

Obesidad e implicaciones venosas (patología venosa)

R. Gómez-Medialdea

Introducción

La obesidad es la enfermedad metabólica más frecuente en los países industrializados y tiene una gran repercusión sobre la salud de la población por la morbilidad que produce y por el incremento de la mortalidad asociada que ocasiona. Es la segunda causa de muerte evitable en EE.UU., pero, debido a su incremento, se estima que pronto desplazará al tabaquismo (primera causa de muerte evitable) y ocupará el primer lugar.

Clasificación e importancia del problema

La obesidad se puede dividir en: primaria o de origen alimenticio, y secundaria, por alteraciones, entre otras, de tipo endocrino e hipotalámico. Este último tipo de obesidad tiene una menor importancia como problema sanitario, ya que no representa más del 1% de los casos de obesidad.

Se utilizan varios métodos para clasificar la obesidad; entre ellos, los más utilizados son: índice de masa corporal (IMC) y la distribución de grasa corporal.

El cálculo del IMC es muy sencillo; basta con aplicar la siguiente fórmula:

IMC=peso en kilogramos / talla al cuadrado en metros.

La distribución de la grasa tiene mucha importancia, a la hora de predecir las posibles complicaciones venosas derivadas de la obesidad. Se diferencian distintos tipos según el predominio de grasa en cada región corporal. Así, en la obesidad ginecoide o periférica (en forma de pera), la grasa se acumula en la cadera y muslos. Este tipo de distribución se relaciona principalmente con problemas de retorno venoso en extremidades inferiores (varices).

Actualmente, en España la prevalencia de la obesidad ($IMC > 30$) es del 13,4%, y se distribuye en un 11,5% en varones y un 15,2% en mujeres.

Implicaciones venosas en la obesidad

La asociación de obesidad y patología venosa (varices o ETEV) es frecuente, ya que ambas patologías son muy prevalentes. Aunque no conocemos el mecanismo íntimo de su asociación, la obesidad en el paciente con patología venosa tiene implicaciones epidemiológicas, preventivas, en la fisiopatología, exploración, clínica,

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Clínico. Málaga, España.

Correspondencia:

Dr. Rafael Gómez Medialdea. La Era, 18. Ed. Los Cedros B, 3.^º1.^ºC. E-29016 Málaga. Fax: +34 952 220 169. E-mail: rgomez@medynet.com

© 2003, ANGIOLOGÍA

diagnóstico, decisión terapéutica, complicaciones y pronóstico, de estas enfermedades. A pesar de la importancia de la asociación de estos dos problemas de salud (obesidad y patología venosa), sorprende el pequeño número de publicaciones sobre ellas que se encuentran en la literatura médica mundial (en los últimos cinco años sólo aparecen ocho artículos en MEDLINE).

Obesidad y varices

La obesidad aumenta el riesgo de padecer varices de miembros inferiores (aumenta siete veces el riesgo) y sus complicaciones. Según Ramelet, la obesidad produce una acción más desfavorable en el cuadro varicoso en la mujer, con respecto al hombre. El obeso sufre, con más frecuencia, estadios tardíos de insuficiencia venosa: dermatitis, lipodermatoesclerosis, úlceras, etc.

Obesidad y ETEV

En el estudio Framingham, en el embolismo pulmonar confirmado por autopsia, la obesidad fue un factor de riesgo asociado independiente. Por otra parte, en la búsqueda del origen de las trombosis venosas aparentemente primarias, en el 92% de los casos los principales factores de riesgo encontrados son la obesidad, historia previa de TVP y, en las mujeres, el uso de anticonceptivos.

Parece claro que la obesidad es un factor de riesgo para TEP y TVP.

En otro orden de cosas, los pacientes intervenidos de cirugía de la obesidad, si realizan una correcta profilaxis, tienen una tasa de ETEV bastante aceptable (1,7-2,4%), en los estudios publicados recientemente.

Obesidad y fisiopatología venosa

La obesidad es un factor que parece agravar la incompetencia de las venas superficiales, por los siguientes mecanismos:

1. Es posible que la acumulación de grasa en la cavidad abdominal transmita, hidráulicamente, presión abdominal a las venas, de manera más efectiva que en pacientes no obesos.
2. También el peso de la grasa puede comprimir las venas ilíacas y la vena cava inferior, y causar distensión prolongada de todas las venas de las piernas, y producir fallo valvular, particularmente en las venas superficiales.
3. La obesidad, como los problemas de la estática del pie, interfieren en la normal actividad de la bomba venomuscular.
4. La obesidad predisponde al estreñimiento y distensión abdominal, lo que empeora el retorno venoso.

Cualquiera que sea la causa, se cree que la obesidad es un factor desfavorable para la normal fisiología venosa.

Obesidad y exploraciones venosas

Cuando exploramos un paciente obeso con patología venosa, las venas varicosas englobadas en la grasa subcutánea no se ven fácilmente y, al ocultarse, pueden pasar desapercibidas, hasta que aparecen las complicaciones de dermatitis o úlcera. Por otra parte, ante pacientes con alto riesgo de TVP de las extremidades inferiores (EEII), los signos físicos serán menos evidentes y tendremos que recurrir sistemáticamente, en estos casos, a pruebas objetivas.

Se asume en la literatura que las exploraciones con Doppler y plethysmografía se complican por la cantidad de tejido adiposo. En los estudios con eco-Doppler hemos de usar sondas de menor frecuencia (mayor profundidad) para explorar las venas.

Clínicamente, los estudios sugieren que la obesidad es en sí misma un factor predisponente para la lipodermatosclerosis.

Obesidad y tratamiento médico en patología venosa

Se acepta que la obesidad mórbida se contraindica para el tratamiento ambulatorio de la TVP de EEII. En cuanto a los tratamientos esclerosantes, los pacientes obesos con graves signos de estasis y úlceras, que son malos candidatos para la cirugía por alto riesgo, tienen una buena alternativa en la esclerosis para el control de úlceras venosas; aunque, en los obesos se verá dificultada la técnica de aplicación y el uso de los vendajes compresivos.

Obesidad y tratamiento quirúrgico en patología venosa

En cuanto al tratamiento quirúrgico, el obeso tiene más complicaciones hemodinámicas, respiratorias y tiene una distinta farmacocinética, cuando se usan fármacos anestésicos liposolubles. La posición en la mesa quirúrgica es también un factor de riesgo importante; así, en la cirugía de varices debe evitarse la posición prona; en el abordaje de la región posterior de la pierna se recomienda hacer un buen marcaje de las varices del hueco poplíteo y abor-

darlo en decúbito supino y lateral. En las intervenciones para cirugía de la obesidad, las posiciones que obliguen a mantener en compresión las masas gemelares o aumenten durante largo tiempo la presión abdominal (neumoperitoneo), serán factores que promuevan el desencadenamiento de trombosis venosas. Respecto al tipo de anestesia, se debe preferir, siempre que sea posible, la anestesia regional.

En la técnica quirúrgica en el obeso, por los pliegues cutáneos que presenta, se debe prestar mucha atención a las incisiones realizadas en las EEII y al cierre de ellas, para evitar problemas de cicatrización.

Las operaciones de varices en el paciente obeso se indicarán en casos seleccionados; pero, con el aumento creciente de la cirugía de la obesidad, vamos a asistir a pacientes con varices de EEII que, tras corrección del peso por técnicas de derivación o restricción digestiva, requieran cirugía sobre sus varices.

Respecto a las complicaciones quirúrgicas, como hematomas, fibrosis subcutánea, son más frecuentes en los obesos, sin que haya consenso en las tasas de estas complicaciones.

Conclusiones

Las conclusiones deberán salir del debate en la mesa redonda que se va a celebrar, pero sería muy interesante promover estudios prospectivos sobre las distintas patologías venosas (ETEV y varices), y gradar los niveles de sobrepeso u obesidad, para poder establecer unas pautas de actuación consensuadas en los enfermos que presentan estos dos problemas de salud.