

Editorial

Enfermedad venosa crónica. Aprendiendo de nueva cuenta[†]

Dr. Amado Rafael Gutiérrez Carreño*

“Siendo Residente Quirúrgico en los años 70’s me tocó colaborar en la safenectomía tradicional, –en ese entonces– me surgió un sinnúmero de preguntas: ¿Qué no habrá un procedimiento menos traumático para extraer la vena con dos incisiones “una en el tobillo y la otra en la ingle”?; sin embargo, ni tenía las respuestas ni me facilitaban las mismas, –por cierto no era culpa de nadie–, sólo veníamos haciendo más de lo mismo, repitiendo los procedimientos de cirugía venosa ideados por los Drs. Mayo por más de siete décadas.

¿Inocentes o ignorantes? Estábamos tan ocupados operando arterias de todo el cuerpo que auténticamente no teníamos tiempo para estudiar más a fondo el sistema venoso... por qué no decirlo, había poco interés al respecto. Pero ahí estaba la Insuficiencia Venosa Crónica (IVC) con toda su patología y sus secuelas que motivaban alta incapacidad laboral y no se consideraba digna de ser atendida en los centros de especialización y con mucha frecuencia se enviaban a un segundo nivel para que se siguiera haciendo lo mismo.

Por supuesto, la investigación al respecto era mínima, de los pioneros –en la década de los 50’s– en el enfoque de la IVC fue el Ingeniero mecánico alemán Conrad Jobst (*Figura 1*), quien aplicó sus múltiples destrezas en el desarrollo de prendas de compresión graduada que aliviaban los síntomas de la insuficiencia venosa.

“No era nada espectacular encontrar algo nuevo en las várices”, poco énfasis se le daba a la fisiología valvular del sistema venoso, al reflujo venoso, al sistema de perforantes o comunicantes, a la hiper-

tensión venosa, entre otras –aun cuando se conocían bastante bien–. Como diría Einstein: “no hay peor error que hacer lo mismo una y otra vez esperando resultados diferentes”.

En los años recientes ha habido un avance significativo en el diagnóstico de la IVC, que afecta cerca del 20% de la población adulta y a 50% de las mujeres mayores de 50 años; es más frecuente en damas que en varones, son comunes los cambios cutáneos y es poca la sintomatología, por lo cual ha sido –en lo general– subestimado como padecimiento que tardíamente se reconoce por sus complicaciones. Las várices “duelen poco”, dan un edema ligero y mucho del dolor de piernas es por otras entidades patológicas que persistían aun cuando eran operadas las venas. De ahí el gran desprestigio en el que cayó este tipo de cirugía, ya que sigue siendo común oír: “no te operes porque siguen igual las molestias o bien te vuelven a salir”. Creo que se desechó por mucho tiempo los consejos de Jobst.

El costo médico que implica entender a fondo el problema de la IVC se ve reflejado en la situación económica, ya que durante bastante tiempo se minimizó la patología venosa, por un problema grandemente ignorado por la profesión médica, ya que con la actitud del pasado no era bien estudiada y sólo recientemente ha sido mejor comprendida. Es mencionada –casi anecdóticamente– en las escuelas de medicinas y menospreciada en los programas de residencia quirúrgica. Esto hace que pocos entiendan el progreso de la IVC y el público en general aún menos, por lo que se presta –en ocasiones– que la mercadotecnia pese más que el conocimiento médico del especialista.



Figura 1. Conrad Jobst.

[†] Dedicado a la Memoria del Dr. Jorge Arévalo Gardoqui (qepd).

* Ex Presidente Sociedad Mexicana de Angiología y Cirugía Vascular, A.C. C. Sta. Teresa 1055-845, Col. H. de Padierna, Del. M. Contreras, C.P. 10700, México, D.F. Correo electrónico: algu_tier@yahoo.com.mx

La principal causa de la IVC es degenerativa de la pared de la vena con incompetencia valvular que produce reflujo venoso (de la ingle a la pantorrilla), asociado a la columna de presión hidrostática generado por la presión atmosférica (una columna de líquido desde el corazón hasta el tobillo) cuando el individuo está de pie, y se manifiesta inicialmente con varículas, venas reticulares, telangiectasias y venas varicosas.

El otro gran grupo es englobado en el síndrome postrombótico secundario a trombosis venosa profunda (TVP), empieza como una obstrucción total y en un lapso de 6 a 24 meses queda como una mezcla de reflujo y obstrucción con un daño valvular severo, por lo que la progresión de la IVC es más rápida que en la enfermedad primaria, ya que la TVP tiene tendencia a recurrir lo que favorece la progresión de la IVC.

En la década de los 80's con el Duplex Doppler el diagnóstico con imágenes se facilitó antes de que se presentara la dermatitis ocre, la ulceración cutánea o la trombosis. El estudio es no invasivo, sin dolor y repetible cuando se requiera; sin embargo, la detección del reflujo venoso requiere de un análisis de la función valvular, de las venas perforantes, para hacer un diagnóstico etiológico, ver las variantes anatómicas del sistema venoso superficial y profundo, así como la distribución segmentaria del reflujo y obstrucción en toda la extremidad inferior. Otra prueba no invasiva es la Pletismografía que nos indica el grado de obstrucción y de reflujo en casos avanzados de IVC. Estos son elementos necesarios para completar la clasificación CEAP como reporte universal de la IVC. La CEAP es la Clasificación Clínica, Etiológica, Anatómica y fisiopatológica de la Enfermedad Venosa Crónica.

La Flebografía –bien indicada y en diferentes posiciones, con maniobras fisiológicas (Valsalva) y ligaduras externas selectivas– sigue siendo una maravilla ya que nos da el status real del sistema venoso superficial, profundo y de sus comunicantes, que nos permiten observar y tratar los sitios de reflujo y obstrucción, “con el único pero” de que es considerada como una técnica invasiva que usa medio de contraste por lo que al llegar tecnología no invasiva ha quedado su indicación sólo para casos especiales, donde además se pueden medir las presiones. La Flebografía retrógrada es de suma utilidad para valorar la enfermedad por reflujo venoso y se hará cada vez más con todo lo que viene para corregir el sistema valvular.

Otros métodos de diagnóstico son la angiotomografía computarizada y la venografía por resonancia magnética pero tienen una aplicación limitada porque en el 90% de los casos de IVC es por reflujo

venoso dinámico que no es detectado actualmente con estas pruebas.

El manejo con cualquiera de los procedimientos terapéuticos, requiere de medias de compresión graduada, y se habla de manejo porque hasta la fecha no hay ningún medicamento oral o cutáneo que cure la IVC. Entendiendo la complejidad de la IVC –ahora– tenemos que tratarla con diferentes métodos, en ocasiones aislados y en otros en combinación, dado que el universo de las venas desde la década pasada ha tenido una explosión y el manejo moderno de las venas enfermas ha venido a ser más compleja y completa debido a la comprensión de la fisiopatología venosa como una ciencia por sí misma y como tal se requiere de una estrategia para resolver el problema de reflujo venoso en la safena, el manejo de las venas varicosas y la oclusión de las venas perforantes incompetentes.

La escleroterapia convencional o en espuma es útil en telangiectasias, reticulares y venas de menos de 4 mm de diámetro, que también pueden ser obliteradas por algunos tipos de Láser transdérmico; de mayor diámetro con flebectomía; el reflujo de la safena en su inicio requiere de clausurar su drenaje a la vena femoral, la escleroterapia con exclusión circulatoria, hay quien esclerosa ese segmento con el concebido riesgo, sigue siendo válida la cirugía convencional (safenectomía), CHIVA (Conservador Hemodinámico de la Insuficiencia Venosa en pacientes Ambulantes), y cada vez hay una mayor tendencia a usar anestesia local por tumescencia o regional para hacer su oclusión endovascular por Láser o Radiofrecuencia. Pero aún nos faltan las perforantes manejadas originalmente con el procedimiento quirúrgico de Linton, escleroterapia selectiva de perforantes y a partir de los 90's con la cirugía subfacial endoscópica de perforantes (SEPS) y recientemente la oclusión percutánea de perforantes guiados por ultrasonido (PAPS) con radiofrecuencia, láser o espuma esclerosante. Algunos de estos procedimientos se hacen en forma ambulatoria o de corta estancia. Todos tienen pros y contras, tiene que haber indicación precisa para obtener el mejor resultado.

¿Muchos tratamientos para un solo problema? No que va, indudablemente que ayudan pero con todos estos métodos tradicionales y modernos (algunos muy costosos) no resolvemos el problema de fondo de la IVC que es la DISFUNCIÓN VALVULAR aun cuando se hacen valvuloplastias, trasposición valvular y trasplantes valvulares de la vena axilar.

Me han faltado muchas cosas por comentar en este breve recorrido por las venas de las extremidades, pero ayúdenos a retomar la confianza de los

pacientes y de sus médicos (no operar pacientes con neuritis periféricas o trastornos linfáticos, entre otros) en los actuales conocimientos de la Flebología como parte integral de la Angiología; no hay límites para la especialidad y aun menos para frenar el desarrollo tecnológico; como diría la madre de Boabdil el Chico: “no llores como mujer, lo que no supiste defender como hombre”; esto no se ha acabado y sólo es el principio de un tratamiento racional con las VÁLVULAS VENOSAS biológicas implantadas percutáneamente que están en investigación clínica. Como novedad está la realización de la valvuloplastia ultrasónica transcutánea. El futuro estará encaminado a ¡¡¡resolver el problema de fondo y no sólo al manejo de las manifestaciones secundarias!!!

Como todo en medicina – ¡la vida es lo que viene, aprovechando lo que fue! –, todo es dinámico y debemos estar abiertos a lo nuevo, al cambio, enfrentar lo improbable y lo impráctico haciendo a un lado

los prejuicios, busquemos que haya investigación venosa en nuestro país, ya que sin futuro se queda todo en lo que aprendimos del pasado sin la posibilidad de tener un presente mejor. Creo y seguiré creyendo en la mentalidad fresca –Ud. estimado lector seguramente es uno de ellos– y no contaminada de los jóvenes médicos de actitud (entre quienes recuerdo en este momento a las Dras. Galvis, Morales, a los Dres. Villavicencio, Félix Ramírez, Sánchez Fabela, Magdiel, Lizola, Parra, Abel Jiménez, Valente Guerrero, Artemio Ortega, Eduardo Contreras, Chew, Sánchez Brito, Sergio Piña, Román, Santiago Sauma, Estrada, Reyes, Flota, Ramírez Menéndez, Hernández Tejeda, Julio Serrano y su equipo, y a tantos más que me han enseñado), ése es el compromiso de los médicos residentes: innoven y síganos enseñando y ¡todos sigamos aportando lo mejor de nosotros sin olvidar el mérito que tienen nuestros maestros!