

# 4 Varices

## Introducción

Las varices son dilataciones, alargamientos y tortuosidades permanentes del sistema venoso superficial, que se localizan sobre todo en los miembros inferiores y aparecen en el contexto de una insuficiencia venosa crónica (IVC). En la actualidad, constituyen un importante

problema de salud, ya que se calcula que afectan al 20-30 % de la población adulta y al 50 % de los mayores de 50 años, con importantes repercusiones sociosanitarias. Numerosos autores coinciden en que son más frecuentes en mujeres, en una proporción de 5:1.

## Factores de riesgo

Cabe destacar la edad, la multiparidad, la bipedestación prolongada, la herencia, el género femenino, la exposición al calor, el estreñimiento, las compresiones locales (por

prendas ajustadas, vendajes, medias, etc.), el tratamiento hormonal, los anticonceptivos, los traumatismos, las alteraciones de la estática plantar, etc. (tabla 1).

**TABLA 1.** Factores de riesgo de IVC en el estudio DTECT-IVC

Hombre	Mujer
Vida sedentaria (33,7 %)	Embarazo (67 %)
Sobrepeso (29,2 %)	Vida sedentaria (50,4 %)
Antecedentes familiares (28,5 %)	Antecedentes familiares (44,5 %)
Profesión de riesgo (18,7 %)	Sobrepeso (42 %)

El 19 % no presenta ningún factor de riesgo

## Clasificación

La clasificación más completa y utilizada actualmente es la CEAP (Clínica, Anatómica, Etiológica y Fisiopatológica) propuesta por el International Consensus Committee on Venous Disease para homogeneizar valora-

ciones y unificar criterios (tabla 2). El médico de atención primaria debe conocerla y aplicarla, aunque, por la disponibilidad de tiempo, en la práctica sólo se utiliza la clasificación clínica (C).

**TABLA 2.** Clasificación CEAP (resumida)

(C) **Clínica:** asintomático (A) o sintomático (S):

Clase 0: sin signos visibles ni palpables de enfermedad venosa

Clase 1: telangiectasias o venas reticulares

Clase 2: varices

Clase 3: edema

Clase 4: cambios cutáneos propios de la IVC (pigmentación, lipodermatoesclerosis, eczema)

Clase 5: cambios cutáneos con úlcera activa

### (E) Etiología

Ec: congénita

Ep: primaria

Es: secundaria de etiología conocida (secuela postrombótica o postraumática)

(A) **Anatomía:** muestra localización de la IVC y sus correspondientes divisiones

As: venas del sistema superficial

Ad: venas del sistema profundo

Ap: venas perforantes

### (P) Fisiopatología

Pr: reflujo

Po: obstrucción

Pro: reflujo y obstrucción

IVC: insuficiencia venosa crónica.

### 1. Puntuación clínica

*Dolor:* 0, ninguno; 1, moderado no necesita analgesia; 2, grave, necesita analgesia

*Edema:* 0, no; 1, moderada; 2, grave

*Claudicación venosa:* 0, no; 1, moderada; 2, grave

*Hiperpigmentación:* 0, no; 1, localizada; 3, extensa

*Lipodermatoesclerosis:* 0, no; 1, localizada; 2, extensa

*Tamaño de la úlcera:* 0, no; 1, < 2 cm de diámetro; 2, > 2 cm

*Duración de la úlcera:* 0, no; 1, < de 3 meses; 2, > 3 meses

*Recurrencia de la úlcera:* 0, no; 1, una vez; 2, más de una vez

*Número de úlceras:* 0, ninguna; 1, una; 2, múltiples

### 2. Puntuación del grado de incapacidad

0: asintomático

1: sintomático, puede desarrollar su actividad sin soporte elástico

2: puede trabajar 8 horas diarias sin soporte elástico

3: no puede trabajar sin soporte elástico

## Clínica

Las varices presuponen la existencia de una IVC que se manifiesta con uno o varios de los siguientes síntomas:

- Pesadez de piernas, prurito, calambres musculares, parestesias y edemas.
- Lesiones dérmicas: dermatitis eccematosa, dermatitis ocre, atrofia blanca, lipodema.

La gravedad de estos síntomas no se relaciona con el tamaño ni la extensión de las varices, pudiendo aparecer con frecuencia en sujetos sin patología venosa. Mejoran con el decúbito y el frío, empeoran con el ortostatismo prolongado y en las épocas de intenso calor, y pueden intensificarse en las mujeres por el embarazo, la menstruación, los anticonceptivos

orales o el tratamiento hormonal sustitutivo (tabla 3).

**TABLA 3.** Manifestaciones clínicas de la insuficiencia venosa crónica en el estudio DETECT-IVC

Hombre	Mujer
Pesadez (29,1 %)	Pesadez (59,8 %)
Calambres (22,54 %)	Varículas (58,2 %)
Varículas (21,6 %)	Calambres (40 %)
Parestesias (18,2 %)	Edema vespertino (37,6 %)
Dolor (18,1 %)	Dolor (29,7 %)

- El 68,6 % refirió algún signo o síntoma de IVC, siendo más frecuentes en mujeres (80,2 %)
- A partir de los 45 años, el más frecuente fue la pesadez de piernas en ambos sexos
- Al aumentar la edad, se incrementa la clínica de la IVC

## Diagnóstico

La anamnesis y la exploración detalladas son suficientes para establecer el diagnóstico del síndrome varicoso.

Se apoya en tres técnicas básicas:

— Valorar la localización y extensión de las varices (fig. 1).

- Eco-Doppler: es la prueba de imagen estándar que permite valorar diámetros, permeabilidad, grosores, estado valvular y presencia de trombos en la luz venosa.
- Índice tobillo/brazo (ITB): está recomendado para descartar afectación arterial (si su valor es inferior a 0,9 el tratamiento compresivo está contraindicado).

## Complicaciones

Con la progresión de la enfermedad, pueden aparecer complicaciones, que indican la existencia de un estadio avanzado del proceso.

### COMPLICACIONES CUTÁNEAS

- Eccema varicoso. Se localiza con frecuencia en los tercios inferiores de las piernas.
- Hipodermatitis. Localizada en las zonas supramaleolares. Son zonas despigmentadas propias de la atrofia del tejido conjuntivo laxo.
- Dermatitis ocre. Zonas hiperpigmentadas por depósitos de hemosiderina.
- Celulitis. Suele asociarse a alteraciones endocrinas.
- Úlcera venosa. Se trata en otro capítulo específico de esta monografía

### COMPLICACIONES VASCULARES

- Varicoflebitis y tromboflebitis superficial. Inflamación de una vena varicosa del sistema venoso superficial, con trombo o sin él, que se reconoce fácilmente por la presencia de dolor intenso, enrojecimiento y endurecimiento local. La evolución suele ser benigna, excepto en los casos en que se encuentra en los puntos de unión del sistema venoso superficial (SVS) con el sistema venoso profundo (SVP) por el riesgo potencial de que se produzca una trombosis venosa profun-

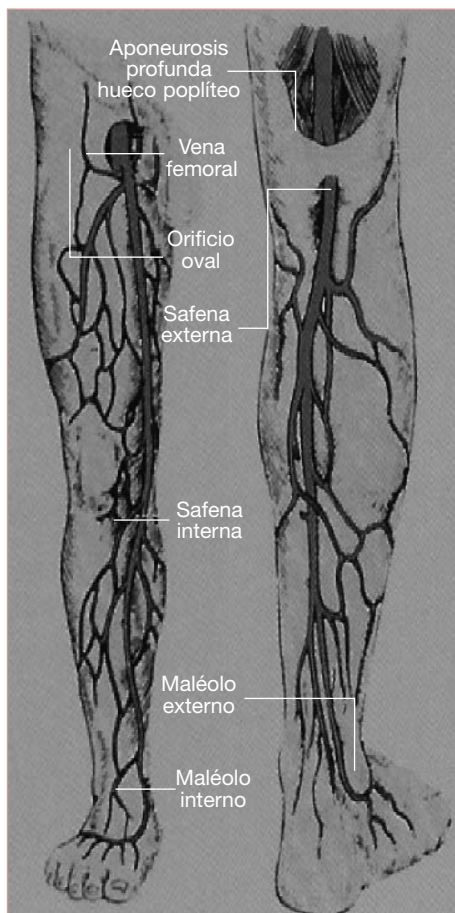


FIGURA 1. Sistema venoso superficial de las extremidades inferiores.

da (TVP). En estos casos, la realización de un eco-Doppler es obligatoria.

- Varicorrágia. Rotura de una vena varicosa hacia el exterior de forma espontánea o tras un traumatismo. Cursa de forma indolora y con frecuencia se

asienta sobre lesiones preulcerosas, que se reconocen por su aspecto puntiforme y azulado. La rotura puede ser interna, bajo la piel, como consecuencia de un traumatismo o de forma espontánea.

## Diagnóstico diferencial

Se realiza en función de las manifestaciones más frecuentes de las varices:

- Dolor: hay que diferenciar entre el dolor de origen venoso y el de otras etiologías, sobre todo el osteomuscular (tabla 4).
- Edema: puede ser debido a un proceso local o sistémico; conviene investigar la presencia de lesiones renales, cardíacas, hepáticas, desnutrición, etc. Como proceso local, debe hacerse el diagnóstico diferencial con el linfedema (tabla 5).
- Varices: se planteará el diagnóstico diferencial con el síndrome postrombótico y las angiodisplasias o fístulas arteriovenosas (tabla 6).

También es importante diferenciar el proceso varicoso de otras enfermedades vasculares (tabla 7).

**TABLA 4.** Características diferenciales entre el dolor venoso y el dolor ortopédico

Dolor venoso	Dolor ortopédico
Difuso	Localizado
Sordo	Agudo
Variable en el tiempo	Constante
Aumenta durante el día	Aumenta durante el día
Aumenta en bipedestación	Aumenta en bipedestación
Aumenta al sentarse	Mejora al sentarse
Aumenta con el calor	No varía con el calor
Disminuye con el frío	Empeora con el frío
Disminuye en la cama	No disminuye mucho en la cama
Disminuye al elevar las EE.II.	No disminuye al elevar las EE.II.
Disminuye al caminar	Empeora al caminar

**TABLA 5.** Características diferenciales de los edemas

	Características	Intensidad	Localización	Inicio
Cardíaco	Liso, blando, con fovea, los crónicos	Según gravedad del fallo	EE.II. Efecto gravedad	Zonas distales corazón
Linfático	Blanco, duro, sin fovea	Variable	Según zona afectada	Distal a obstrucción
Inflamatorio	Eritema doloroso Edema periférico	Variable	Cualquiera	Alrededor del foco inflamatorio
Nefrótico	Liso, blando, con fovea	Progresión rápida, gran tamaño	Tejido laxos y cavidades	Párpados, maléolos, manos, pies
Nefrítico	Blando	Pequeños	Tejidos laxos	Párpados, maléolos
Venoso	Blando, azul	Según compromiso vascular	Según zona afectada	Distales a la obstrucción

**TABLA 6.** Diagnóstico diferencial de las varices

Varices esenciales	Varices posflebiticas	Fístula arteriovenosa
Uni o bilaterales	Unilaterales	Unilaterales
Aparecen tras la pubertad o gestación	Aparecen tras una trombosis	Aparición temprana en la infancia
Antecedentes familiares	Sin antecedentes familiares	Frecuentes antecedentes familiares
Curso troncular	Curso irregular	Curso irregular
No tienden a ulceración	Tendencia a ulcerarse	Úlceras de evolución tórpida y tendencia a varicorragia
Pruebas de colapso demostrativas	Pruebas de colapso no demostrativas	Pruebas de colapso no demostrativas

**TABLA 7.** Diagnóstico diferencial entre procesos vasculares

Enfermedad	Dolor	Edema	Antecedentes	Explicación física	Explicación complementaria
Trombosis venosa profunda	Dolor agudo, empeora con el movimiento	Edema en pantorrilla o muslo. Blando al principio, con fóvea	Factor de riesgo de ETV	Edema Dolor palpación Empastamiento muscular Hipertermia cutánea	Eco-Doppler Dímero
IVC	Pesadez Aumenta en bipedestación Parestesias Calambres	Edema maleolar No al levantarse Uni o bilateral Deja fóvea Mejora con elevación	Esencial Familiar Trombosis venosa Congénitos	Edema blando Varices, dermatitis Úlceras	Eco-Doppler
Linfedema primario	Rizomiélico	No se reduce en decúbito Presente al levantarse Unilateral	Esencial Familiar Congénito	Consistencia dura Piel de naranja	Linfografía
Linfedema secundario	Rizomiélico	No se reduce en decúbito Presente al levantarse Unilateral	Erisipela. Infección Cirugía. Radiación Trauma, trayecto linfático. Neoplasias	Consistencia dura Piel de naranja	Linfografía
Isquemia arterial	Aumenta al caminar Cede al detenerse Unilateral	Pantorrilla	Tabaco HTA Diabetes	Ausencia de pulsos Lesiones tróficas Frialdad	Doppler

## Tratamiento

### TRATAMIENTO GENERAL

#### Medidas higiénico-dietéticas

- Evitar la obesidad.
- No permanecer en bipedestación o sedestación prolongadas.
- Corregir el estreñimiento.
- Llevar un calzado adaptado a la estructura y dinámica del pie.
- Elevar los pies situándolos por encima del nivel del corazón aproximadamente durante unos 15-30 minutos varias veces al día.
- Evitar la exposición al calor. Utilizar duchas frías en la extremidad.
- Vestir con holgura, evitar las compresiones.
- Andar como mínimo 30 minutos todos los días.
- Practicar deportes como la bicicleta, la natación o la marcha.
- Ejercicios antiestasis (fig. 2).
- Mantener la piel hidratada.

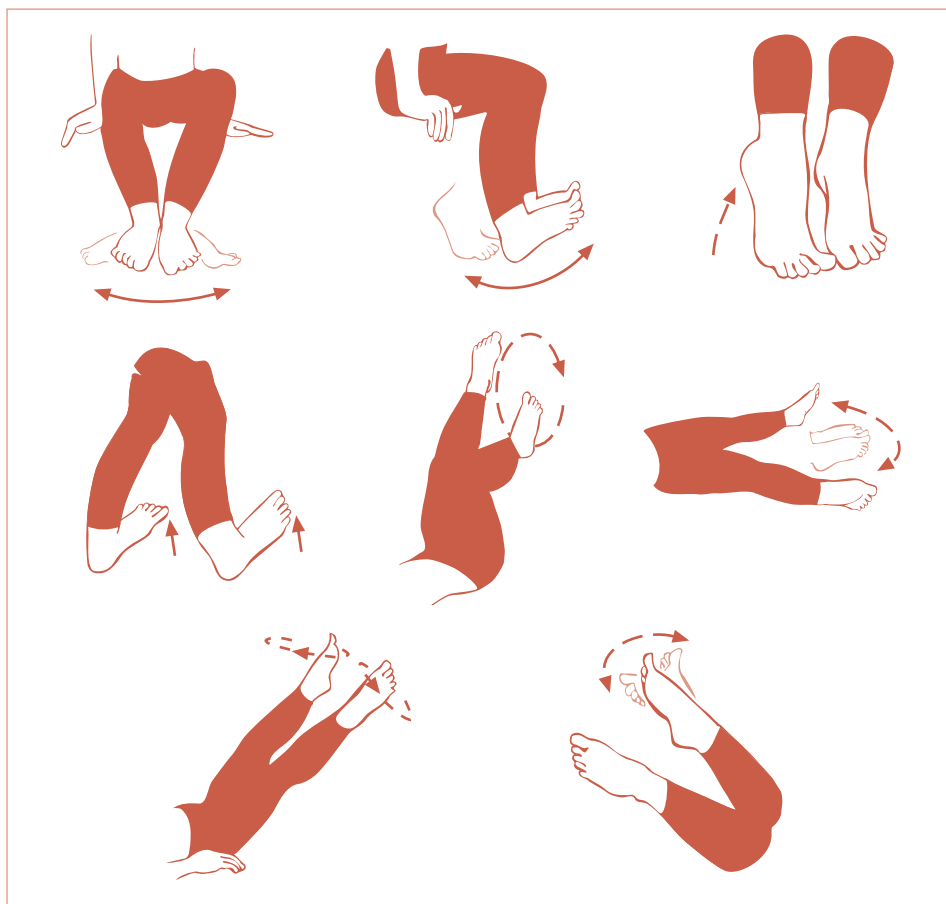


FIGURA 2. Ejercicios antiestasis.

**TABLA 8.** Recomendaciones de la terapia comprensiva

Proceso	Recomendación
Prevención TVP en cirugía ortopédica	Medias grado 18-21 mmHg hasta deambulaci3n
Alteraciones dérmicas en la secuela posttromb3tica	Media elástica grado 30-40 mmHg
Embarazo	Medias grado 22-29 mmHg
Posoperatorio fleboextracci3n	Medias o vendas elásticas grado 30-40 mmHg
Posesclerosis varices	Medias o vendas elásticas 18-21 mmHg en 48 h posterior
Protecci3n profesional en trabajos bipedestaci3n	Medias de compresi3n grado 22-29 mmHg
Viajes de largo recorrido	Calcetines de compresi3n 22-29 mmHg
IVC CEAP (C2)	Media elástica grado 18-21 mmHg
IVC CEAP (C3)	Medias o vendaje elástico grado 22-29 mmHg
IVC CEAP (C4-C5)	Medias o vendaje elástico grado 30-40 mmHg
IVC CEAP (C6)	Medias elásticas, vendaje multicapas o inelástico tipo bota de Unna, grado 30-40 mmHg

Normal: 22-29 mmHg. Fuerte: 30-40 mmHG. Extrafuerte: > 40 mmHg. TVP: trombosis venosa profunda. IVC: insuficiencia venosa cr3nica.

### Medidas de compresi3n externa

Tienen como objetivo reducir el reflujo y facilitar el retorno venoso.

Su utilizaci3n mejora la sintomatología. Están contraindicadas en pacientes con ITB < 0,9.

**TABLA 9.** Contraindicaciones de las medias elásticas

#### Absolutas

- Isquemia arterial de extremidades objetivada por un índice tobillo/brazo  $\leq$  0,6
- Dermatitis (alérgica, séptica)
- Artritis reumatoide en fase aguda
- Hipersensibilidad o alergia al tejido

#### Relativas (no existe un criterio unívoco)

- Índice tobillo/brazo = 0,6-0,8
- Insuficiencia cardíaca inestable
- Hipertensi3n arterial

- Medias de compresi3n elástica. Ejercen una compresi3n decreciente desde el tobillo hasta la rodilla o la ingle. En funci3n de la gravedad de la sintomatología, se indican distintos grados de compresi3n. Es importante que la talla se ajuste a cada paciente, para evitar que actúen como un torniquete. El paciente debe colocárselas antes de levantarse de la cama, momento en que las venas est3n menos repletas. Existen varios modelos: hasta la rodilla (A-D), muslo (A-F), ingle (A-G), tipo *panty* (Et), *panty* con abertura para hombres y *panty* para embarazadas. En la tabla 8 se resume la aplicaci3n de este tratamiento segùn las situaciones del síndrome varicoso. Las contraindicaciones se muestran en la tabla 9.
- Compresi3n inelástica (vendajes). Se utiliza un envoltorio rígido que ejerce presi3n en la pierna durante la contracci3n muscular pero no en reposo, lo que favorece el retorno venoso.

## Venofármacos

El objetivo del tratamiento está encaminado a disminuir la tensión venosa, disminuir el edema y aliviar la sintomatología.

Las propiedades hemorreológicas, sobre el endotelio vascular, la pared venosa, la sintomatología clínica y la calidad de vida de estos fármacos tienen una base bibliográfica ampliamente sustentada. La Agencia Española del Medicamento, en su nota informativa de septiembre de 2002, concluye, entre otras consideraciones, que los flebotónicos por vía oral están indicados «en el alivio, a corto plazo (2 a 3 meses) del edema y los síntomas relacionados con la insuficiencia venosa crónica». Las *Guidelines for the diagnosis and therapy of diseases of the veins and lymphatic vessels* re-

comiendan el tratamiento con fármacos flebotónicos cuando la cirugía no está indicada no es posible, o bien como tratamiento coadyuvante, para la mejora de los síntomas subjetivos y funcionales de la IVC (fatiga, calambres nocturnos, pesadez, piernas inquietas, tensión y edema). Esta recomendación presenta un grado de evidencia A (tabla 10).

## Otros medicamentos

— *Pentoxifilina*: es una metilxantina que, asociada con técnicas de compresión, mejora la cicatrización de las úlceras. Su eficacia en la curación de úlceras venosas ha sido objeto de varios ensayos clínicos, que han sido recopilados en un metaanálisis efectuado por Jull et al. (revisión Cochrane).

**TABLA 10.** Flash farmacológico de los flebotónicos financiados por el SNS

### Hidrosmína

P: 600 mg/24 h

IA: toxicidad potenciada por ACO y AINE

EA: dispepsia, náuseas, erupciones (< 1 %)

Cl: embarazo (1.º trimestre)

IA: no descritas

EA: dispepsia, náuseas (< 1 %)

Cl: insuficiencia renal grave

### Diosmína

P: 600 mg/24 h

IA: toxicidad potenciada por ACO y AINE

EA: dispepsia, náuseas, erupciones (< 1 %)

Cl: embarazo (1.º trimestre)

### Dobesilato

P: 1 g/24 h

IA: no descritas

EA: dispepsia, náuseas y erupciones (< 1 %)

Cl: embarazo (1.º trimestre)

### Troxerutina

P: 1 g/24 h

IA: toxicidad potenciada por ACO y AINE

EA: dispepsia, náuseas, cefalalgia, erupciones (< 1 %)

Cl: embarazo, lactancia, < 18 años

Controles analíticos en pacientes con trombocitopenia

### Escina

P: 100 mg/24 h

IA: no descritas

EA: dispepsia, náuseas, erupciones (1 %)

Cl: embarazo (1.º trimestre)

### Hesperidina

P: 800-1.200 mg/24 h (equival. a 300-450 de *ruscus* y hesperidina, y 200-300 mg de ácido ascórbico)

### Cumarina

P: 10-15 ml/24 h (equival. a 10-15 mg de cumarina y 1-1,5 de grutósido)

IA: no descritas

EA: no descritas

Cl: embarazo (1.º trimestre)

P: posología. IA: interacciones. EA: efectos adversos. Cl: contraindicaciones. ACO: anticoagulantes orales.

- *Diuréticos*: resultan eficaces, en dosis bajas y de forma transitoria, en el tratamiento del edema.

### Escleroterapia

Consiste en la inyección de un líquido esclerosante en la luz venosa, de manera que se produce una flebitis química y la vena se transforma en un cordón fibroso. Se utiliza en varículas y telangiectasias o pequeñas varices posquirúrgicas. Está contraindicada en varices tronculares (contraindicación relativa), insuficiencia de la safena interna o externa, venas del pie, por el riesgo de inyección intraarterial, y en personas muy obesas, por la dificultad del vendaje compresivo.

### Cirugía

Es el tratamiento de elección en procesos varicosos desarrollados. Básicamente, estaría indicada en situaciones en que el síndrome varicoso produzca incapacidad o alteraciones que disminuyan la calidad de vida de forma importante.

## TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES

### Varicoflebitis

- Inmovilización relativa.
- Compresas templadas de agua de Burrow durante 20-30 minutos, 2 veces al día.
- Vendaje elástico de presión decreciente.
- Antiinflamatorios no esteroideos (AINE) por vía oral.
- Heparina de bajo peso molecular en dosis terapéuticas en situaciones de riesgo de TVP: varicoflebitis de la safena interna por encima de la rodilla o de la safena externa cercana a la rodilla o en sus cayados, en venas perforantes y flebitis en venas no varicosas, en pacientes con factores de riesgo de TVP.
- Antibióticos, si existen signos de infección.
- Derivar a hospital si no hay mejoría o ante la sospecha de complicación tromboembólica.

### Varicorragia

- Tranquilizar al paciente.
- Elevar la extremidad como mínimo 24 horas.
- Aplicar un vendaje compresivo de presión decreciente, que se mantendrá 48-72 horas.
- Derivar al hospital si existe repercusión hemodinámica.

### Complicaciones cutáneas

- Evitar la utilización de fármacos tópicos (flebotónicos, antibióticos o antihistamínicos) que con frecuencia producen sensibilización.
- Aplicar compresas húmedas y corticoides tópicos de potencia moderada (metilprednisolona al 0,1 %) durante el episodio agudo.
- Las medidas de compresión gradual presentan una alta eficacia.
- Tratar la úlcera.
- Valorar la necesidad de cirugía en complicaciones importantes.

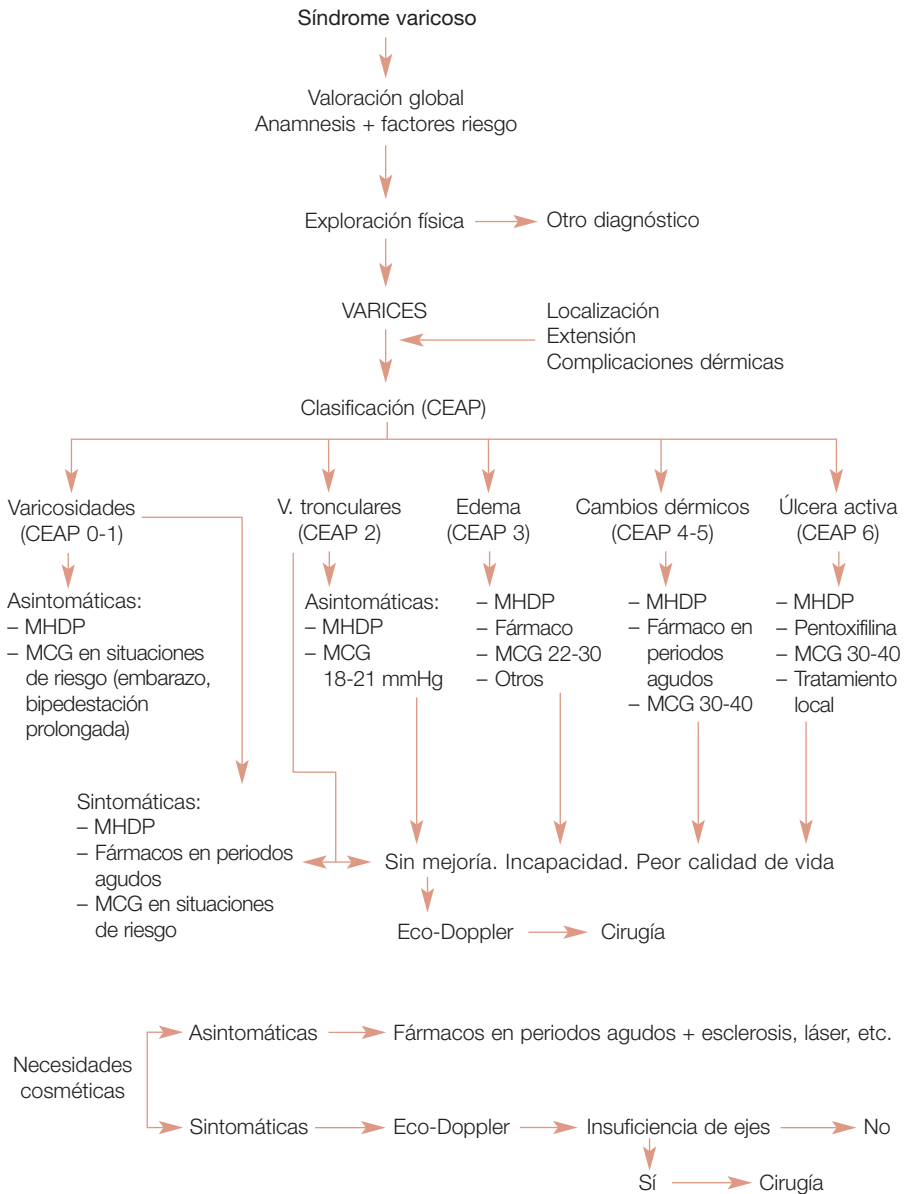
## CRITERIOS DE DERIVACIÓN

### A CIRUGÍA VASCULAR

- Paciente con síntomas de consideración que no responde al tratamiento conservador.
- Pacientes que cumplen criterios de cirugía.
- Pacientes que hayan presentado tromboflebitis superficial complicada o trombosis venosa profunda, varicorragia, úlceras venosas de evolución tórpida o síndrome posflebítico.
- Necesidades estéticas (individualizar).

En la página siguiente se muestra un algoritmo de actuación en atención primaria. Cada centro de salud debería elaborar el suyo propio de acuerdo con los recursos de la zona de salud.

## ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN EL SÍNDROME VARICOSO DE LAS EE.II.



MHDP: medidas higiénico-dietéticas y posturales. MCG: medias de compresión gradual.

## Bibliografía recomendada

**Bonet Monné S.** *Evidencias en la efectividad de los flebotónicos en el tratamiento de la insuficiencia venosa crónica.* FMC. 2003;10(10): 711-9.

**Carrasco E.** *Insuficiencia venosa crónica.* En: Carrasco E, Díaz S, González AI, Permanyer J. Atención primaria de calidad. Guía de buena práctica clínica. Patología venosa. OMC. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: IM y C; 2004

**Gesto Castromil R, Grupo DETECT-IVC.** *Encuesta epidemiológica realizada en España sobre la prevalencia asistencia de la insuficiencia venosa crónica en atención primaria.* Estudio DETECT-IVC. *Angiología.* 2001;53:249-60.

*Guías de calidad asistencia en la terapéutica de compresión en la patología venosa y linfática. Recomendaciones basadas en la evidencia clínica.* Documento de consenso sobre la terapéutica de

compresión en patología venosa y linfática. *Angiología.* 2003;55(2):123-80.

**Jull AB, Waters J, Arroll B.** *Pentoxifylline for the treatment of venous leg ulcers: a systematic review.* *Lancet* 2002; 359: 1550-1554.

**Leal Monedero J.** *Insuficiencia venosa crónica de la pelvis y de los miembros inferiores.* Madrid: Mosby/Doyma; 1997

**London N, Nash R.** *ABC of arterial and venous disease.* Varicose veins. *BMJ.* 2000;320:1391-4.

**Marinel.lo Roura J, Gesto Castromil R.** *Patología venosa. Guía de diagnóstico y tratamiento del capítulo español de flebología de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascul.* Madrid: Luzán 5; 2003.

**Nicolaides AN.** *Investigation of chronic venous insufficiency. A consensus statement.* *Circulation.* 2000;102:123-63.