

ESCLEROTERAPIA DE VARICES DE MIEMBROS INFERIORES

Dr. Luis Miguel Cedeño E. *
Dr. Antonio José Rondón L. **
Dra. Edith Anidjar B. ***

Resumen

En los últimos años se ha empleado con mucha frecuencia la escleroterapia para el tratamiento de las várices de miembros inferiores. El presente trabajo es una revisión de las indicaciones, contraindicaciones y metodología de la escleroterapia.

SUMMARY

In the past years sclerotherapy has been used to treat varicose veins of the lower limbs. The present study is a review of the indications, contraindications and methodology of sclerotherapy.

Palabras Claves: Várices. Escleroterapia. Polidocanol.

INTRODUCCION

El objetivo de esta comunicación es el analizar lo que ha significado la escleroterapia de las venas varicosas de miembros inferiores desde su aparición hasta nuestros días ¹.

Debido a que es el Dermatólogo, el especialista más consultado por las complicaciones de este problema como lo son xerosis, discromias, distrofias ungueales, eczemas, atrofia blanca, flebitis, úlceras etc, esto ha constituido un motivo de gran preocupación y estudio a fin de evitarlas o controlarlas.

Este método fue, quizás, iniciado por Hipócrates quien traumatizaba las várices con un instrumento delgado de hierro a fin de producir trombosis.

Con la invención de la aguja hipodérmica hacia 1840, Monteggia inicia tratamiento intravenoso con alcohol absoluto, y Charles-Gabriel Pravaz en 1951 con cloruro férrico. Esto fue abandonado por sus complicaciones.

Hubo un renacer del método hacia 1900 al observar que el tratamiento antisifilítico con arsenicales producía esclerosis venosa; hubo entonces una invasión de productos como mercuriales, salicilatos, citratos, quinina, yoduros, soluciones glucosadas, soluciones salinas etc. que por ser problemáticas perdieron vigencia ante nuevos métodos quirúrgicos.

El método tuvo su segundo renacimiento hacia 1930 y 1940 con la aparición del morruato de sodio y el sotradecol. Hacia finales de 1950 surge en Alemania el polidocanol que es, quizás el más aceptado en el mundo entero, actualmente.

INDICACIONES

Vale recordar la clasificación clásica y objetiva de las várices en primero, segundo y tercer grado, dependiendo del grado de dilatación.

En general todos estos tipos son susceptible de este tratamiento, salvo que el operador vea que por su gran calibre y extensión no va a obtener buenos resultados,

Asi mismo, se indica en personas que por su edad o enfermedad le esté contraindicado el acto quirúrgico.

* Dermatólogo egresado del Instituto de Biomedicina.

** Dermatólogo Jefe de la Sección Clínica del Instituto de Biomedicina.

*** Residente de Postgrado del Instituto de Biomedicina

CONTRAINDICACIONES**Relativas:**

- Edad: aunque puede hacerse a cualquier edad, preferimos no hacerla en niños como rutina y con mayor precaución en los ancianos.
- Obesidad: porque no se obtienen los mejores resultados en los obesos.
- Embarazo: no aumenta el riesgo, lo evitamos porque de por sí ya existe una dilatación venosa fisiológica.
- Cardiopatía: se debe evaluar bien al paciente y cuantificar riesgo contra beneficio.
- Arteriosclerosis: no hay contraindicación, salvo en casos severos.
- Epilepsia: con mucho cuidado porque pacientes con ansiedad e hiperventilación pueden desencadenar una crisis.
- Diabetes: bien controlada, no hay riesgos.
- Nefropatías: salvo insuficiencia renal severa.
- Tromboflebitis: aunque puede hacerse, al mejorar el paciente, en sitios proximales y distales.

Absolutas:

- Infecciones: en la piel a inyectar o cerca de ésta.
- Alergia al esclerosante: por razones obvias.
- Trombosis venosa profunda: constituiría un severo problema al retorno venoso.

METODOLOGIA

Estando el paciente de pie escogemos las venas a ser esclerosadas, tratando siempre de comenzar con las más grandes o que causan mayores molestias²⁻³⁻⁴

Nosotros usamos el polidocanol en concentraciones que van del 0.5

al 3%, dependiendo del calibre de las venas. La experiencia nos va diciendo en cada caso la dilución en agua destilada, pero recordando la clasificación clásica de várices, la vamos a calcular en la forma más aproximada.

Uno de nosotros también tiene mucha experiencia con el VarilitR, un poliyoduro que venía al 1, 2, 4 y 8%.

Estando el paciente acostado, es la forma más aceptada por los autores debido a que causa menos complicaciones; sin embargo puede hacerse sentado y aún en posición de pie cuando hay várices que desaparecen en el decúbito. Esta última posición causa más problemas, sobre todo lipotimias y además que el operador pierde un poco la sensibilidad de si está la aguja dentro de la vena.

Utilizamos inyectoras de insulina o tuberculina de 26 a 27g x1/2, a las cuales podemos cambiarle las agujas por N° 30 para las telangiectasias.

Introducimos la aguja suavemente, lo más paralelo posible a la piel e inyectamos lentamente, para constatar si estamos en el vaso, aspiramos previamente, pero si utilizamos la técnica del "bloqueo de aire", de Orbach que consiste en inyectar previamente pequeñas cantidades de aire, esto no es necesario en várices de menor tamaño, porque vemos como la sangre se va aclarando al paso del líquido. En venas de mayor tamaño la técnica sirve para desplazar la columna de sangre y poner el esclerosante en mayor contacto con la íntima.

Inmediatamente, colocamos en cada sitio algodón comprimido de uso odontológico sostenido por adhesivo y vendamos el miembro, esto último lo recomendamos por 1 a 2 semanas, al levantarse y retirar al acostarse, siendo imprescindible en várices de mediano y gran tamaño. Los adhesivos se pueden quitar dos horas después del procedimiento

COMPLICACIONES**Locales**

- Dolor: ocurre cuando el líquido cae fuera del vaso. Es inevitable cuando tratamos telangiectasias. Se logra disminuir con concentraciones y técnicas adecuadas.
- Reacciones Flebíticas: siempre hay una flebitis normal, pero a veces puede ser muy exagerada con mucho dolor y trombosis severa. Más frecuente en la posición de pie y con grandes cantidades de productos.
- Necrosis del tejido: depende del tipo de esclerosante, concentración y sobre todo por inyección paravenosa. Se presume por lo doloroso al momento de la inyección y por eso se pueden hacer punciones para tratar de extraer la mayor cantidad de líquido. Cuando existe se debe plantear el tratamiento quirúrgico.
- Hiperpigmentación: es muy frecuente y se debe a depósitos de hemosiderina. Aumenta con la concentración.
- Hipertricosis: está localizada en el sitio de inyección, sobre todo en mujeres de tipo androide y quizás por perturbación local del simpático.
- Daño al nervio: cuando se inyecta próximo al nervio. Hay dolor y parestesias. Es raro y desaparece meses después.
- Inyección Intra-arterial: es un accidente muy grave, no lo hemos visto pero está descrito en la literatura mundial, los sitios de mayor riesgo son: inguinal, popliteas e inframaleolares.
- Trombosis profunda: se produce cuando la inflamación química pasa del sistema superficial al profundo y sobre todo cuando el paciente guarda cama por varios días. Es muy raro, se disminuye al máximo utilizando una técnica correcta, no usando torniquetes,

no inyectar de pie, usando vendaje posterior y deambulaci3n despu3s de la consulta.

Generales

- Lipotimias emotivas: son muy frecuentes en pacientes emotivos, se pueden indicar sedantes previos.
- Taquicardias: mayormente de origen psíquico, pero otros se atribuyen a reflejos que parten del simpático venoso lesionado.
- Trastornos generales: se deben más que todo a la naturaleza de los productos inyectados y así tenemos shock anafilácticos, urticarias, edemas, etc.

Las embolias que son muy temidas por los profanos son extremadamente raras y en los pocos casos leves que se reportan hay dudas en cuanto si tuvieron su origen en el esclerosante.

AGENTES ESCLEROSANTES MAS USADOS⁴

Morruato de sodio:

Consiste en una mezcla de sales de sodio con ácidos grasos saturados e insaturados de aceite de hígado de bacalao. Fue muy usado, su desventaja es que viene en forma estándar, es inestable y produce necrosis al caer fuera del vaso. Hay muchos casos de anafilaxia. Raramente usado en telangiectasias.

Sotradecol:

Descrito por Reiner en 1946 constituido por sales de ácidos grasos de cadena larga de un metal alcalino con propiedades de saponificaci3n, como en las demás hay frecuente hiperpigmentaci3n y la incidencia de

necrosis es bajo. Se ha descrito shock anafiláctico, urticaria, edema, y erupciones maculopapulares.

Soluci3n salina hipert3nica:

Primeramente descrita por Linser en 1926. Algunos la usan con heparina y/o procaina. Frecuentemente es usado al 23.4% y sobre todo en telangiectasias. Las desventajas son que provoca mucho dolor, hiperpigmentaci3n, calambres musculares transitorias y necrosis, aunque esta última es baja.

Esclerodex:

Es una mezcla de dextrosa, cloruro de sodio y alcohol. Las ventajas son el dolor, poca alergia, hiperpigmentaci3n y necrosis.

Polidocanol:⁶⁻⁷

Su estructura química reúne una cadena hidrofílica alifática (Hidróxido polietilénico) con un alcohol hidrofílico liposoluble (alcohol dedecílico). Actúa sobre el endotelio vascular al unirse a los lípidos superficiales de las venas varicosas, provoca in situ, una trombosis seguida de reacci3n fibr3tica y posterior esclerosis. Desarrollado inicialmente como un anestésico local. La incidencia de pigmentaci3n es casi la misma que, los otros esclerosantes, pero por lo general es menos doloroso, menos alergizante y la necrosis es extremadamente rara, aún en inyecciones paravenosas.

CONCLUSIONES

La escleroterapia es un método útil para el tratamiento de la insuficiencia venosa de miembros inferiores.

Es necesario seleccionar un producto adecuado evitando los más irritantes y alergizantes; así mismo

tener un buen entrenamiento con una metodología correcta, ya que cuando no se siguen las instrucciones necesarias las complicaciones son mayores.

Los pacientes deben ser evaluados previamente y es importante conocer las indicaciones, contraindicaciones y complicaciones.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Kovalenko, W, Rond3n Lugo, A; Suprani, V. Tratamiento de Escleroterapia de la insuficiencia venosa de los miembros inferiores. Monografía del Hospital Vargas, 1968.
- 2.- Fachin Viso, R. Técnica de la Fleboesclerosis. XXIII Reunion Anual de la Sociedad Venezolana de Dermatología. Valencia, Noviembre 1987.
- 3.- Cedeño Campos, LM; Rond3n Lugo, AJ, Henrique Andueza, JJ. Escleroterapia de la Insuficiencia venosa de los miembros inferiores con un nuevo producto. Monografía del Instituto de Biomedicina. Febrero 1986.
- 4.- Goldman, M, Bennett, R. Treatment of telangiectasia: A review J an Acad Dermatol Vol 17: 167-82, 1987.
- 5.- Rond3n Lugo A, Kovalenko, W. Complicaciones de la escleroterapia. Tribuna Médica N° 472. Tomo XXXIX Tomo N° 12, A3, A5. Diciembre 1973.
- 6.- Lizarraga, P, Ciuffi, F, Mancipe, G, Hernández R. Tratamiento esclerosante de las venas varicosas de miembros inferiores con el uso de Polidocanol. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. Volumen 4, N° 3, 323-327, 1985.
- 7.- Norris, M, Carlin, M, Ratz, J. Treatment effects of essential of increasing telangiectasia: concentrations of polidocanol. J Am Acad Dermatol, Vol 20: 643-9, 1989.