

¿QUÉ HACER CUANDO LAS PIERNAS ESTAN LLENITAS DE "RAMILLETES" ROJO-VIOLETAS?

Después del agradable y caluroso verano, la estación de **otoño** se impone con colores ocres y amarillos indicándonos que la luz estival se va apagando. Con ello las temperaturas van bajando y la ropa vuelve a cubrir nuestro cuerpo.

Es ahora el momento de empezar a cuidar las piernas, esas que este verano nos han dado molestias de pesadez, hinchazón o peor aún, todavía se han hecho más notorias las venitas de las extremidades inferiores. Algunas pacientes, y decimos pacientes en femenino, porque como muchas de las patologías "más estéticas" afectan al sexo "débil", presentan casos más severos, las llamadas varices como tal.

Podemos decir que las **varices**, dilataciones de las venas superior a 3 mm del sistema venoso superficial por alteración valvular y/o de la pared venosa con presencia de reflujo, y subsidiarias de los territorios safenos y/o perforantes, afectan aproximadamente al 25% de la población adulta, mientras que las denominadas "arañas vasculares" o **microvarices** (dilataciones de los pequeños vasos de la dermis que raramente ocasionan sintomatología, siendo su repercusión principalmente estética) pueden observarse hasta en el 70% de los adultos, y como decíamos especialmente al sexo femenino. Aquí hablamos de telangiectasias: hasta 1 mm de diámetro y de varices reticulares: 1-3mm.

La mayoría de los casos no están asociados a patología varicosa, la cual puede derivar a la insuficiencia venosa crónica por alteración del retorno venoso donde ya podríamos encontrarnos con la llamada "corona flebectásica" (forma de abanico que rodea los maleolos) o incluso alteraciones ya a nivel de la piel: dermatitis pigmentaria (amarronada por depósito de hemosiderina) en cara interna del 1/3 inferior de la pierna y suele asociarse a hipertensión venosa y reflujo, llegando en fases avanzadas a áreas de atrofia (lesión blanca y deprimida) y a úlceras, de muy difícil curación pero no imposible.

Lo que está claro es que las varices representan una **patología crónica y evolutiva**, de **etiología multifactorial**, por lo que la mayoría de los tratamientos disponibles hasta la fecha pueden presentar cierto índice de recidivas.

Para evitar llegar a los extremos antes descritos, y aunque hay un cierto componente genético, lo que llamamos las medidas higiénico-flebológicas (deporte, normopeso...) nos pueden ayudar a frenar la evolución y el tratamiento, sobre las telangiectasias y varices en fases iniciales, pueden enlentecer o incluso frenar la progresión.

Pero una vez ya están ahí las arañas vasculares, **venulectasias**, **telangiectasias** y una maraña de nombres que en el fondo indican *dilatación de venas*, la terapia más adecuada es provocar el daño endotelial con **ESCLEROSIS**: mediante sustancias químicas la lesión celular se produce a través de cambios en la tensión superficial, del pH u osmolaridad. **O** a través del calor con **LASER**: bajo el principio de la fototermolisis selectiva, el láser de Neodimio-YAG de alta potencia y pulso suficientemente largo, por su absorción por la hemoglobina de los vasos sanguíneos, puede penetrar hasta la parte profunda de las varículas y coagular el vaso *sin dañar las estructuras vecinas*.

No obstante, lo ideal es la técnica combinada: ESCLEROSIS y LASER, por sumación y sinergia de efectos positivos, minimizando el riesgo de efectos secundarios.

Las respuestas al tratamiento son muy variables. Venas de idéntico tamaño y color, con distribución simétrica en el mismo paciente pueden reaccionar de forma diferente al tratamiento. Incluso, después de un tiempo, estas mismas venas pueden cambiar de "status", por lo que el resultado no puede ser predecible ya que innumerables factores poco conocidos tienen un rol más importante que cualquier modificación en la estrategia o la técnica de tratamiento.

"La escleroterapia de pequeños vasos es un arte, no una ciencia"