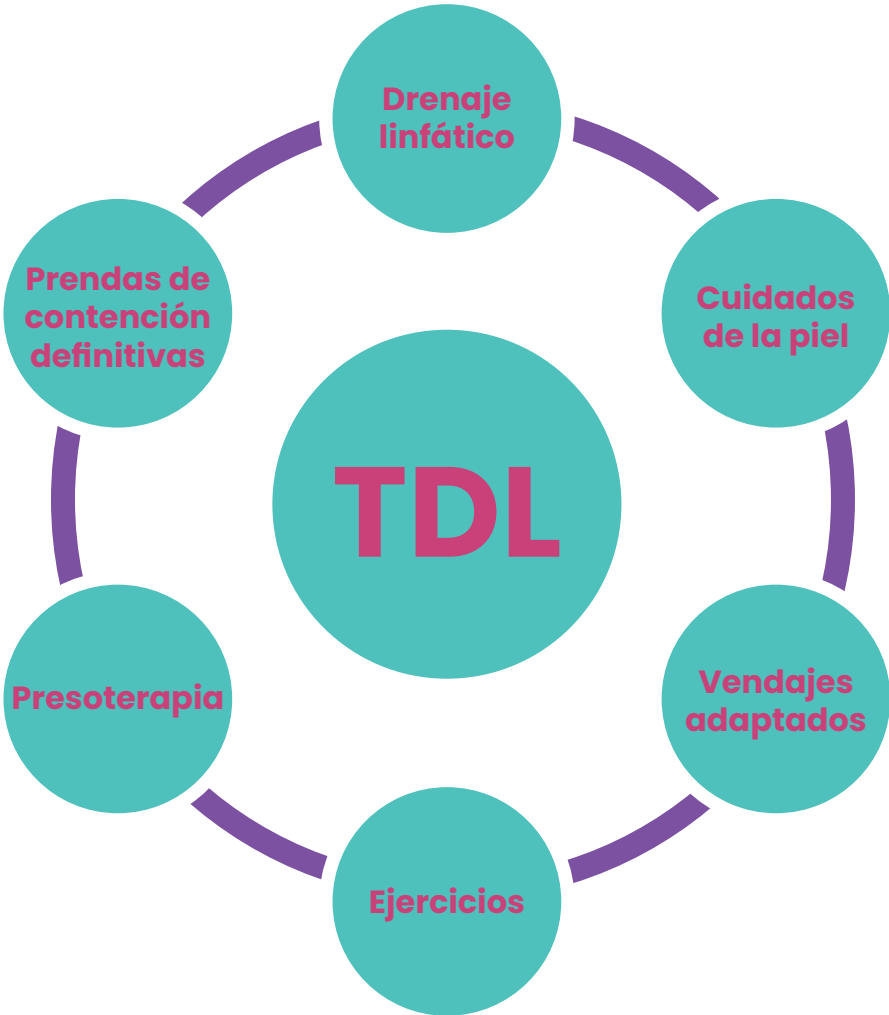
F.3

El linfedema... ¿tiene cura?

El linfedema es un problema crónico, que no tiene cura, pero siempre tiene tratamiento, aunque haga muchos años que se padezca. Según los consensos internacionales de las sociedades científicas de linfedema lo más aconsejable es la Terapia Descongestiva del Linfedema (TDL) que incluye entre las principales terapias: el drenaje linfático manual, la terapia de compresión con vendajes o prendas de compresión, cuidados de la piel y ejercicio. Es muy importante la adhesión del paciente al tratamiento para obtener los mejores resultados y mantenerlos en el tiempo.

Normalmente se realiza un tratamiento de choque de varias semanas dependiendo de la consistencia y volumen del linfedema y después continuará con sesiones de mantenimiento cuya frecuencia dependerá la evolución de cada paciente.

Opciones de tratamiento



BIBLIOGRAFÍA

1. Lurie F, Passman M, Meisner M, Dalsing M, Masuda E, Welch H, et al. The 2020 update of the CEAP classification system and reporting standards. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord* 2020;8: 342–52.
2. Marianne G. De Maeseneer, Stavros K. Kakkos, Thomas Aherne, Niels Baekgaard et al.; European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 Clinical Practice Guidelines on the Management of Chronic Venous Disease of the Lower Limbs. *Eur J Vasc Endovasc Surg* (2022) 63, 184–267.
3. Nicolaides A, Kakkos S, Baekgaard N, et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines According to Scientific Evidence. Part I. *Int Angiol*. 2018;37(3):181–254. doi:10.23736/S0392-9590.18.03999-8.
4. Whing J, Nandhra S, Nesbitt C, Stansby G. Interventions for great saphenous vein incompetence. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;8:CD005624.
5. Gloviczki P, Comerota AJ, Dalsing MC, Eklof BG, Gillespie DL, Gloviczki ML, Lohr JM, McLafferty RB, Meissner MH, Murad MH, Padberg FT, Pappas PJ, Passman MA, Raffetto JD, Vasquez MA, Wakefield TW; The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. *Society for Vascular Surgery; American Venous Forum. J Vasc Surg*. 2011; 53 (5 Suppl):2S–48S.
6. Farah MH, Nayfeh T, Urtecho M, Hasan B, Amin M, Sen I, Wang Z, Prokop LJ, Lawrence PF, Gloviczki P, Murad MH A systematic review supporting the Society for Vascular Surgery, the American Venous Forum, and the American Vein and Lymphatic Society guidelines on the management of varicose veins. *Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2022; 10:1155– 71.
7. Kearon C, Akl E, Comerota A, Prandoni P, Bounameaux H, Goldhaber S, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9 th ed: American College of Chest Physicians. Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2012;141: e419S–94S.
8. Kakkos SK, Gohel M, Baekgaard N, Bauersachs R, Bellmunt-Montoya S, Black SA, et al. Editor's Choice – European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2021 Clinical Practice Guidelines on the Management of Venous Thrombosis. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2021 Jan;61(1):9–82.
9. Frías Vargas M., García Vallejo O., Vázquez Gómez M., et al. Documento de consenso e la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria y Capítulo Español de Flebología y Linfología de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular: trombosis venosa superficial de los miembros inferiores en Atención Primaria. *Semergen* 2019;45(3):187–196.
10. Duffett L, Kearon C, Rodger M, Carrier M. Treatment of Superficial Vein Thrombosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Thromb Haemost*. 2019;119(3):479–489.
11. Di Nisio M, Wichers IM, Middeldorp S. Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;2(2):CD004982.

12. Broderick C, Watson L, Armon MP. Thrombolytic strategies versus standard anticoagulation for acute deep vein thrombosis of the lower limb. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021, Issue 1. Art. No.: CD002783. DOI: 10.1002/14651858.CD002783.pub5.
13. Weller CD, Team V, Ivory JD, Crawford K, Gethin G. ABPI reporting and compression recommendations in global clinical practice guidelines on venous leg ulcer management: A scoping review. *Int Wound J*. 2019 Apr;16(2):406-419. doi: 10.1111/iwj.13048. Epub 2018 Nov 28. Erratum in: *Int Wound J*. 2019 Aug;16(4):1074. PMID: 30485668; PMCID: PMC7949354.
14. Documento de Consenso: Conferencia Nacional sobre las úlceras de la extremidad inferior (C.O.N.U.E.I.) 2018. Disponible en: <https://www.ulceras.net/publicaciones/conuei2018aeevh.pdf>.
15. Antignani PL, Lazarashvili Z, Monedero JL, Ezpeleta SZ, Whiteley MS, Khilnani NM, Meissner MH, Wittens CH, Kurstjens RL, Belova L, Bokuchava M, Elakashishi WT, Jeanneret-Gris C, Geroulakos G, Giancesini S, de Graaf R, Krzanowski M, Al Tarazi L, Tessari L, Wikkeling M. Diagnosis and treatment of pelvic congestion syndrome: UIP consensus document. *Int Angiol*. 2019 Aug;38(4):265-283. doi: 10.23736/S0392-9590.19.04237-8.
16. O'Meara S, Cullum N, Nelson EA, Dumville JC. Compression for venous leg ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 11. DOI: 10.1002/14651858.CD000265.pub3.
17. Armstrong DG, Meyr AJ. Compression therapy for the treatment of chronic venous insufficiency. [Internet]. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. Diciembre 2018. [consultado 30/1/2019].
18. Shi C, Dumville JC, Cullum N, Connaughton E, Norman G. Compression bandages or stockings versus no compression for treating venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Jul 26;7(7):CD013397. doi: 10.1002/14651858.CD013397.pub2. PMID: 34308565; PMCID: PMC8407020.
19. Guía de Práctica Clínica de Orientación Diagnóstica y Terapéutica del Linfedema. del Capítulo Español de Flebología y Linfología/SERMEF Coordinadores: Puigdemívil Serafí, Alonso Álvarez B. /Editores Médicos. ISBN: 978-84-697-4329-4. Depósito legal: M-15805-2017. http://www.capitulodeflebologia.org/wp-content/uploads/2020/06/Guia-linfedema-segunda-edicion-final-2017_439.pdf.
20. Executive Committee of the International Society of Lymphology. The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2020 Consensus Document of the International Society of Lymphology. *Lymphology*. 2020;53(1):3-19. PMID: 32521126.
21. No hacer en patología venosa del Cefyl. <http://www.capitulodeflebologia.org/pdf/NO-HACER-en-patalogia-venosa.pdf>.
22. Manual de escleroterapia del CEFyL. <http://www.capitulodeflebologia.org/pdf/Manual-de-Escleroterapia.pdf>.
23. Guía de Enfermedad Tromboembólica del CEFyL. <http://www.capitulodeflebologia.org/pdf/Guia-de-Enfermedad-Tromboembolica-Venosa.pdf>.
24. Guía de Enfermedad Venosa Crónica del CEFyL. http://www.capitulodeflebologia.org/wp-content/uploads/2020/06/Guias-Practica-Clinica-Enfermedad-Venosa-Cronica_431.pdf.

ÍNDICE DE AUTORES

COORDINADORES DE GRUPOS DE TRABAJO

Dr. Carles Miquel Abbad

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular
Centro Cardiomedix. Barcelona.

Dr. Luis Leiva Hernando

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular
Jefe Sección Angiología y C. Vascular
Hospitales Vithas. Madrid.

Dra. M^a Eugenia Pillado Rodríguez

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular
Clínica Universidad de Navarra. Madrid.

Dr. Luis de Benito Fernández

Jefe de Servicio de Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Universitario de Alcorcón. Madrid.

Dr. Ignacio Sánchez Nevárez

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular.
Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Dr. Josep Marinell i Roura

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular.
Profesor Asociado Acreditado Universidad Pompeu i Fabra. TCMM. Investigador Emérito – Hospital de Mataró.

Dr. Pablo Gallo González

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular.
Jefe de Servicio de Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Ruber Internacional de Madrid.

Dra. Dolores Ballesteros Ortega

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Universitario de Albacete.

Dr. Germán Morales Cuenca

Especialista en Cirugía General. Master en Flebología y Linfología. Clínica VARIC.ES.
Hospital de Molina. Murcia.

Dra. Paloma Domingo García

Fisioterapeuta. Directora Centro
Vodder de Fisioterapia. Madrid.

MIEMBROS DE GRUPOS DE TRABAJO

Dr. August Corominas Macías

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona.

Dra. María Inmaculada Flórez Álvarez

Especialista en Cirugía Cardiovascular
Centro Medico de Asturias. Oviedo.

Dr. José Luis Monfort Lardies

Médico Estético. Unidad de Flebología
Servicio de Cirugía Centro Medico Amara. Donostia-San Sebastian.

Dr. Hugo Navas Farfán

Especialista en Cirugía y Flebología.
Presidente de la Sociedad Venezolana de Flebología.
Hospital Clínicas Caracas. Venezuela.

Dra. Agnieszka Nowak Tarnawska

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Central Cruz Roja. Madrid.

Dra. Paulina Pérez Ramírez

Angiología y Cirugía Vascular.
Centro Médico Teknon, Barcelona.
Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona.

Dr. Efrem Gomez Jabalera

Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Nostra Senyora de Meritxell, Andorra.

Dra. Marta Garnica Ureña

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Ruber Internacional. Madrid.

Dra. Ana Cristina Marzo Álvarez

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular.
Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Dra. Ángeles Menéndez Herrero

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular.
Hospital Central de Asturias. Oviedo.

MIEMBROS DE GRUPOS DE TRABAJO

Dr. Javier Rodríguez Padilla

Angiología y Cirugía Vascular.
Hospital Universitario Severo Ochoa.

Dra. Silvia Maqueda Ara

Instituto Genève
Gijón.

Dr. Justo Miguel Alcolea López

Medicina Estética. Clínica Alcolea.
Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Dr. Carlos Barrio Rodríguez

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular.
Hospital Central Cruz Roja. Madrid.

Dr. Ana M^a Hospido Masip

Medicina Estética. Clínica Hospido. Gijón.

Dra. M Noelia Alonso Gómez

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular.
Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid.

Dr. Javier Beltrán Ramón

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular.
Hospital Universitario Sagrado Corazón. Barcelona.

Dr. Borja Castejón Navarro

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular.
Hospital Ruber Internacional. Madrid.

Dr. Manuel Frías Vargas

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Salud Comillas. Madrid.

Dra. Teresa Solanich Valldaura

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular.
Hospital Universitario Parc Tauli. Sabadell. Barcelona.

Dra. M^a Antònia Bonany Pagès

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Master en Flebología y Linfología.
Centro Atención Primaria Ernest Lluch. Figueres. Girona.

Dra. M^a Isabel Lara Guerrero

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Dr. Esaú Martínez Ruiz

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular.
Jefe de Servicio del Hospital de Mataró,
Consortio Sanitario del Maresme. Barcelona.

Dr. Raúl Lara Hernández

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular.
Profesor Asociado Universitat de les Illes Balears.
Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca.

Dr. Fernando Gallardo Pedrajas

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular.
Hospital Quironsalud. Málaga.

Dr. María Belén García Martínez

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular.
Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo. Pontevedra.

Dr. José Ángel López-Lendoiro Rodríguez

Máster en Flebología y Linfología.
Práctica Privada. Santander. Cantabria.

Dr. Fernando Abadía Sánchez

Medicina Vascular y Angiología por la Universidad de Montpellier.
Clínica VARIC.ES. Hospital de Molina. Murcia.

Dra. Teresa Hernández Carbonell

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular.
Hospital Quirón Salud Marbella. Málaga.

JUNTA DIRECTIVA

Dr. Rodrigo Rial Horcajo

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Universitario HM Torrelodones.

Dra. M^a Victoria Arcediano Sánchez

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular
Hospital General de Granollers, Barcelona.

Dr. Agustín Arroyo Bielsa

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular
Jefe de Servicio de Vithas Madrid, Arturo Soria y Quironsalud Valle del Henares.
Director de Medivás Estudios Vasculares y Clínica Medivás, Madrid.

Dra. Estrella Blanco Cañibano

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Universitario de Guadalajara.

Dra. Cristina Feijoo Cano

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Viamed Montecanal, Zaragoza.

Dra. Cristina López Espada

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Dra. Marina López Sanmartín

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular
Hospital General de Navarra.

Dra. María Luisa Robles

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Quirónsalud Málaga y Marbella.

Dr. Antonio Romera Villegas

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona.

Dr. Joaquín de Haro Miralles

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Dr. Guillermo Moñux Ducajú

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Universitario HM Torrelodones.

Dr. Andrés García León

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Nuestra Señora de Valme, Sevilla.

Dr. Francisco Álvarez Marcos

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Universitario Central de Asturias.

Dr. Antonio Martín Conejero

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Clínico San Carlos.

Dra. Laura Rodríguez Lorenzo

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Universitario Parc Taulí.

Dr. Enrique M. San Norberto García

Especialista en Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España.

