

Nay Martínez Torres⁽¹⁾, <https://orcid.org/0000-0001-7789-3757>

Denis Fernández Sanchez⁽²⁾, <https://orcid.org/0000-0001-9488-502>

Kevin Macías de Armas⁽³⁾, <https://orcid.org/0000-0001-8559-5899>

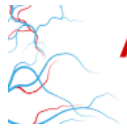
Dariel Gómez Balmaceda⁽³⁾, <https://orcid.org/0009-0003-5939-0533>

Jorge Alejandro Cervantes Maure⁽³⁾, <https://orcid.org/0009-0003-6332-7385>

1. Estudiante de sexto año de medicina. Interna Vertical de Angiología y Cirugía Vascular. Facultad de Ciencias médicas “Dr. José Assef Yara”. Ciego de Ávila. Cuba.
2. Estudiante de sexto año de medicina. Interno Vertical de Cirugía General. Facultad de Ciencias médicas “Dr. José Assef Yara”. Ciego de Ávila. Cuba.
3. Estudiante de tercer año de medicina. Alumno Ayudante de Angiología y Cirugía Vascular. Facultad de Ciencias médicas “Dr. José Assef Yara”. Ciego de Ávila. Cuba.

Autor para correspondencia: martineznay05@gmail.com

Resumen: Las várices se definen como venas subcutáneas palpables y dilatadas de un diámetro por lo general mayor de 4 mm. Las venas superficiales drenan la sangre procedente de los tejidos supraaponeuróticos y la conducen hacia las venas profundas a través de dos ejes venosos principales: la vena safena mayor y la vena safena menor. Las complicaciones agudas son la trombosis venosa superficial, la trombosis venosa profunda (TVP) y la ruptura varicosa. Las complicaciones tardías son las pigmentaciones, la atrofia blanca, las hipodermatitis, las calcificaciones subcutáneas y las úlceras de la pierna, que son las más preocupantes. A pesar de la aparición de los tratamientos endovenosos (ecoesclecterapia con espuma, láser, radiofrecuencia) en nuestro medio aun se aboga por la cirugía de stripping de la safena mayor debido a sus buenos resultados. Se presenta un caso de una paciente femenina de 30 años de edad, con antecedentes de multipara (G:5, P:4, A:1), fumadora inveterada, con un diagnóstico de várices esenciales complicadas y su tratamiento quirúrgico en nuestro medio. El



objetivo de este caso clínico es proporcionar una revisión bibliográfica actual del tema y facilitar la adecuada actuación ante este problema de salud de amplio compromiso estético e invalidante a largo plazo.

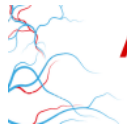
Palabras Claves: Várices, vena safena, Stripping.

Abstract : Varicose veins are defined as dilated, palpable subcutaneous veins with a diameter generally greater than 4 mm. The superficial veins drain blood from the supraaponeurotic tissues and conduct it towards the deep veins through two main venous axes: the great saphenous vein and the small saphenous vein. Acute complications are superficial vein thrombosis, deep vein thrombosis (DVT) and variceal rupture. Late complications are pigmentation, white atrophy, hypodermatitis, subcutaneous calcifications, and leg ulcers, which are the most worrisome. Despite the appearance of endovenous treatments (foam echosclerotherapy, laser, radiofrequency) in our setting, stripping surgery of the greater saphenous vein is still advocated due to its good results. A case of a 30-year-old female patient is presented, with a history of multipara (G:5, P:4, A:1), inveterate smoker, with a diagnosis of complicated essential varicose veins and its surgical treatment in our environment. The objective of this clinical case is to provide a current bibliographical review of the subject and facilitate the appropriate action in the face of this health problem with a wide aesthetic and disabling long-term commitment.

Keywords: Varicose veins, saphenous vein, Stripping.

Introducción:

Las venas varicosas son un problema común en la atención médica aunado a los cambios poblacionales, estilos de vida y sobresaturación en los servicios de salud, generando una gran necesidad de un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado con fines de evitar la recidiva, por lo que se ha reflexionado sobre los factores asociados a la recurrencia, al igual conjuntamente a incrementar la educación médica continua sobre las técnicas de mínima invasión las cuales se han generalizado. Existen actualmente varias opciones de tratamiento, las cuales son aplicables según el caso individual. A pesar del avance de la medicina en los últimos años la técnica quirúrgica



de stripping o como se conoce mundialmente, safenoectomía mayor, sigue siendo la más usada por sus resultados favorables a largo plazo(1).

Caso Clínico:

Paciente blanca, femenina de 30 años de edad con antecedentes de multipara (G:5, P:4, A:1), fumadora inveterada. Acude a consulta externa de Angiología y Cirugía Vascular refiriendo que desde hace 4 años a partir de su tercer parto hace se le fueron “botando las venas de los pies” y después del 4to alumbramiento su cuadro fue empeorando, refiere además cansancio y sensación de pesantes en ambas piernas y pies que se van incrementando a medida que avanza el día, machas oscura color café en sus tobillos, y que le avergüenza las condiciones de sus pies, además de que en varias ocasiones se golpea una vena y sangra demasiado.

Examen Físico Vascular Periférico.

Piel y Mucosas: Húmedas y ligeramente hipocoloreadas. Pies seca escamada y con presencia de lipodermatoesclerosis perimaleolar.

TCS: Infiltrado en ambos miembros inferiores. Edema perimaleolar de fácil doted.

Sistema Arterial: Pulsos periféricos presentes y permeables.

Sistema Venoso: Se observan venas varicosas bilaterales, tortuosas y serpenginosas, dependiente de los troncos safenos mayores, que abarcan desde 1/3 medio de la cara interna del muslo hasta el dorso de ambos pies, con mayor desarrollo en el miembro inferior derecho, se observa además vías colaterales de iguales características. Maniobras venosas de Rivlin y Trendeleburg positivas. No thrill, no frémitos, no soplos.

Exámenes Complementarios

Laboratorio:

Hb: 10.89 g/L

Hto: 0.33 f/v

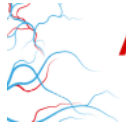
TC: 5´s

TS: 1 ^{1/2}´s

CP: 206x10x⁹/L

Creatinina: 90.6 mg/dl

Grupo y Factor Rh: O positivo.



USD eco/doppler:

- Vena femoral común derecha: dilatada, de 2.3 x 2.5 cm.

Cayado de la safena Mayor: con reflujo de 4,4 seg. Válvula Ostial incompetente. Flujo invertido. Punto de Fuga localizado en la Perforante Inferior del Canal Femoral con punto de reentrada en Perforante Tibial Posterior Inferior.

- Vena femoral común izquierda: dilatada, de 1.9 x 2.3 cm.

Cayado de la safena Mayor: con reflujo de 4.0 seg. Válvula Ostial incompetente. Flujo invertido. Punto de Fuga localizado en la Perforante Tibial Posterior Superior con punto de reentrada en Perforante Tibial Posterior Inferior.



Figura No. 1 Várices esenciales de los miembros inferiores. Imagen preoperatoria.



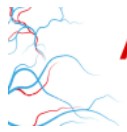
Figura No. 2 Várices infrageniculares del miembro inferior izquierdo. Imagen preoperatoria.

Discusión:

Las várices se definen como venas subcutáneas palpables y dilatadas de un diámetro por lo general mayor de 4 mm. El 25-33% de las mujeres y el 10-20% de los varones tienen várices (2).

En un estudio, la incidencia anual de várices era del 2,6% en las mujeres y del 1,9% en los varones (3).

La distinta prevalencia entre ambos sexos puede estar relacionada con un comienzo más precoz y con una esperanza de vida más larga en las mujeres. En ambos sexos, la prevalencia de las várices aumenta de forma lineal con la edad. Además, las várices no influyen en la mortalidad (4). Los estudios epidemiológicos realizados en estadios precoces de las venopatías crónicas de los miembros inferiores han revelado la existencia de un impacto socioeconómico considerable en los países occidentales



debido a su prevalencia elevada, al coste de las exploraciones y de los tratamientos, así como al número de bajas laborales(5).

Los factores de riesgo asociados con el desarrollo de la IVC incluyen la edad avanzada, el género femenino, la obesidad, la multiparidad, el sedentarismo, los antecedentes de tromboflebitis superficial (TFS), la trombosis venosa profunda (TVP) o la embolia pulmonar (EP), una fractura o inmovilización mediante escayola, los procedimientos quirúrgicos de articulaciones o del sistema venoso de los miembros inferiores, una ocupación que requiera estar de pie por mucho tiempo y los antecedentes familiares de varices, úlcera venosa o ambas (6).

La IVC se puede categorizar utilizando la clasificación de la *Clinical, Etiologic, Anatomic and Pathophysiologic classification* (CEAP); esta tiene en cuenta las características clínicas, etiológicas, anatómicas y fisiopatológicas. La clasificación de la CEAP se desarrolló en 1994 por el comité internacional *ad hoc* del *American Venous Forum*, y cuenta con el respaldo de la *Society for Vascular Surgery*. Los signos clínicos que se pueden observar en las extremidades afectadas se dividen en 7 clases, dentro de la que se incluyen: signos no visibles o palpables de enfermedad venosa (C0), telangiectasias o varices < 3 mm (C1), varices > 3 mm (C2), edema (C3), dermatitis o eccema por estasis, dermatitis ocre (DO) o lipodermatoesclerosis (LDS) (C4), úlcera venosa curada (C5) y úlcera venosa activa (C6) (7).

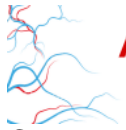
La ecografía doppler es la modalidad diagnóstica inicial por imagen de elección en pacientes con sospecha de IVC. Se utiliza para confirmar el diagnóstico y evaluar su etiología y gravedad. Proporciona información sobre la extensión anatómica de la enfermedad y el compromiso del sistema venoso profundo, superficial y perforante (8).

Algunas manifestaciones (Pigmentación, úlcera.) de las várices han sido descritas como complicaciones de la enfermedad venosa; pero en realidad éstas y otras manifestaciones no son más que la expresión evolutiva de la enfermedad misma (9).

Las complicaciones pueden clasificarse en la siguiente forma:

Complicaciones dermatológicas:

-Dermatis, eczema varicoso.



Complicaciones mecánicas:

- Varicorragia interna, varicorragia externa.

Complicaciones Trombótico-Inflamatorias:

- Varicotrombosis, varicoflebitis, linfangitis.

Complicaciones de la úlcera:

- Malignización, sobreinfección, osteítis.

El tratamiento de las várices consiste en la profilaxis, el tratamiento médico, esclerosante y quirúrgico, todo en dependencia del grado evolutivo en que se encuentre el paciente. En el caso presentado se optó por el tratamiento quirúrgico, por la técnica de stripping de la safena mayor de ambos miembros inferiores, técnica que ha presentado resultados favorables en nuestro servicio.



Figura No 3. Safena mayor derecha.

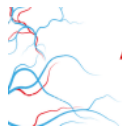


Figura No. 4 Paciente con 24 horas de post operatorio.

La cirugía se realizó de forma ambulatoria y el seguimiento fue por consulta externa, se indicó reposo relativo en cama de fowler distal a 35°, y deambulación precoz previo vendaje compresivo bilateral.

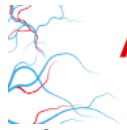
Conclusiones:

La insuficiencia venosa crónica, también conocida como varices o venas varicosas, son venas hinchadas a causa de una acumulación anormal de sangre debido a la debilidad, a menudo heredada, en las paredes y válvulas de las venas superficiales. Esto hace que las venas se ensanchen y se dilaten, de manera que la sangre se acumula fácilmente cuando una persona permanece de pie durante mucho tiempo. Existen actualmente varias opciones de tratamiento, las cuales son aplicables según el caso individual. A pesar del avance de la medicina en los últimos años la técnica quirúrgica de stripping o como se conoce mundialmente, safenoectomía mayor, sigue siendo la más usada por sus resultados favorables a largo plazo.



Referencias Bibliográficas:

- 1- Jouk M, editor. Estudio comparativo entre la flebectomía convencional y escleroterapia con polidocanol en safenectomía abierta [Internet]. Vol. 9. UCE Ciencia; 2021 [citado 15 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://uceciencia.edu.do/index.php/OJS/article/view/219/206>
- 2 - Courtois M-C, Zambon J. Várices e insuficiencia venosa crónica [Internet]. la Ciudad Condal, España: Elsevier Masson; 2019. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es#!/content/emc/51-s2.0-S1636541018416935?scrollTo=%23hl0000491>
- 3 - Jacquet R. Traitement des varices des membres inférieurs en 2015 : le présent et l'avenir. Ann Dermatol Venereol [Internet]. 2015;142(8–9):483–92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2015.06.012>
- 4 - Porter JM, Moneta GL. Reporting standards in venous disease: an update. International Consensus Committee on Chronic Venous Disease. J Vasc Surg [Internet]. 1995;21(4):635–45. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s0741-5214\(95\)70195-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0741-5214(95)70195-8)
- 5 - Ruckley CV, Evans CJ, Allan PL, Lee AJ, Fowkes FGR. Chronic venous insufficiency: clinical and duplex correlations. The Edinburgh Vein Study of venous disorders in the general population. J Vasc Surg [Internet]. 2002;36(3):520–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1067/mva.2002.126547>
- 6 - G. Caballero Escuti ARL y. AHT, editor. Correlación entre las manifestaciones cutáneas y las alteraciones funcionales en la insuficiencia venosa crónica en las extremidades inferiores [Internet]. Vol. 113. Elsevier; 2022 [citado 14 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es#!/content/journal/1-s2.0-S000173102200713X>
- 7 - Rutherford. Rutherford's Vascular Surgery and Endovascular Therapy [Internet]. 10.^a ed. la Ciudad Condal: Elsevier Masson; 2023 [citado 14 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es#!/content/book/3-s2.0-B9780323775571001545>
- 8 - Caballero Escuti G, Ruiz Lascano A, Tabares AH. Correlación entre las manifestaciones cutáneas y las alteraciones funcionales en la insuficiencia venosa



ANGIOCAV
2024

IV Jornada Científica de
Angiología y Cirugía Vascular

crónica en las extremidades inferiores. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2022;113(9):856-65. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000173102200446X>

9 - Courtois M-C, Zambon J. Várices e insuficiencia venosa crónica. EMC - Tratado Med [Internet]. 2019;23(1):1-11. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636541018416935>