



EDITORIAL

Uso inadecuado de términos vasculares: mitos y leyendas



Inadequate use of vascular ends: Challenges and legends

S. Carrera Díaz

Angiología y Cirugía Vasculard, Valladolid, España

Recibido el 2 de noviembre de 2017; aceptado el 5 de noviembre de 2017
Disponible en Internet el 13 de diciembre de 2017

A lo largo de mi vida profesional me he encontrado con numerosas anécdotas, situaciones y problemas derivados de la práctica clínica. A menudo, en las consultas externas acuden pacientes con «sintomatología» y términos confusos, que derivados de otros colegas médicos traducen el poco o nulo conocimiento que sobre enfermedad vascular se tiene. En este recopilatorio voy a nombrar aquellos más comunes con la esperanza de que estas anotaciones sirvan para clarificar y evitar tantas afirmaciones sin sentido que muchas veces aplicamos a nuestros enfermos y la utilización que de ellas se hacen. Ello conlleva en ocasiones a insatisfacciones por parte del paciente (al no ver cumplidas sus expectativas) y, por otro lado, del especialista vascular, que no termina de transmitir claridad en su diagnóstico, dado que el paciente tiene unos prejuicios que hacen difícil convencer, explicar y tratar estas dolencias. Todas estas situaciones, y muchas más, son consecuencia del empleo de esta terminología inadecuada.

Síndrome de la mala circulación

Según el diccionario de la RAE «*mala*», en su acepción relacionada con la medicina, es «estar enferma» y «*circulación*», referido al campo de la fisiología humana, es el «movimiento continuo de la sangre por las venas y arterias del organismo para llevar oxígeno y otras sustancias a las células,

recogiendo anhídrido carbónico y partículas destinadas a su eliminación».

Si revisamos algunos compendios de la Angiología y Cirugía Vasculard¹⁻³, no se menciona ningún capítulo dedicado a la «mala circulación», salvo si nos introducimos en Internet que habla de «mala circulación» en el entorno de múltiples síndromes vasculares referidos a las extremidades y que corresponden a diferentes diagnósticos.

Después de este preámbulo, si aplicamos el término de circulación a los líquidos en movimiento en el cuerpo humano, tenemos que hablar de la circulación arterial, venosa, linfática, líquido cefalorraquídeo, orina, humor acuoso, líquido intersticial, tubo digestivo, biliar, canales semicirculares, etc., por lo que el término «mala circulación» se puede aplicar a todas las partes de la anatomía humana.

Según esta descripción, el posible tratamiento tiene que ser muy variado. No hay una medicación específica para tratar la «mala circulación» y este comentario viene a colación al mal uso que se realiza de este «diagnóstico» tan indeterminado por parte de la clase médica y la sintonía de los pacientes hacia esta enfermedad crónica, muchas veces «*incurable*». Dicha utilización se emplea, en ocasiones, para derivar a los pacientes desde otras especialidades o desde otros niveles asistenciales a Angiología y Cirugía Vasculard, lo que repercute en tiempos y listas de espera innecesarios en las consultas externas del sistema público de salud. Otras veces, en el ámbito privado, para tratar de cronificarlos movidos por intereses espurios,

Correo electrónico: santiagocarrerad@yahoo.es

<https://doi.org/10.1016/j.angio.2017.11.002>

0003-3170/© 2017 SEACV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

En conclusión, hago un llamamiento a los especialistas de Medicina de Familia y otras especialidades a que no utilicen este término tan impreciso que conlleva una inquietud a los pacientes. En caso de no resolver el cuadro clínico, deberían ser remitidos a Angiología y Cirugía Vascul ar con una orientación básica, donde se completará el estudio diagnóstico preciso de la enfermedad de las extremidades (arteriales, venosas o linfáticas) causante de sus molestias y que necesita un tratamiento específico.

Varices internas

Este diagnóstico es ampliamente utilizado para describir enfermedades relacionadas con los edemas ortostáticos, pesadez, cansancio y a veces impotencia funcional de la extremidad inferior. Revisando la literatura en los tratados antes mencionados tampoco aparece este síndrome.

Los cuadros de varices están tipificados en la clasificación de la CEAP y no se contempla el concepto de interno o externo, sino un sistema venoso superficial que ha perdido la contención venosa en la posición erecta por la disfunción de las válvulas permitiendo el reflujo descendente, provocando las dilataciones varicosas que en algunos pacientes son visibles y en otros casos no desarrollan varices exteriorizadas por el pániculo adiposo exuberante, pero sí favorece la aparición de los fenómenos de pesadez, cansancio, etc., y los trastornos tróficos en las piernas por la congestión venosa superficial. Se puede incluir en este apartado los síndromes posflebiticos o la insuficiencia venosa crónica, ya sea por síndromes postrombóticos o hipertensiones venosas que afectan al sistema venoso profundo de las extremidades inferiores.

Otra situación que puede describirse como varices internas es el motivado por la disfunción de la bomba venosa muscular de las piernas que puede desencadenar una congestión venosa y la aparición del edema y la pesadez.

En conclusión, este término impreciso no existe y solo sirve para transmitir al paciente un supuesto diagnóstico que justifique la pesadez, el cansancio, los dolores y la impotencia funcional que padece sin matizar la causa real de la dolencia.

Flebitis crónica

El término flebitis está en relación con un proceso inflamatorio agudo del sistema venoso superficial de las extremidades (superiores o inferiores) que aparece en áreas determinadas con los signos típicos de la inflamación (dolor, rubor, enrojecimiento y tumor) y que con un tratamiento específico cede entre 15 a 30 días. Realmente, debería llamarse tromboflebitis, dado que son consecuencia de la formación de un trombo.

Según esta descripción, toda flebitis es aguda por definición y, consecuentemente, aplicar el término crónico no está justificado. Este cuadro, que precisa la mayoría de las ocasiones de una simple valoración clínica o ecográfica, suele estar en relación con focos de inflamación crónica en áreas como la cara interna de la rodilla (debido a la sobrecarga del ligamento lateral interno por un genu valgo), sobrecarga de peso, etc.

Otras veces, este término de flebitis crónica se aplica a áreas de lipodermatoesclerosis en el tercio inferior de la pierna en su cara interna, donde la inflamación crónica de esta placa y el color de la zona no están en relación con la vena safena, sino con la propia evolución de la lesión y los edemas ortostáticos de repetición.

Venas dolorosas

Una vena, como colector de sangre venosa de retorno en las extremidades inferiores, no tiene capacidad para desencadenar dolor por sí misma, salvo que desarrolle un foco de flebitis agudo y cede con la desaparición de la inflamación.

Por lo tanto, no hay «venas dolorosas» ni se puede diagnosticar que los dolores de las piernas y muslo tengan relación. Hay un punto clave en este vago diagnóstico y es cuando el paciente menciona que también le molesta en la cama (reposo horizontal), posición en la que suelen ceder todos los procesos flebológicos de las extremidades inferiores por la disminución-desaparición de la hipertensión venosa de las extremidades inferiores.

Estos diagnósticos, habitualmente, suelen estar en relación con casos de roturas fibrilares mal curadas o cialtagias.

Varices por herencia genética

Sobre este punto hay muchas teorías. Si aplicamos la máxima, en el mundo occidental, toda la población sería varicosa, ya que en todas las familias hay alguien varicoso y que genéticamente transmitiría la enfermedad.

En contra de esta descripción, hay familias que solo lo desarrollan uno o 2 miembros y en otras (por el contrario) todos, lo que me hace pensar que la causa hay que buscarla en la transmisión genética de la disfunción valvular (válvulas de retención), que aunque pueden ser muy resistentes a las presiones venosas tronculares, pueden llegar a ser flácidas si el paciente rebasa el nivel de tolerancia a esta presión, lo que desencadenará una sobrecarga capaz de alterar la integridad de la válvula y convertirla en insuficiente, iniciándose así un proceso varicoso.

Esta sobrecarga estará en relación con los factores clásicos, como el sedentarismo, el ortostatismo, la obesidad, el embarazo, los esfuerzos físicos violentos, el estreñimiento, las cardiopatías, etc., y esta es la causa que en familias de varicosos no todos la presenten.

Retención de líquidos

La aparición de un edema en las extremidades inferiores es motivo de una causa que altera el normal retorno venoso y la «retención de líquidos» es el síntoma de este proceso. Por lo tanto, diagnosticar de «retención de líquidos» no debería ser una respuesta médica a un paciente, sino que habría que averiguar cuál es la causa de este edema.

Es muy frecuente que el paciente describa su «retención de líquidos» como un proceso que se inicia por la mañana y se desarrolla a lo largo de la tarde-noche, desapareciendo con el reposo horizontal. Generalmente, estos cuadros (si son bilaterales, de causa sistémica, y si son locales, linfedemas o trombosis venosa profunda) pueden estar también

en relación con sobrecargas en el aparato ligamentario de los tobillos, ya sea por esguinces mal curados, pies valgus y, a veces, planos, y durante el reposo horizontal; al desaparecer el peso corporal, la anatomía de esta zona vuelve a la normalidad, obligando al paciente a micciones nocturnas para evacuar la sobrecarga hídrica de esta zona.

Hay otros procesos que desencadenan estos edemas como las situaciones posturales (sentados, profesiones con ortostatismo mantenido, etc.) y en este caso el edema de la pierna se debe a una disminución de la actividad de la bomba venosa gemelar, a veces por un bajo desarrollo muscular, lo que dificulta el retorno venoso y condiciona la estasis. Esta congestión venosa traspasa las fascias musculares y llega a acumularse en la grasa subdérmica. El edema resultante distiende la piel, lo que supone un riesgo de aparición de úlceras ante un mínimo traumatismo y que pueden agravarse con la aparición de focos de linforragia.

Hay cuadros generales, como enfermedades renales, insuficiencia cardíaca, insuficiencia hepática, hipoalbuminurias, que igualmente desarrollan edemas bilaterales y que son consecuencia de la evolución de estos síndromes sistémicos.

No he querido mencionar en este capítulo los procesos de origen linfático, linfedemas o síndromes paraneoplásicos porque requeriría de otros comentarios más extensos.

Tobillos hinchados

Los «tobillos hinchados» es un término inadecuado y su interpretación hay que enmarcarla en la «retención de líquidos»,

que como hemos dicho corresponde a un edema maleolar cronicado por la reiteración de los episodios diarios de la posición erecta o el sedentarismo. Un simple eco-Doppler descarta procesos tromboticos y una buena exploración descarta otras enfermedades sistémicas que lo justifiquen.

Pueden también corresponder a linfedemas de las extremidades inferiores son habitualmente generalizados y ascendentes. Es muy difícil pensar que un linfedema se desarrolle en los tobillos respetando el dorso del pie y los dedos, y no continúe por la pierna o muslo. Por lo que este término está fuera de lugar.

En conclusión, estos y otros muchos términos que son imprecisos e inapropiados, y que cada uno de nosotros hemos podido oír, contribuyen a esa insatisfacción que a veces se instaura en algunos pacientes. Todos ellos necesitan de un diagnóstico preciso que ayude a su correcto tratamiento. Con este comentario tan solo he pretendido transmitir algunos de los más comunes que me encontré durante mis años de ejercicio con el objeto de que los evitemos.

Bibliografía

1. Almeida JI, Raines JK. Varicose veins. En: Ascher E, editor. *Haimovici's vascular surgery*. 6 th ed. Wiley-Blackwell; 2012. p. 1121–30.
2. Gloviczki P. Chronic venous disorders: General considerations. En: Cronenwett JL, Johnston KW, editores. *Rutherford's vascular surgery*. 8 th ed. Elsevier; 2014. p. 1907–20.
3. González-Fajardo JA. Cuadernos de Angiología y Cirugía Vascular. 1.ª ed. Madrid: Cardiva; 2017.