

Tratamiento estético de las várices mediante esclerosis y escleromicrocirugía

Dr. Jesús Sánchez Beorlegui,* Dra. Nuria Moreno de Marcos,*

Dr. Pablo Soriano Gil-Albarellos,* Dr. Carlos Emparan García de Salazar,*

Sonia Ascarza Rubio,** Laura Martín Cendón**

RESUMEN

Objetivo: Analizar las complicaciones y resultados de la esclerosis y la escleromicrocirugía en el tratamiento estético de las várices en las extremidades inferiores.

Método: Se realizó un estudio prospectivo, observacional y no aleatorio a pacientes sometidas a esclerosis de várices entre enero de 2001 y enero de 2005. El esclerosante elegido fue el polidocanol y la técnica francesa. Como técnicas quirúrgicas complementarias se practicaron desconexiones selectivas y flebectomías. Se registraron todas las complicaciones y se valoró estéticamente el resultado final, tanto por la paciente como por el facultativo, mediante una escala subjetiva.

Resultados: Fueron tratadas 114 pacientes, 76 mediante esclerosis pura y 38 con escleromicrocirugía, todas del sexo femenino, con una edad media de 41.7 años. Treinta y cinco por ciento recibieron terapia hormonal anticonceptiva o sustitutiva y 32% tratamiento previo de sus várices. El número medio de sesiones fue de 5.2 (máximo 21). La complicación más frecuente fue la presencia de tenues hiperpigmentaciones postesclerosis (17%). Se revisó a las enfermas dos meses después de la finalización de la terapia. Los resultados fueron buenos o muy buenos para 93% de las pacientes encuestadas. Durante el seguimiento a largo plazo 25% presentaron recidivas varicosas subsidiarias de un nuevo tratamiento.

Conclusiones: La esclerosis, con o sin microcirugía, es un buen tratamiento estético para las várices con excelente tolerancia y baja morbilidad.

Palabras clave: Várices, telangiectasias, escleroterapia, microcirugía, complicaciones, resultado estético.

ABSTRACT

Objective: To analyze complications and results of sclerotherapy and scleromicrosurgery in the cosmetic varicose veins treatment applied on lower limbs.

Method: We made a prospective, observational and non-at random study for patients submitted to sclerotherapy of varicose veins between January 2001 and January 2005. We chose polydocalon as a sclerosant and the French technique. The complementary surgical techniques were selective disconnections and phlebectomies. All complications were recorded and the final outcome was evaluated in aesthetic terms by both patient and clinician through a subjective rating scale.

Results: A total of 114 patients were treated, 76 by means of pure sclerotherapy and 38 with microsurgery. All of them were female patients with a mean age of 41.7 years, 35% of whom had received contraceptive or replacement hormone therapy and another 32% had already been treated for varicose veins. The average number of sclerotherapy sessions was 5.2 (21 maximum). The most frequent complication was the presence of faint hyperpigmentation post-sclerosis (17%). Patients were re-

* Servicios de Cirugía General de la Fundación Hospital de Calahorra. España.

** Enfermería Quirúrgica de la Fundación Hospital de Calahorra. España.

viewed two months after therapy had finished. Results were good or very good in 93% of the patients surveyed. During the long-term follow-up 25% presented relapsing varicose veins that could benefit from renewed treatment.

Conclusions: *Sclerotherapy, with or without microsurgery, is a good cosmetic therapy for varicose veins with high tolerance and low morbidity rates.*

Key words: *Varicose veins, "spider" veins, sclerotherapy, microsurgery, complications, aesthetic result.*

INTRODUCCIÓN

Conseguir un resultado estético en el tratamiento de las várices ha dejado de ser un objetivo secundario para convertirse en una exigencia del paciente y un reto permanente para los profesionales que practican la flebología.

Durante décadas consideramos un *éxito terapéutico* al alivio de los síntomas de la insuficiencia venosa crónica (IVC), obtenido sin complicaciones locales o generales y con una baja tasa de recidivas. Pero hoy estas metas no son suficientes: cualquier terapia que busque la excelencia debe tener en cuenta la estética como algo que se debe preservar, o que mejorará tras nuestra actuación.

Este camino emprendido ya no tiene vuelta atrás, y hace necesaria una adaptación del comportamiento por parte de los facultativos que trabajamos en los Sistemas Públicos de Salud. Facultativos, dicho sea de paso, para los que la Flebología Estética ha estado proscrita y relegada, durante décadas, al ámbito de la medicina privada. Esta nueva mentalidad nos obliga a proporcionar una solución a los pacientes con várices y una indicación predominantemente estética.¹

Dentro del arsenal terapéutico a nuestra disposición, la esclerosis no ha perdido vigencia, pese a la aparición de otros procedimientos novedosos (láser vascular), pero también más caros y de difícil disponibilidad. La esclerosis cuenta con una dilatada experiencia clínica, difusión internacional y aporta ventajas incuestionables: es barata, sencilla, segura, reproducible, tiene escasa morbilidad y, en manos expertas, ofrece excelentes resultados estéticos en todas las variantes de las microvárices.^{2,3} Además, combinando la escleroterapia con técnicas quirúrgicas escasamente invasivas podremos aumentar la complejidad de los procedimientos y tratar casos seleccionados en los que conviven telangiectasias, várices reticulares y venas serpiginosas de grueso diámetro.^{4,5}

En el presente artículo analizaremos los efectos terapéuticos de la esclerosis y la escleromicrocirugía sobre un grupo de pacientes portadoras de várices. Pondremos al día la metodología técnica, revisaremos las complicaciones y valoraremos los resultados clínicos y estéticos obtenidos, tanto des-

de el punto de vista de la enferma como del facultativo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Material

El estudio se realiza sobre pacientes afectas de várices y tratadas de forma consecutiva mediante escleroterapia, con o sin microcirugía complementaria, en un periodo de cuatro años: enero de 2001 y enero de 2005.

Métodos

Diseño del estudio. Se realizó un estudio prospectivo, observacional y no aleatorio con el objetivo de evaluar las complicaciones, los resultados estéticos y la necesidad de retratamiento. Los procedimientos y el seguimiento fueron llevados a cabo por el mismo facultativo.

Selección de casos. Se consideraron casos a pacientes con várices serpiginosas, reticulares o telangiectasias, tanto solas como combinadas en una misma enferma, esenciales, residuales o recidivadas, con una indicación *preferentemente* estética. Se excluyeron aquellas enfermas en cuyas várices se requerían intervenciones complejas (safenectomías cortas), de larga duración (mayor de 30 minutos de tiempo quirúrgico real), precisaran ingreso hospitalario o con indicaciones no estéticas (úlceras maleolares).

Protocolos de diagnóstico y seguimiento. Todos los casos fueron sometidos al siguiente protocolo uniforme para las pacientes con várices:

1. Primera visita. Historia clínica (antecedentes médico-quirúrgicos, alergias y tratamientos hormonales, previos o en curso), exploración de las EEII y solicitud de Eco Doppler color (EDC).
2. Segunda visita. Resultado del EDC, planificación de la técnica adecuada y expectativas estéticas. Firma del consentimiento informado.
3. Sesiones de terapia. Separadas, como mínimo, dos semanas; o alternando entre ambas piernas en los tratamientos bilaterales. Durante su transcurso se tomó nota de las complicaciones y efectos indeseables.

Técnicas esclerosante, microquirúrgica y protocolos anestésicos. Para la esclerosis utilizamos la técnica francesa, comenzando desde el vaso más grueso hacia el más fino. Elegimos un esclerosante medio como es el polidocanol (Etoxisclerol®), en concentraciones variables (0.3-0.8%) dependiendo del grosor de las várices. Para las diluciones empleamos cloruro de sodio al 0.9%. La inyección se practicó con jeringas de plástico de 1, 2 o 5 mL de capacidad y agujas de 25G x 16 mm o 29G x 12 mm. La dosis máxima por sesión fue de 10 mL de Etoxisclerol al 0.5%.

Las técnicas quirúrgicas aplicadas fueron la desconexión selectiva de perforantes y la flebectomía segmentaria para las várices serpiginosas y microvárices subsidiarias de extirpación.^{1,6}

En las zonas esclerosadas aplicamos sulfadiazina argéntica, con el fin de aliviar la quemazón de los artefactos cutáneos. En las intervenidas, unas gasas empapadas en suero templado, levemente teñido con povidona yodada. Completó los procedimientos un vendaje compresivo que la paciente retiraba en su domicilio o el centro de salud a las 48-72 horas.

Para la anestesia utilizamos combinaciones de anestésico local y tópico (EMLA®), más un sedante suave en dosis única (diacepam 10 mg vía oral) si existiesen síntomas de ansiedad o un cierto grado de molestia.

Las trombosis superficiales postesclerosis se trataron diferidamente; nunca antes de tres semanas. Para la trombectomía utilizamos un Abbocath® de 14G x 50 mm, y a través de varias punciones extrajimos el coágulo exprimiendo el vaso, como si se tratara de un comedón.⁷

Valoración del resultado estético y las complicaciones. La valoración se realizó con el tratamiento finalizado, como mínimo, dos meses antes. Practicamos una nueva exploración de las extremidades, y una estimación sobre la necesidad de retratamiento. Igualmente intentamos cuantificar la satisfacción de nuestras pacientes y confrontar sus opiniones con las del facultativo. Para ello hemos implementado diversos procedimientos en los últimos años: registro directo de la opinión, encuesta de calidad percibida, etc. Desde enero de 2003 utilizamos una escala analógica-visual, adaptando para nuestros propósitos un mecanismo de medición del dolor, disponible en cualquier centro sanitario (*Figura 1*).

Desde el punto de vista de la paciente la graduación del resultado estético fue:

1. Resultado muy bueno: valor comprendido entre 0 y 1.4 puntos de la escala analógica.

2. Bueno: valor comprendido entre 1.5 y 3.9 puntos.
3. Regular: valor comprendido entre 4 y 6.4 puntos.
4. Malo: valor igual o superior a 6.5 puntos.

Desde el punto de vista médico se anotó el resultado en el expediente clínico al finalizar la terapia. La distribución se realizó según los siguientes parámetros:

1. Resultado muy bueno: eliminación total de las várices sin secuelas estéticas ni recidiva.
2. Resultado malo: *matting* (enmarañamiento) postesclerosis, hiperpigmentaciones muy marcadas, recidiva varicosa temprana, cicatrices visibles etc.
3. Resultados bueno o regular: dependiendo del número e importancia de las várices de nueva aparición, pigmentaciones residuales, etc.

RESULTADOS

El estudio se realiza sobre 114 pacientes con várices sometidas a esclerosis o escleromicrocirugía, según los criterios de selección descritos en los métodos, en un periodo de cuatro años (2001-04). Todas pertenecían al sexo femenino, con una edad media de 41.7 años (máximo 68 y mínimo 16).

En cuanto a los antecedentes médicos 35% de las 63 pacientes peri o posmenopáusicas recibían o habían tomado algún tipo de terapia hormonal sustitutiva. En las de edad fértil, más de la mitad (27 de 51, 53%), manifestaban el uso, actual o previo, de anticonceptivos orales.

Treinta y seis pacientes (32%) se habían sometido a tratamientos previos de sus várices: cirugía en 12 casos, cirugía más esclerosis en tres, esclerosis

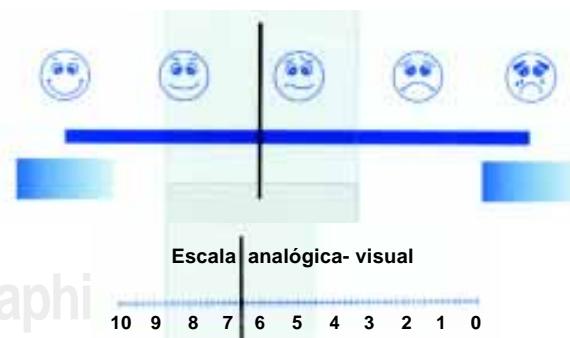


Figura 1. Dispositivo analógico-visual adaptado para medir la satisfacción del paciente sobre el resultado estético alcanzado.

en 13, y otros, como laserterapia, mesoterapia, dermoabrasiones, etc., en ocho.

Las diferencias vasculares encontradas se representan en el *cuadro I*.¹

Se trató mediante esclerosis pura a 76 pacientes, y con escleromicrocirugía a otras 38. El número medio de sesiones de esclerosis se estableció en 5.2 (máximo 21), la distribución de la frecuencia de las sesiones se muestra en la *figura 2*. La microcirugía comprendió un total de 56 pequeños procedimientos en los 38 casos, con un máximo de cuatro intervenciones a una misma paciente. En 25 casos la intervención fue única.

Las complicaciones postesclerosis fueron una crisis de ansiedad que obligó a suspender una sesión en curso y siete trombosis superficiales de venas de mediano calibre. No hubo accidentes mayores en relación con la escleroterapia: cuadros vasovagales, síncopes o reacciones generales por sobredosificación del fármaco o alergia a éste. El fracaso estético más frecuente fue la presencia de hiperpigmentaciones, que afectaron a 19 pacientes (17%); aunque todas ellas poco intensas. La mayoría habían remitido, de forma paulatina, has-

CUADRO I

Distribución por tipo de várices

1. Várices serpiginosas + Telangiectasias	11
2. Várices reticulares + Telangiectasias	57
3. Telangiectasias aisladas	43
• Matting (enmarañamientos)	8
• Rojas diseminadas o en placas	21
• Azules aisladas	14
4. "Cabezas de medusa" sobre flebectomías o perforantes	3

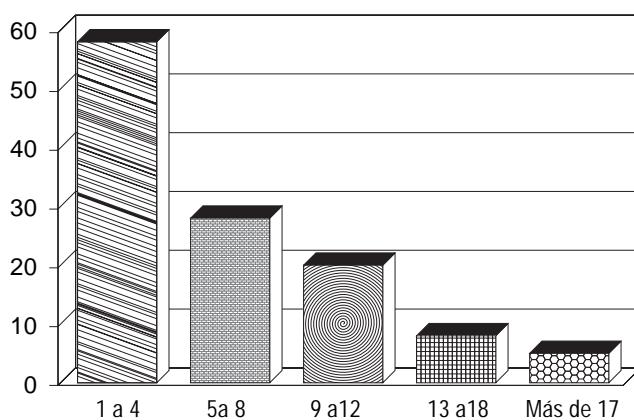


Figura 2. Distribución del número de sesiones de esclerosis.

CUADRO II

Valoración del resultado estético de la esclerosis y la escleromicrocirugía por el paciente y el facultativo. Necesidad de retratamiento y tipo de este mismo

Valoración resultado estético

	Paciente (1)	Facultativo (2)
Muy bueno	25 (54%)	24 (22.4%)
Bueno	18 (39%)	55 (51.4%)
Regular	3 (7%)	26 (24.2%)
Malo	-	2 (2%)

Necesidad de nuevo tratamiento (2)

Esclerosis	21 (18.5%)
Microcirugía + Esclerosis	5 (4.4%)
Safenectomía	2 (1.7%)

(1) Valoración y porcentaje en 46 pacientes encuestados. (2) Valoración por el facultativo y necesidad de retratamiento en 107 expedientes clínicos.

ta su casi completa desaparición al cabo de unos meses.

Las complicaciones inmediatas de la microcirugía,⁶ equimosis, hematomas y paniculitis leves fueron frecuentes, pero se resolvieron sin secuelas en 100% de los casos. La persistencia de cicatrices hipertróficas y/o con coloración eritematoso-vinosa es una alteración estética grave aunque rara y de difícil prevención (un único caso).

De las 68 pacientes tratadas en el periodo 2003-04, registramos 46 anotaciones del resultado estético mediante nuestra escala analógico visual (68%). La media de valoración fue de 1.62 puntos, con una puntuación más positiva de 0.5 y más desfavorable de 4.5.

La valoración estética de los resultados por el facultativo en 107 enfermas se muestra en el *cuadro II*, permitiendo una visualización comparativa.

En cuanto a la necesidad de retratamientos, estimamos que 15-20% de los casos precisarán esclerosis y 5% escleromicrocirugía (*Cuadro II*).

DISCUSIÓN

El éxito de cualquier procedimiento terapéutico se basa en establecer una indicación acertada y en un correcto desempeño técnico (*Figuras 3, 4 y 5*). Nuestra experiencia clínica ha confirmado que la esclerosis, con o sin cirugía, es un procedimiento seguro que ofrece óptimos resultados en el tratamiento de las várices. Citaremos algunas conclusiones relevantes de esta actividad:

1. Para nosotros la esclerosis es la primera opción terapéutica en todas las variedades de microvárices^{1,6,8} (*Figura 3*).
2. Aunque la práctica sea correcta, 15-20% de los pacientes presentan hiperpigmentaciones. Hemos comprobado que suelen atenuarse o desaparecer de forma progresiva en pocos meses. Si esto no es así, recomendamos el uso de cremas depigmentantes, peelings (depiladoras o desprendedoras) químicas o laserterapia para su completa erradicación.⁹
3. Las recidivas postesclerosis son frecuentes; en ocasiones, en lugares distantes de los tratados y en un plazo de tiempo relativamente breve. Pa-

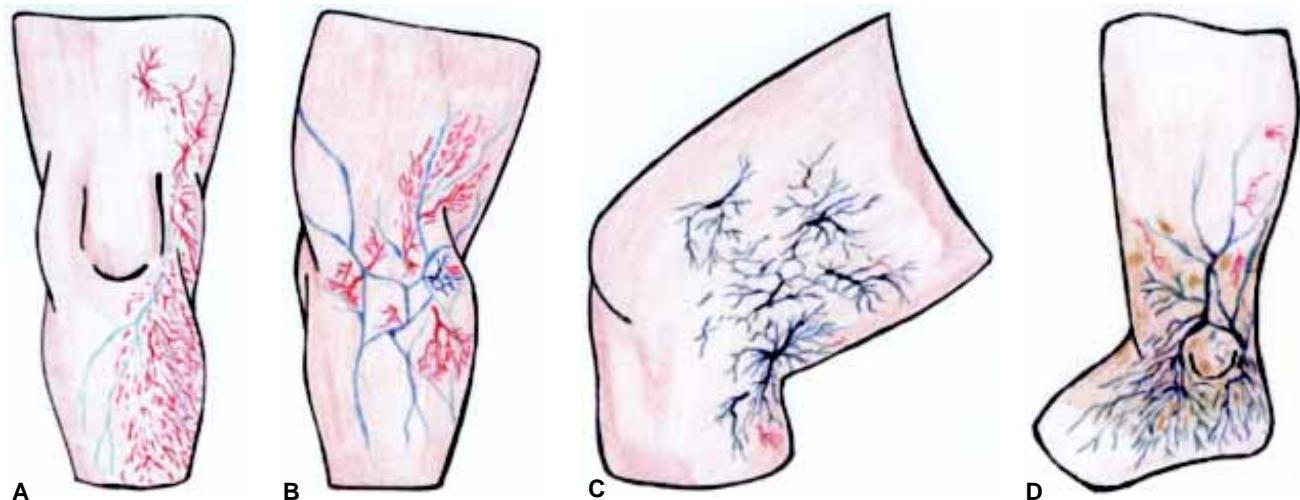


Figura 3. Cuadros clínicos subsidiarios de esclerosis. De izquierda a derecha y de arriba abajo: **A.** Gran placa de telangiectasias sinuosas rojas. **B.** Red de finas venas reticulares en el hueco poplíteo que alimentan telangiectasias arborescentes. **C.** Spider (“arañas”) y filamentos de escoba azules en el muslo de una mujer posmenopáusica. **D.** Enfermedad de los “calcetines rojos,” sobre una dermatitis ocre por insuficiencia venosa avanzada.



Figura 4. Cuadros clínicos subsidiarios de escleromicrocirugía. De izquierda a derecha y de arriba abajo: **A.** Una safena accesoria anterior varicosa nutre un complejo de microvárices en las caras externas del muslo y de la pierna. **B.** Recidiva varicosa multitratada con un *matting* (enmarañamiento) en torno de las cicatrices de flebectomía y várices de diverso calibre. **C.** Un complejo de venas reticulares confluye en una serpiginosa en el muslo que, a su vez, alimenta un sistema de telangiectasias. **D.** Perforante intergemelar de Bassi, venas insuficientes de mediano calibre y un gran filamento de escoba azul en el hueco poplíteo.

recentemente asociarse a casos con placas de telangiectasias sinuosas rojas secundarias a terapias hormonales, anticonceptivas o sustitutivas, o con síntomas de insuficiencia venosa crónica (edemas, dermatitis ocre, etc.).¹⁰

4. Las telangiectasias (azules o rojas) aisladas, las venas reticulares del hueco poplíteo y las várices residuales ofrecen las respuestas al tratamiento más rápidas y espectaculares.¹¹
5. Suelen ser necesarias múltiples sesiones terapéuticas que, a pesar de todo, se aceptan sin problemas por la mujer.

Dado que las particularidades de la técnica de la esclerosis han sido descritas a fondo por numerosos autores,^{8-10,12} nos centraremos en algunos aspectos de especial interés.

La escleroterapia puede ser realizada por el especialista en la Consulta Externa y sin ayudantes. Nosotros preferimos llevarla a cabo en el quirófano ambulatorio y con la colaboración de una enfermera. De esta manera disponemos de una buena iluminación, óptima posición de la enferma y, ante una complicación grave, es posible actuar de inmediato con todos los medios de reanimación a nuestro alcance.^{13,14}

Una crema anestésica tópica elimina virtualmente el dolor y disminuye la ansiedad de las primeras sesiones, complementándola, cuando sea preciso, con ansiolíticos suaves por vía oral. Cuando la terapia avanza y la confianza de la paciente aumenta, es posible practicarla sin soporte anestésico.

Nos decantamos por un esclerosante medio como es el polidocanol, que permite, mediante su adecuada dilución, tratar simultáneamente várices de diverso calibre. Además, es de fácil manejo y muy bien tolerado, como hemos podido comprobar.¹⁵ Somos partidarios de empezar con pequeñas dosis y concentraciones bajas del producto, valorando el efecto y la sensibilidad individual de cada paciente. Las zonas tratadas son de unos pocos cm² en una misma extremidad; resumiendo, jamás progresamos de forma acelerada. En las venas reticulares y serpiginosas no es infrecuente la formación de coágulos intravasculares, pese a la compresión y el soporte elástico (*Figura 5*). La microtrombectomía, demorada de una a cuatro semanas, previene la formación de manchas violáceas e hiperpigmentaciones por depósitos de hemosiderina.⁷ Los efectos beneficiosos de un vendaje compresivo (prevención de artefactos postesclerosis, equimosis e hiperpigmentaciones) se obtienen en los primeros días.¹⁶ Dado que las enfermas los toleran mal, no somos partidarios de mantenerlos prolongadamente. Sin

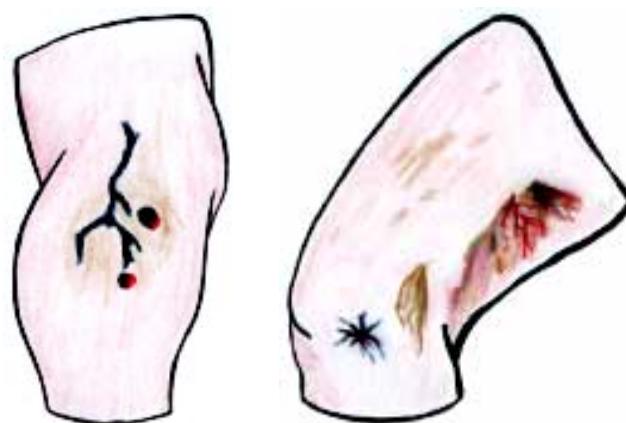


Figura 5. Complicaciones y efectos estéticos indeseados de la esclerosis y la microcirugía. **Izquierda:** Trombosis venosa y lesiones ampollosas en los lugares de punción que ocasionarán úlceras necróticas y cicatrices inestéticas. La sobredosificación del esclerosante o su inyección en el tejido celular subcutáneo son las causas más probables. **Derecha:** Lesiones cutáneas hiperpigmentadas en forma de placas beige y telangiectasias recidivadas.

embargo, una media elástica bien adaptada resulta indispensable en el transcurso de la terapia.

En ocasiones, la esclerosis no es suficiente para asegurar el éxito terapéutico (*Figura 4*). Las telangiectasias rara vez aparecen aisladas y, en la exploración clínica o el EDC, suelen detectarse una vena nutricia o una perforante insuficiente que, de no tratarse, ocasionarán una recidiva temprana. Ante esta contingencia, debemos indicar alguna técnica microquirúrgica complementaria, en nuestra terminología, lo que definimos como un “pequeño procedimiento” sobre las várices, que se define como:⁶

1. Escasa complejidad y duración breve.
2. Puede practicarse en la consulta o en un quirófano de ambulantes con unos medios materiales limitados.
3. Puede simultanearse con las sesiones de esclerosis.
4. Se realiza con anestesia local y/o tópica.
5. No se precisa un estudio preoperatorio ni pasar consulta con el anestesiólogo.
6. No es necesario ni previsible el ingreso hospitalario ni se altera sustancialmente la actividad del paciente.

La tendencia a recidivar de las várices tratadas es elevada, tanto en terrenos previamente tratados como afectados *de novo*. Ni la excelencia técnica ni las medidas preventivas surten siempre los efectos deseados. La reesclerosis, con o sin cirugía, es

una buena opción terapéutica, precedida de un minucioso estudio Eco Doppler.¹⁷ Damia,¹⁸ ha propuesto la microflebografía como la prueba más específica para detectar los puntos de reflujo en las recidivas, aunque no tenemos experiencia personal con esta técnica diagnóstica.

El juicio mayoritario de nuestras enfermas es muy positivo cuando valoran la estética de las extremidades tratadas. En un elevado porcentaje de los casos su criterio se corresponde con la realidad clínica, aunque para corregir sesgos, resulta indispensable que el especialista adopte una postura duramente autocrítica. En este sentido, recidivas precoces o mínimas secuelas cutáneas deben ser tomadas como un resultado regular, pese a que la paciente manifieste una opinión mucho más favorable.

Como conclusión, pensamos que el tratamiento estético de las várices mediante esclerosis y escleromicrocirugía proporciona buenos resultados clínicos y estéticos en la mayoría de los casos tratados.

El enfermo debe saber que sus expectativas podrán verse cumplidas, en mayor o menor medida, dependiendo del tipo de várices y su etiología. Igualmente, debe asumir la posibilidad de que aparezcan complicaciones cutáneas menores, fallos terapéuticos parciales y recidivas subsidiarias de reesclerosis, cirugía o ambas. Por todo ello, es fundamental obtener un consentimiento previo del paciente basado en una información exhaustiva.¹⁹

REFERENCIAS

1. Sánchez BJ, Lamata HF, Jiménez BA, Baqué SF, Martínez DM. Micravárices. Una aproximación a su etiopatogenia, clasificación y procedimientos terapéuticos. *Rev Mex Angiol* 2003; 31: 109-17.
2. Zimmet SE. Sclerotherapy treatment of telangiectasias and varicose veins. *Tech Vasc Interv Radiol* 2003; 6: 116-20.
3. Guex JJ. Microsclerotherapy. *Sem Dermatol* 1993; 12: 129-34.
4. Hördegen KM. Treatment of telangiectasias on the lower leg: a new combined method of sclerotherapy and microincisions. *Angiology* 1999; 8: 116-8.
5. Weiss RA, Weiss MA. Comparaison phlébectomie-sclérothérapie dans le traitement des varices et des télangiectasies: Indications et complications. *Phlébologie* 1996; 49: 445-51.
6. Sánchez BJ, Monsalve LE, Cabezali SR, Emparan García de Salazar C, Lamata HF, Jiménez BA. Cirugía sin ingreso de las várices: indicaciones, técnicas y resultados. *Rev Mex Angiol* 2005; 33: 50-7.
7. Scultetus AH, Villavicencio JL, Kao TC, Gillespie DL, Kettner GD, Iafrati MD, et al. Microthrombectomy reduces postsclerotherapy pigmentation: multicenter randomized trial. *J Vasc Surg* 2003; 38: 896-903.
8. Kern P. Sclerotherapy of varicose leg veins. Technique, indications and complications. *Int Angiol* 2002; 21 (Suppl. 1): 40-5.
9. Zuccarelli F. Microsclérose des télangiectasies: Indications-résultats. *Phlébologie* 2001; 54: 387-91.
10. Sadick NS. Predisposing factors of varicose and telangiectatic leg veins. *J Dermatol Surg Oncol* 1992; 18: 883-6.
11. Hutinel B, Maraval M. Télangiectasies post-stripping. *Phlébologie* 1985; 38: 665-7.
12. Wallois P. Indications et techniques de la sclérose des varices. *Phlébologie* 1978; 31: 455-66.
13. Mac Gowen WAL. Comment éviter les accidents de la sclérose. *Phlébologie* 1985; 38: 205-8.
14. Ouvry PA. Sclérothérapie: accidents généraux, choc, allergies. *Phlébologie* 1986; 39: 245-9.
15. Guex JJ. Indications for the sclerosing agent polidocanol. *J Dermatol Surg Oncol* 1993; 19: 959-61.
16. Weiss RA, Sadick NS, Goldman MP, Weiss MA. Post-sclerotherapy compression: controlled comparative study of duration of compression and its effects on clinical outcome. *Dermatol Surg* 1999; 25: 105-8.
17. Mariani F, Bianchi V, Mancini S, Mancini S. Telangiectasies in venous insufficiency: point of reflux and treatment strategy. *Phlébologie* 2000; 15: 38-42.
18. Damia S, Scicchitano G, Falappa PG, Camilli S. La microphlébographie des microvarices. *Phlébologie* 1994; 47: 341-4.
19. Carstensen G. Aspects médico-légaux de la chirurgie des varices. *J Chir (Paris)* 1994; 131: 575-8.

Correspondencia:

Dr. Jesús Sánchez Beorlegui.

Calle Pedregales No. 9, 5º E. 26006 Logroño (La Rioja). España.

Correo electrónico: js_beorlegui@hotmail.com