

**UNIVERSIDAD DE VALLADOLID**  
**FACULTAD DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA, OFTALMOLOGÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA Y FISIOTERAPIA**  
**SERVICIO DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR**  
**HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID**



---

**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Medicina**

**TRABAJO FIN DE GRADO DE MEDICINA**

**“ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA INCIDENCIA  
DE LAS VARICES EN EL VARÓN”**

**Alumna: Gemma Cerezal Gómez. Nº de expediente 255144.**

**Tutor: Prof. D. Carlos Vaquero Puerta.**

**Curso Académico: 2019-2020.**



## ÍNDICE.

RESUMEN .....	1
ABSTRACT.....	2
1.INTRODUCCIÓN .....	3
2.MATERIAL Y MÉTODOS .....	9
3.RESULTADOS .....	10
4.DISCUSIÓN .....	13
5.CONCLUSIONES .....	16
6.BIBLIOGRAFÍA .....	17
ANEXO I. FIGURAS .....	20
ANEXO II. TABLAS.....	27
APÉNDICE. PUBLICACIÓN CIENTÍFICA.....	30

## RESUMEN.

### **Introducción:**

La enfermedad venosa crónica, más frecuente en mujeres, es la patología vascular más común del miembro inferior. En su patogenia se han considerado factores genéticos, hormonales, hábitos de vida personal y laboral. Así, determinadas profesiones, en el pasado habitualmente ejercidas por hombres, influyen en su desarrollo. Se han estudiado con mayor profusión los aspectos epidemiológicos de esta patología en las mujeres, no prestándose igual consideración en lo referente a los varones.

El objetivo es valorar los datos obtenidos de forma consecutiva en una consulta de cirugía vascular en la atención de varones con varices.

### **Material y métodos:**

Se recogieron datos de una muestra de 200 pacientes varones; edad, profesión, comorbilidad, antecedentes familiares, estado nutricional, tipo de varices, grado clínico, uso de medias, insuficiencia de cayado, intervención previa, tromboflebitis y bilateralidad. Se realizó un análisis de frecuencias expresado en porcentajes.

### **Resultados:**

Los pacientes presentaron una edad media de 45,5 años (19-78). Cuarenta pacientes (20%) trabajaban en bipedestación y 32 (16%) en sedestación. El 30,5% referían antecedentes familiares de varices. El 8% eran obesos. Las varices tronculares fueron la forma morfológica mayoritaria (73,5%), siendo el síntoma predominante la pesadez (64,5%). El 68% presentaban grado C2. El 17% usaban medias de compresión elásticas. El 32% presentó insuficiencia de cayado de safena. La patología fue bilateral en el 46% y solo el 9% presentó tromboflebitis.

### **Conclusiones:**

El grupo de edad predominante fue el de 36 a 40 años. Constatamos la frecuencia de antecedentes laborales tanto de bipedestación como de sedestación. Observamos una proporción importante de antecedentes familiares en progenitores. Las varices tronculares constituyen el grupo más numeroso, siendo muchas veces bilaterales. Se observó un bajo porcentaje de empleo de medias elásticas y de tromboflebitis previa. Se vio una alta incidencia de insuficiencia de cayado de safena.

**Palabras clave:** Varices, varón, epidemiología.

## ABSTRACT.

### **Introduction:**

Chronic venous disease, more prevalent among women, is the most common disease in lower limbs. Genetic and hormonal factors as well as personal and professional habits have been considered for its pathogenesis. Certain occupations, traditionally held by men, influence its development. Epidemiological factors in women have been widely explored, whereas studies regarding the disease in men are scarce.

The aim of the study is to assess the data obtained consecutively in a surgery clinic in charge of attending men suffering from varicose veins.

### **Materials and methods:**

The following data was collected from a sample of 200 male patients: age, occupation, comorbidity, family history, nutritional condition, type of varicose veins, clinical degree, stockings usage, insufficiency of the saphenous arch, prior surgery, thrombophlebitis and bilateralism. A frequency analysis was conducted and the results are presented in percentages.

### **Results:**

The average age of the participants was 45.5 years old (19-78). Concerning their professional habits, 40 men (20%) worked in a standing position while 32 (16%) worked in a sitting position. Out of all the subjects, 30.5% had a known family history of varicose veins while 8% suffered from obesity. Trunk varicose veins were the most frequent morphological feature, and heavy legs was the main symptom. The disease of 68% of the subjects was classified as C2. Only 17% of the participants used elastic compression stockings. Insufficiency of the saphenous arch was observed in 32% of the subjects. The disease was bilateral in 46% of the cases while only 9% of the patients suffered from thrombophlebitis.

### **Conclusions:**

The predominant age group was between 36-40 years old. A significant percentage of patients had parents who suffered from the disease. Trunk varicose veins are the most frequent morphological feature, and they are often bilateral. Low percentages of elastic stockings usage and prior thrombophlebitis were observed. A high number of patients suffered for insufficiency of the saphenous arch.

**Key words:** Varicose veins, male, epidemiology.

## 1. INTRODUCCIÓN.

### 1.1. Notas históricas.

La patología venosa ha sido descrita a lo largo de la historia de la medicina. Así, Hipócrates de Cos (460-377 A.C.) dedujo que la bipedestación no era conveniente para las personas con úlceras en las piernas, a pesar de no conocer los fundamentos fisiopatológicos. Además, ideó un método de tratamiento de las varices basado en la punción y la compresión. Cuatro siglos más tarde, Celso empleó la terapia de arrancamiento con ganchos. En 1544, Vassaseus -un anatomista español- describió el sistema venoso de las extremidades mencionando las válvulas venosas y su función. En los inicios del siglo XVII Harvey se ocupó de la fisiología de la circulación venosa. En la misma época, Brodie describió la clínica de la Insuficiencia Venosa Crónica (IVC). En 1896, Perthes aportó un ensayo para valorar la permeabilidad del sistema venoso profundo. Por último, Linton señaló la hipertensión venosa como el concepto fisiopatológico fundamental de la Enfermedad Venosa Crónica (EVC).<sup>1,2</sup>

### 1.2. Conceptos.

Se considera la EVC como la patología vascular más común del miembro inferior. Se define como un conjunto de alteraciones venosas de larga duración, ya sean morfológicas o funcionales. La EVC incluye un amplio espectro clínico que varía desde una dilatación superficial mínima de las venas hasta alteraciones cutáneas severas. La clasificación CEAP (acrónimo de “Clinical, Etiology, Anatomy, Pathophysiology”) considera aspectos clínicos, etiológicos, anatómicos y fisiopatológicos en la EVC. En 1994 el *American Venous Forum* elaboró un documento de consenso para la clasificación de la insuficiencia venosa. Así, desde el punto de vista clínico se describen siete grados que van desde la ausencia de signos en el grado cero a la úlcera venosa activa en el siete. (Tabla 1).

Las varices o venas varicosas son un cuadro patológico que se caracteriza por la dilatación del sistema venoso superficial de los miembros inferiores con elongaciones tortuosas y que presentan alteraciones estructurales de la pared vascular.<sup>3,4</sup>

### **1.3. Epidemiología.**

La insuficiencia venosa crónica, expresada en muchas ocasiones como varices, es una enfermedad muy prevalente en nuestro medio, aunque debido a la falta de estudios rigurosos no se conocen las cifras concretas.<sup>5</sup> La etiología en la mayoría de los casos (95-97%) es primaria o idiopática.<sup>6</sup>

Las alteraciones crónicas del sistema venoso están presentes en aproximadamente la mitad de la población. En los niveles de menor gravedad se encuentran las telangiectasias y las venas reticulares. Son dilataciones venosas intradérmicas y subdérmicas respectivamente. Las varices son venas subcutáneas dilatadas y tortuosas de un diámetro igual o mayor a 3 mm. Las presentan alrededor del 10-30% de la población general, aumentando la incidencia con la edad. También son más frecuentes en mujeres. La insuficiencia venosa crónica se caracteriza por la presencia de edema, cambios cutáneos o úlceras y reflujo venoso crónico. Como esta alteración puede ser recurrente, la prevalencia suele estar alrededor del 1-5%. Cabe mencionar que entre varones y mujeres no existe diferencia en la incidencia de IVC moderada, aunque en los casos severos, el porcentaje es mayor en hombres.<sup>7,8</sup>

### **1.4. Factores de riesgo.**

Los factores de riesgo para desarrollar EVC incluyen edad avanzada, antecedentes familiares, laxitud ligamentosa, algunas enfermedades hereditarias como el síndrome de Klippel-Trenaunay, shunts arteriovenosos o algunos traumatismos en la extremidad inferior. Ciertas condiciones del estilo de vida también actúan como factor de riesgo; vida sedentaria, tabaquismo, obesidad y factores laborales que implican bipedestación o sedestación prolongadas (camareros, dependientes, conductores o administrativos entre otros). En cuanto al género, la prevalencia de EVC en general es mayor en mujeres, así como en estados hormonales que implican niveles elevados de estrógenos y en el embarazo (en este caso también influye el aumento de la presión intraabdominal). Sin embargo, el tratamiento hormonal sustitutivo y los anticonceptivos orales no incrementan el riesgo de varices.<sup>9</sup>

### 1.5. Etiopatogenia.

Los factores que influyen en la evolución severa de la EVC no son completamente conocidos. Se sabe de la existencia de ciertos marcadores de inflamación que podrían predecir tanto gravedad como progresión. Uno de estos marcadores es la relación de fibrinógeno/albúmina séricos, pudiendo ser útil para valorar la evolución de la enfermedad.<sup>10</sup>

Existen dos teorías fisiopatológicas del sistema venoso superficial, la “descendente” y la “ascendente”. La teoría “descendente” explica el reflujo por alteraciones de la pared venosa. Se observa un incremento de la cantidad de fibras colágenas en la pared venosa y una disminución en las elásticas y en la musculatura lisa; esto conduce finalmente a fibrosis. Como consecuencia, se produce disfunción en las válvulas venosas y por tanto reflujo. Clásicamente se pensaba que este proceso comenzaba en las uniones safeno-femorales y safeno-poplíteas, ampliándose progresivamente en dirección cráneo-caudal, de ahí el nombre de esta teoría. Por otra parte, tenemos la teoría “ascendente”, más actual, que considera que el origen de las venas varicosas se basa en la incompetencia de las ramas tributarias. Después se afectarían los troncos principales y finalmente las uniones safeno-femorales y safeno-poplíteas. Los cambios postrombóticos como son la estenosis, la oclusión, las sinequias intraluminales y el incremento de la rigidez de la pared de la vena, al final conducen hacia la obstrucción crónica responsable del aumento de la resistencia al flujo venoso. (Figura 1).<sup>11,12</sup>

### 1.6. Clínica.

La sintomatología es muy variada y poco específica. Además de la manifestación externa cutánea de venas dilatadas y tortuosas en mayor o menor grado y con los diferentes perfiles en cuanto a su expresión morfológica, se incluye pesadez de piernas, edema, hinchazón, dolor predominantemente vespertino, pigmentaciones, calambres, parestesias y alteraciones tróficas de la piel, a nivel fundamentalmente de la cara interna de la pierna donde pueden desarrollarse úlceras venosas. La clínica empeora con la bipedestación y con ambiente caluroso, y mejora con el decúbito, el frío y el ejercicio físico. No suele existir correlación entre la afectación hemodinámica y la intensidad de los síntomas.<sup>13</sup>

Los signos clínicos según la clasificación CEAP pueden resumirse (Tabla 1):

**-C0.** Sin signos. Un 20% de los individuos con síntomas no tienen signos visibles.

- C1.** Telangiectasias y venas reticulares. Vénulas intradérmicas dilatadas de menos de 1mm de diámetro, más frecuentes en mujeres.
- C2.** Venas varicosas. Las venas varicosas observadas por el paciente es la causa más común de consulta. El dolor es frecuente, debido a la dilatación venosa. Una sintomatología más florida podría indicar varicoflebitis. Puesto que son vasos superficiales, un traumatismo leve podría provocar varicorragia.
- C3.** Edema. En los estados iniciales se presenta de manera vespertina, inicialmente maleolar, ascendente, unilateral, con pobre respuesta a los diuréticos.
- C4.** Cambios cutáneos sin úlcera. El flujo sanguíneo ralentizado favorece la filtración de hemosiderina y la consiguiente pigmentación de la piel, más prominente en la parte medial del tobillo. Puede producirse lipodermatoesclerosis, una paniculitis fibrosante de la dermis y el tejido celular subcutáneo. No es raro encontrar una reacción eccematosa con prurito y descamación, que favorece al rascado y la excoriación cutánea, puerta de entrada a bacterias, culminando de esta forma en celulitis y linfangitis.
- C5 y C6.** Úlcera venosa cicatrizada o activa, respectivamente. Pueden ser úlceras únicas o múltiples, localizadas en el maléolo interno, con bordes irregulares y anfractuados. (Figura 2).

### 1.7. Diagnóstico.

Una anamnesis minuciosa es de vital importancia, indagando en los antecedentes familiares, el estilo de vida y los eventuales factores de riesgo. La exploración venosa debe realizarse con el paciente en bipedestación, así al obtener el relleno venoso máximo se podrán visualizar las varicosidades del territorio superficial. (Figuras 3 y 4).

Dentro de las exploraciones diagnósticas se halla el Doppler continuo; un retardo en el flujo mayor de 0'5 segundos es indicativo de reflujo. El eco-Doppler es la prueba complementaria de elección para complementar el diagnóstico clínico. Posibilita la detección de la obliteración crónica, de la incompetencia valvular y de las alteraciones postrombóticas crónicas. También es útil intraoperatoriamente como orientación. Otras técnicas no invasivas menos empleadas son la fotopletismografía y la pletismografía aérea.<sup>14</sup>

### **1.8. Tratamiento.**

El tratamiento inicial para la mayoría de pacientes con EVC es conservador, e incluye medidas como el ejercicio no violento, por ejemplo la natación, elevación de piernas y terapia con medias elásticas de compresión. De hecho, la terapia compresiva es la medida fundamental para el tratamiento, incluso el vendaje compresivo en el caso de ulceraciones. De otra parte, no existen estudios que demuestren la eficacia de los fármacos flebotónicos en la mejoría de los síntomas de IVC, salvo quizás en el edema.<sup>15</sup>

Los pacientes con telangiectasias y venas reticulares muchas veces reciben tratamiento por causas cosméticas. La escleroterapia es el procedimiento que se lleva a cabo en primer lugar. La ablación con láser se suele dejar como segundo escalón si la escleroterapia no es eficaz o en alérgicos a los agentes esclerosantes. La ablación con radiofrecuencia se emplea en pacientes sintomáticos con eco-doppler que revele un reflujo mayor de 0'5 segundos, que tengan permeable el sistema venoso profundo y una vena que sea factible de cateterizar.<sup>16</sup>

En pacientes muy sintomáticos con varices evidentes y en aquellos con riesgo de complicaciones se recomienda tratamiento quirúrgico. Es conveniente el marcado preoperatorio de las venas varicosas en bipedestación. (Figura 5).

El stripping es la técnica clásica para la intervención de varices, también llamada safenectomía quirúrgica clásica. El tratamiento consiste en la extirpación completa de la safena, utilizando un catéter llamado fleboextractor, una vez desconectada en la ingle de la vena femoral y en el tobillo de la safena distal. (Figura 6). Sin embargo, no existe evidencia científica para recomendar un tipo de cirugía u otra, aunque la tolerancia es mejor para las técnicas mínimamente invasivas.<sup>17,18,19</sup>

### **1.9. Insuficiencia venosa crónica en el varón.**

Esta enfermedad, por diferentes razones, se ha relacionado más con el sexo femenino que con el masculino, posiblemente por su vinculación con las hormonas femeninas y de otro lado por la menor importancia estética que hasta hace no mucho tiempo daba el varón a ciertos aspectos físicos.<sup>20,21,22</sup>

Por otro lado, la insuficiencia venosa crónica o las varices han sido tenidas en consideración por muchos profesionales que en numerosas ocasiones han dedicado atención, esfuerzo y dedicación a esta patología, pero quizá por su especial perfil no

han transmitido la información en publicaciones de gran profundidad científica, aunque si que se haya comunicado en foros científicos.<sup>23</sup> Como resultado, en el momento actual se tiene un gran desconocimiento desde el punto de vista epidemiológico de esta patología, aunque se disponga de mucha información quizás poco contrastable al no pertenecer a estudios elaborados con bases metodológicas fiables.<sup>24</sup>

Por tanto, observamos que el varón ha sido precisamente el sexo menos estudiado y al que una menor atención se le ha prestado en lo que se refiere a esta enfermedad, de ahí el relativo desconocimiento de las características epidemiológicas de la patología varicosa en los hombres.

Por ello, el objetivo de nuestro trabajo es valorar desde un punto de vista epidemiológico los datos obtenidos en la consulta de cirugía vascular de forma consecutiva en la atención de pacientes varones portadores de varices.

## 2. MATERIAL Y MÉTODOS.

### 2.1. Material.

Realizamos un estudio observacional de una muestra de 200 pacientes del sexo masculino, empleando la información obtenida de forma consecutiva en un único consultorio donde se atiende a pacientes remitidos desde atención primaria con diagnóstico de presunción de patología varicosa.

Se recogieron y se tabularon los datos siguientes: filiación (de manera anónima codificada), edad, profesión, enfermedades previas, antecedentes familiares de varices, estado nutricional, tipo de venas varicosas, grado clínico según la clasificación CEAP (Tabla 1), uso previo de medias de compresión elástica, signos clínicos de insuficiencia de cayado de safena, intervención previa por patología varicosa, signos de tromboflebitis y bilateralidad del cuadro. (Tabla 2).

Todo ello en el contexto de la práctica clínica habitual y conforme a la legalidad en lo referente a la protección de datos (*Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*).

### 2.2. Métodos.

Para los parámetros citados (edad, oficio, enfermedad previa, historia familiar, nutrición, tipo de varices, grado clínico, uso de medias, insuficiencia de cayado de safena, intervención quirúrgica previa, tromboflebitis y bilateralidad) reflejados en la tabla 2, de los 200 casos recogidos, se realizó un análisis de frecuencias expresado en porcentajes. Al considerarse el estudio fundamentalmente descriptivo solo se han tenido en consideración datos cuantificables y con expresión de los mismos en porcentajes, sin realizar ningún tipo de comparación con otros grupos afectados de esta misma patología

### **3. RESULTADOS.**

Expresaremos de manera pormenorizada cada uno de los parámetros analizados en nuestra serie.

#### **3.1. Edad.**

Los pacientes evaluados mostraron una edad media de 45,5 años. El paciente más joven con esta patología fue un varón con 19 años y el de mayor edad tenía 78 años. Se han estratificado los datos en grupos de edad de 5 años. El grupo predominante, con un 16% de frecuencia, fue el de los 31 a los 35 años, seguido por el de 36 a 40 años con un 14,5%. El menos frecuente fue el de menores de 20 años con un 1%. Los mayores de 70 años suponen un 5% del total. (Tabla 3). (Figura 7).

#### **3.2. Profesión.**

Recogimos profesiones muy variadas sin predominio de ninguna de ellas de forma ostensible, aunque sí que se encontraban entre las más frecuentes las que implican bipedestación. Concretamente 40 pacientes (20%) tenían oficios para los que se precisa estar de pie. Por ejemplo, 18 pacientes trabajaban como dependientes de comercio. (Tabla 4). Cabe señalar que 32 pacientes (16% de la muestra) se dedicaban a actividades que implican muchas horas de sedestación, como administrativos (18 casos) estudiantes y opositores (6 casos), o conductores (6 casos). De otra parte, el 22% referían ser jubilados y un 10% se encontraban en paro.

#### **3.3. Enfermedades previas o asociadas.**

El 84.5% (169 pacientes) no presentaban ninguna enfermedad asociada, quizás porque una proporción importante (120 pacientes, el 60%) eran jóvenes, con edades entre los 26 y los 50 años. De los pacientes que sí presentaban alguna patología adicional (31 pacientes, el 15.5 %), la más frecuente fue la hipertensión arterial (en 9 ocasiones), seguida de la diabetes (en 7 casos) y depresión (4 antecedentes).

#### **3.4. Antecedentes familiares de varices.**

Se encontraron antecedentes familiares de varices en los progenitores en el 30.5% de los casos, 61 pacientes.

### **3.5. Estado nutricional.**

El 8% de los varones que presentaban varices en el estudio eran obesos, 16 pacientes. Se define obesidad según la OMS (Organización Mundial de la Salud) como un IMC (Índice de masa corporal) igual o superior a 30 kg/m<sup>2</sup>; dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la estatura en metros.

### **3.6. Tipo de varices.**

En los que se refiere a las formas morfológicas, 147 del total eran tronculares (73.5%), 29 eran de tipo varicular (14.5%), 15 telangiectasias (7.5%) y 9 reticulares (4.5%). (Tabla 5).

### **3.7. Sintomatología.**

En cuanto al síntoma predominante, el 64,5% de los individuos manifestaron pesadez (129 pacientes). En un 27 % se observó simplemente preocupación estética sin referir ninguna molestia (54 pacientes). El edema se reflejó en el 4% (8 casos) y el prurito se presentó en 9 individuos (4,5%). (Tabla 6).

### **3.8. Grado clínico según la clasificación CEAP.**

Teniendo en cuenta la sintomatología y la exploración clínica se pudieron categorizar según la Clasificación Clínica CEAP, en el grado C1, 39 pacientes (19,5%), 136 en C2 (68%), en C3 ocho enfermos (4%), en C4 ocho pacientes (4%), en C5 dos (1%) y siete en C6 (3,5%). (Tabla 7).

### **3.9. Uso previo de medias elásticas de compresión.**

Medidas preventivas, en especial medias de compresión elásticas, habían sido empleadas por 34 pacientes (17%).

### **3.10. Insuficiencia de cayado de safena.**

Mediante exploración funcional Doppler se diagnosticó en 64 pacientes insuficiencia venosa de cayado de safena (32%) con reflujo a ese nivel.

### **3.11. Intervención previa por varices.**

Del total, 31 pacientes habían sido intervenidos previamente con procedimientos quirúrgicos (15.5%), de los cuales tres lo habían sido dos veces y a uno le habían realizado tres intervenciones previas.

### **3.12. Tromboflebitis.**

Únicamente 18 pacientes (9%) manifestaron haber padecido tromboflebitis sin poder constatar en ninguno de ellos ninguna secuela.

### **3.13. Bilateralidad.**

Un 46% de los varones con varices mostraron afectación en ambas piernas.

## 4. DISCUSIÓN.

La insuficiencia venosa se puede definir como la incapacidad del sistema venoso para mantener una adecuada presión intraluminal. Puede aparecer en cualquier territorio orgánico, pero adquiere mayor relevancia en las extremidades inferiores, donde además influye negativamente la presión hidrostática. Si a la presión hidrostática en bipedestación se añade la alteración de los mecanismos hemodinámicos favorecedores del retorno venoso, la consecuencia es la estasis y la hipertensión venosa.<sup>25</sup>

La insuficiencia venosa crónica de las extremidades inferiores afecta sobre todo a pacientes a partir de los 30 años de edad, lo cual hemos podido observar en nuestro trabajo, y se manifiesta por una multitud de signos, de los cuales los más obvios son las varices y la úlcera venosa. Estas alteraciones tróficas, que oscilan entre cambios cutáneos leves como hiperpigmentación y úlceras crónicas cicatrizadas o no, suponen respectivamente los grados clínicos C4, C5 y C6 de la CEAP; en nuestro trabajo observamos 17 pacientes (8,5%) en esos estadios clínicos más severos, y la mayor proporción estaba constituida por varices tronculares (73,5%), lo cual es concordante con la literatura. Entre otros signos se incluyen el edema, el eczema venoso, la hiperpigmentación de la piel a nivel perimaleolar, la atrofia blanca y la lipodermatoesclerosis. En nuestra serie, el edema (grado clínico C3 de la CEAP) se reflejó solo en 8 casos. La aparición de complicaciones del síndrome varicoso, puede condicionar la indicación terapéutica. De otra parte, se recogieron un número relativamente bajo de tratamiento previo conservador con medias elásticas, en concreto fueron empleadas solo en el 17% de los casos.<sup>26</sup>

Estos perfiles nosológicos son comunes tanto en la mujer como en el varón, aunque en las primeras, por circunstancias hormonales y también en situaciones fisiológicas relacionadas con el embarazo, se ha considerado el proceso con una mayor relevancia tanto a nivel clínico como social.<sup>27,28</sup>

En el varón siguen influyendo los factores hereditarios o genéticos que se reconocen relacionados en general con la patología varicosa independientemente del sexo de la persona que la sufra. Consistente con ello, en nuestro estudio hemos encontrado antecedentes familiares de varices en los progenitores en el 30.5% de los pacientes. También es común el factor de bipedestación relacionado con el hecho evolutivo de la posición erecta característica de la especie humana, lo cual incrementa el factor estático del continente venoso, especialmente cuando no está activa la bomba

muscular, situación que se da con el movimiento. Este hecho se relaciona directamente con la posición estática que se mantiene en determinadas profesiones; así, el proceso varicoso se ha relacionado tradicionalmente con ciertas ocupaciones laborales, y en especial algunas más relacionadas en el pasado con el varón, como cirujanos, camareros, cocineros, dependientes u obreros de determinadas fábricas y empresas. Hoy en día sin embargo estos oficios no son exclusivamente realizados por el hombre. En relación con estas afirmaciones recogidas en la literatura, hemos podido observar concordancia con los datos analizados en nuestra serie, en la que se reflejan antecedentes laborales variados; los más frecuentemente recogidos son los que implicaban muchas horas de bipedestación; concretamente esto se observó en 40 pacientes, el 20% del total.<sup>29,30</sup>

La sedestación también es otro factor que se ha descrito como favorecedor en el desarrollo de las varices relacionado también con la inactividad continuada de la bomba muscular, muy vinculado sobre todo con profesiones de perfil administrativo o conductores, que implican estar sentado durante largos periodos, más relacionadas con el varón en el pasado. En nuestra serie observamos una proporción no desdeñable de pacientes que presentaban una actividad laboral que precisaba de muchas horas de mantenerse sentado, concretamente el 16% de la muestra. La obesidad es otro factor predisponente y que se relaciona con los anteriormente mencionados, ya que favorece el enlentecimiento del flujo sanguíneo a nivel venoso y su estasis, y por lo tanto la hiperpresión venosa y el desarrollo de venas varicosas. Este estado nutricional deficiente, definido según la OMS como un IMC mayor de 30 kg/m<sup>2</sup> fue observado en 18 varones de nuestro trabajo.<sup>25</sup>

Con respecto al varón hay que tener en cuenta que, en el pasado, los integrantes de este sexo por regla general no consideraban entre sus valores prioritarios los aspectos estéticos de la misma manera que hoy en día. Además, las manifestaciones externas del síndrome varicoso quedaban en ellos enmascaradas por los hábitos y usos de vestimenta. Así, el hombre daba mayor importancia a este cuadro cuando se desarrollaban complicaciones, muy especialmente los trastornos tróficos y los procesos ulcerativos consecuentes. Estos aspectos han ido cambiando paulatinamente al modificarse muchos de estos principios mantenidos en el pasado, en base a un progresivo desarrollo social y personal relacionado con el individuo.<sup>31,32,33</sup>

La principal limitación de nuestro trabajo es que se trata de un estudio de frecuencias expresadas en porcentajes, sin poder establecer comparaciones con otros

grupos demográficos.

A nuestro juicio, las principales fortalezas de nuestro estudio son que representa una muestra relativamente amplia, recogida consecutivamente en un consultorio de nuestro medio sanitario, y que analiza una relevante cantidad de datos demográficos, clínicos y de exploración de un grupo poblacional insuficientemente investigado, como es el de los varones con síndromes varicosos, permitiéndonos obtener una perspectiva epidemiológica de ese conjunto de población.

## 5. CONCLUSIONES.

Las principales conclusiones que pensamos podemos obtener del trabajo es que en nuestro estudio:

- 1.-La edad de presentación de síndrome varicoso en varones es relativamente baja, siendo el grupo predominante el de los 31 a los 35 años.
- 2.-Constatamos la frecuencia de aparición de antecedentes laborales en varones que incrementan el factor estático del continente venoso; tanto actividades que precisan de bipedestación como de sedestación.
- 3.-Encontramos una proporción importante de antecedentes familiares de varices en los padres de los pacientes.
- 4.-Observamos que las varices tronculares constituyen el mayor porcentaje de formas morfológicas en el varón siendo testimoniales el resto, añadiendo el dato del alto porcentaje en el que se presentan varices en las dos extremidades.
- 5.-La sintomatología que presentan los pacientes no se muestra como muy relevante, presentando el perfil de molestias como pesadez.
- 6.-Podemos observar un relativamente bajo porcentaje de varones que emplearon medios de contención elástica, eficaces para evitar el desarrollo de los síndromes varicosos y sobre todo la presentación de complicaciones.
- 7.-Pudimos objetivar un alto porcentaje de insuficiencia de cayado de safena en la exploración funcional.
- 8.- Refleja un porcentaje de tromboflebitis previa relativamente bajo.

## 6. BIBLIOGRAFÍA.

1. Caggiati A, Bertocchi P. Regarding “fact and fiction surrounding the discovery of the venous valves”. *J Vasc Surg.* 2001; 33 (6): 1317.
2. Illig KA, Rhodes JM, DeWeese J. Venous and lymphatic disease: a historical review. En: Gloviczki P, editor. *Handbook of venous disorders.* 1ª edición. London: Edward Arnold Publishers Ltd; 2009. p. 3-11.
3. Kirienko AI, Zolotukhin IA, Iumin SM, Seliverstov EI. Lower limb varicose disease in men and women: findings of prospective study SPECTRUM. *Angiol Sosud Khir.* 2012; 18 (3): 64-8.
4. Lojo I, Álvarez LJ, Fernández F, Vila R, Vaquero C. Registro de actividad de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular, año 2014. *Angiología.* 2016; 68 (5): 414-31.
5. San Norberto EM, Brizuela JA, Merino B, Vaquero C. Patología venosa y linfática. *Medicine* 2013: Unidad temática 45:2691-9.
6. Vaquero C. La investigación clínica de la insuficiencia venosa crónica. Syllabus de las IV Monografías Vasculares. Insuficiencia venosa crónica. Una realidad elusiva. Ciutat Sanitaria i Universitaria de Bellvitge. Barcelona 2001. p.10-12.
7. Evans CJ, Fowkes FG, Ruckley CV, Lee AJ. Prevalence of varicose veins and chronic venous insufficiency in men and women in the general population: Edinburgh Vein Study. *J Epidemiol Community Health.* 1999; 53 (3):149-53.
8. Chiesa R, Marone EM, Limoni C, Volontè M, Petrini O. Chronic venous disorders: correlation between visible signs, symptoms, and presence of functional disease. *J Vasc Surg.* 2007; 46 (2): 322-30.
9. Criqui MH, Denenberg JO, Bergan J, Langer RD, Fronck A. Risk factors for chronic venous disease: the San Diego Population Study. *J Vasc Surg.* 2007; 46 (2): 331-7.
10. Karahan O, Yavuz C, Kankilic N, Demirtas S, Tezcan O, Caliskan A et al. Simple blood tests as predictive markers of disease severity and clinical condition in patients with venous insufficiency. *Blood Coagul Fibrinolysis.* 2016; 27 (6): 684-90.
11. Travers JP, Brookes CE, Evans J, Baker DM, Kent C, Makin GS et al. Assessment of wall structure and composition of varicose veins with reference to collagen, elastin and smooth muscle content. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 1996; 11 (2): 230-7.

12. Meissner MH, Moneta G, Burnand K, Gloviczki P, Lohr JM, Lurie F et al. The hemodynamics and diagnosis of venous disease. *J Vasc Surg.* 2007; 46 (Suppl S): 4S- 24S.
13. Vaquero C (Editor). *Cirugía de las varices.* Gráficas Gutiérrez Martín S.L. Valladolid. 2014.
14. Brizuela JA, San Norberto EM, Merino B, Vaquero C. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la insuficiencia venosa crónica de las extremidades inferiores. *Medicine. Unidad temática 45:* 2717-20.
15. San Norberto E, García-Sainz I, Fuente R, Flota C, Estévez I, Vaquero C. Tratamiento farmacológico de la insuficiencia venosa crónica: revisión y puesta al día. *Rev Iberoam Cir Vasc.* 2015,3 (1): 41-7.
16. San Norberto E, Taylor J, García-Saiz I, Martín Pedrosa M, Vaquero-Puerta C. Tratamiento mediante radiofrecuencia de las varices. En: Vaquero Puerta C, editor. *Tratamiento de las varices.* 1ª edición. Valladolid: Procivas SLNE; 2014. p. 97.
17. Gutiérrez V, Martín-Pedrosa M, Del Río L, Torres A, Ibáñez MA, Barrios A et al. Tratamiento quirúrgico ambulatorio de las varices. *Rev Esp Inv Quir.* 2001; 4 (3):152-8.
18. Vaquero C, Del Río L, De Marino P, Revilla A, Brizuela JA, Taylor J et al. Tratamiento quirúrgico de las varices. *Anal Real Acad Med Cir Vall.* 2014; 52:33-46.
19. San Norberto E, García-Sainz I, Urien LM, Fuente R, Flota C, Vaquero C. Tratamiento de las varices mediante ablación térmica: endoláser y radiofrecuencia. *Rev Iberoam Cir Vasc.* 2014; 2 (4): 176-82.
20. Özcan S, Odabasi D, Kurt T, Gür AK, Kunt A, Balaharoglu Y at al. Impact of elevated serum estradiol/free testosterone ratio on male varicose veins in a prospective study. *Wien Klin Wochenschr.* 2015; 127: 19-20.
21. Serra R, Gallelli L, Perri P, De Francesco EM, Rigracciolo DC, Mastroberto P et al. Estrogen Receptors and Chronic Venous Disease. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2016; 52 (1):114-8.
22. Kendler M, Kratzsch J, Wetzig T, Simon JC. Sex steroid hormones are not altered in great saphenous veins after varicose vein treatment in male patients. *Phlebology.* 2014; 29 (5): 310-7.

23. Fronek LF, Bunke NJ, Fronek HS. Nocturnal leg symptoms are not associated with specific patterns of superficial venous insufficiency. *Int Angiol.* 2017; 36 (6): 565-8.
24. García-Gimeno M, Rodríguez-Camarero S, Tagarro-Villalba S, Ramalle-Gomara E, González-González E, González Arranz MA et al. Duplex mapping of 2036 primary varicose veins. *J Vasc Surg.* 2009; 49 (3): 681-9.
25. Del Río Solá L, Del Blanco I, Gutiérrez V, González JA, Carrera S, Ibáñez MA et al. Fisiopatología de la insuficiencia venosa. *Rev Esp Inv Quir.* 2004; 7 (4): 191-5.
26. García-Gimeno M, Rodríguez-Camarero S, Tarrago-Villalba S, Ramalle-Gomara E, Ajona JA, González-Arranz MA et al. Reflux or not reflux? Reflexiones sobre la publicación anglosajona del término en las varices primarias de los miembros inferiores en relación con nuestro entorno. *Angiología.* 2010; 62 (2): 65-70.
27. Kopto AA, Vinogradov IV, Kharpunov VF, Mamedov RE, Smyslova ZV. Long-term results of the first treatment of men with May-Thurner syndrome and varicose veins of pelvic organs. *Urologiia.* 2019; (3): 114-21.
28. Kavousi Y, Al Adas Z, Karamanos E, Kennedy N, Kabbani LS, Lin JC. Men present with higher clinical class of chronic venous disease before endovenous catheter ablation. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2018; 6 (6): 702-6.
29. Kurginyan KM, Raskin VV. Endovascular treatment of acute thrombophlebitis of the lower extremities in patients with varicose veins. *Khirurgiia (Mosk).* 2019; (10): 50-4.
30. Martínez-Del Río C, San Norberto E, Gutiérrez D, Domingos L, Vaquero C. Síndrome de congestión pélvica en varones. A propósito de un caso, *Rev Iberoam Cir Vasc.* 2016; 4 (1): 29-31.
31. Criqui MH, Jamosmos M, Fronek A, Denenberg JO, Langer RD, Bergan J et al. Chronic venous disease in an ethnically diverse population: the San Diego Population Study. *Am J Epidemiol.* 2003; 158 (5): 448-56.
32. Gloviczki P, Comerota AJ, Dalsing MC, Eklof BG, Gillespie DL, Gloviczki ML et al. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. *J Vasc Surg.* 2011; 53 (5 Suppl): 2S-48S.
33. Vaquero C, Barrios A. Síndrome varicoso. En *Cuidados de enfermería en cirugía vascular.* Secretariado de Publicaciones. Valladolid 2000.

## ANEXO I. FIGURAS.

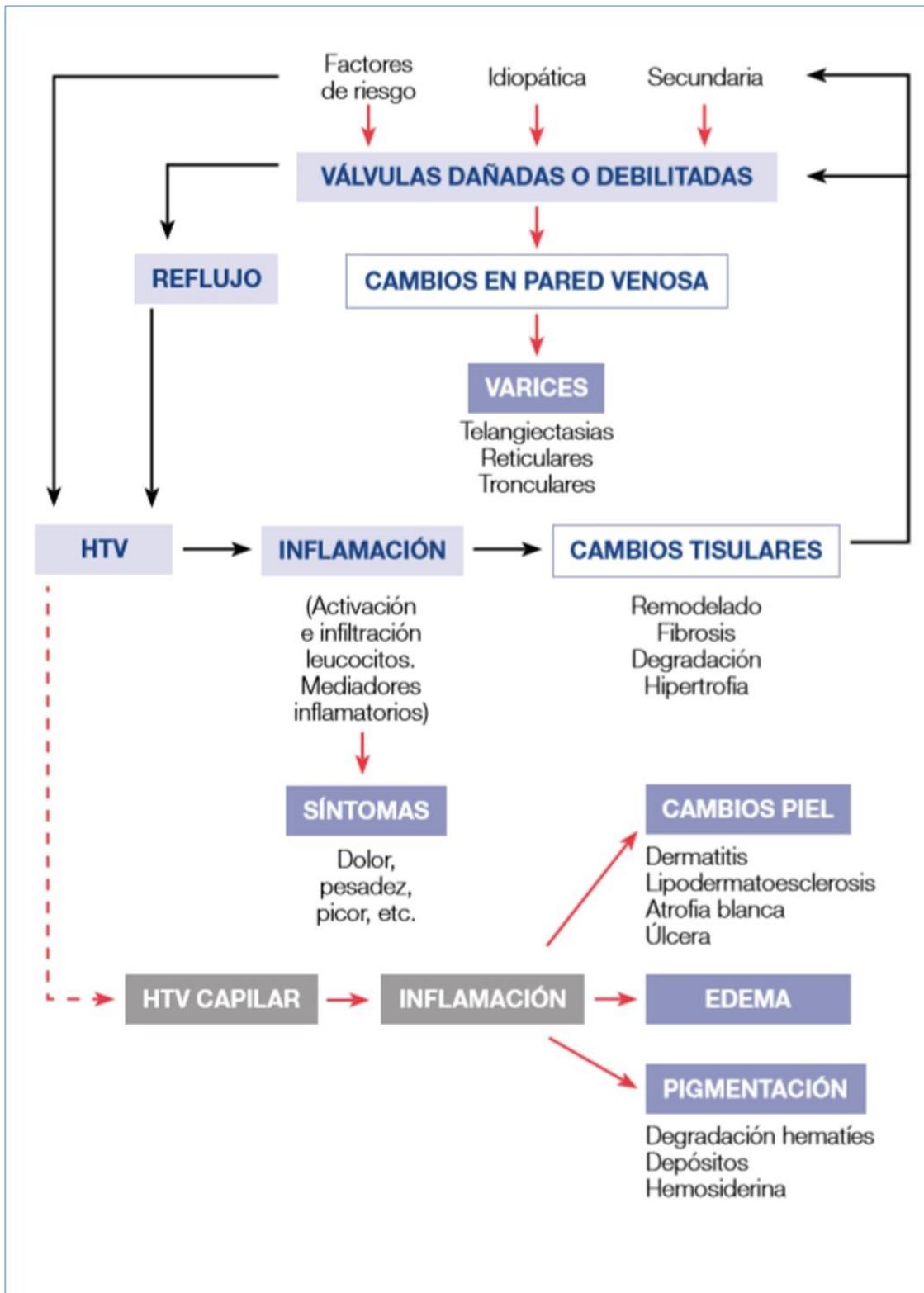


Figura 1. Esquema etiopatogénico de la EVC (*enfermedad venosa crónica*).

(HTV hipertensión venosa)



Figura 2. Úlcera varicosa cicatrizada en la parte distal de la cara interna de la pierna.



Figura 3. Dos casos de varices tronculares dependientes de la safena mayor.



Figura 4. Síndrome varicoso en la cara posterior de la pierna.



Figura 5. Marcaje prequirúrgico en bipedestación de las venas varicosas.



Figura 6. Introducción del fleboextractor para safenectomía por stripping en la intervención de varices.

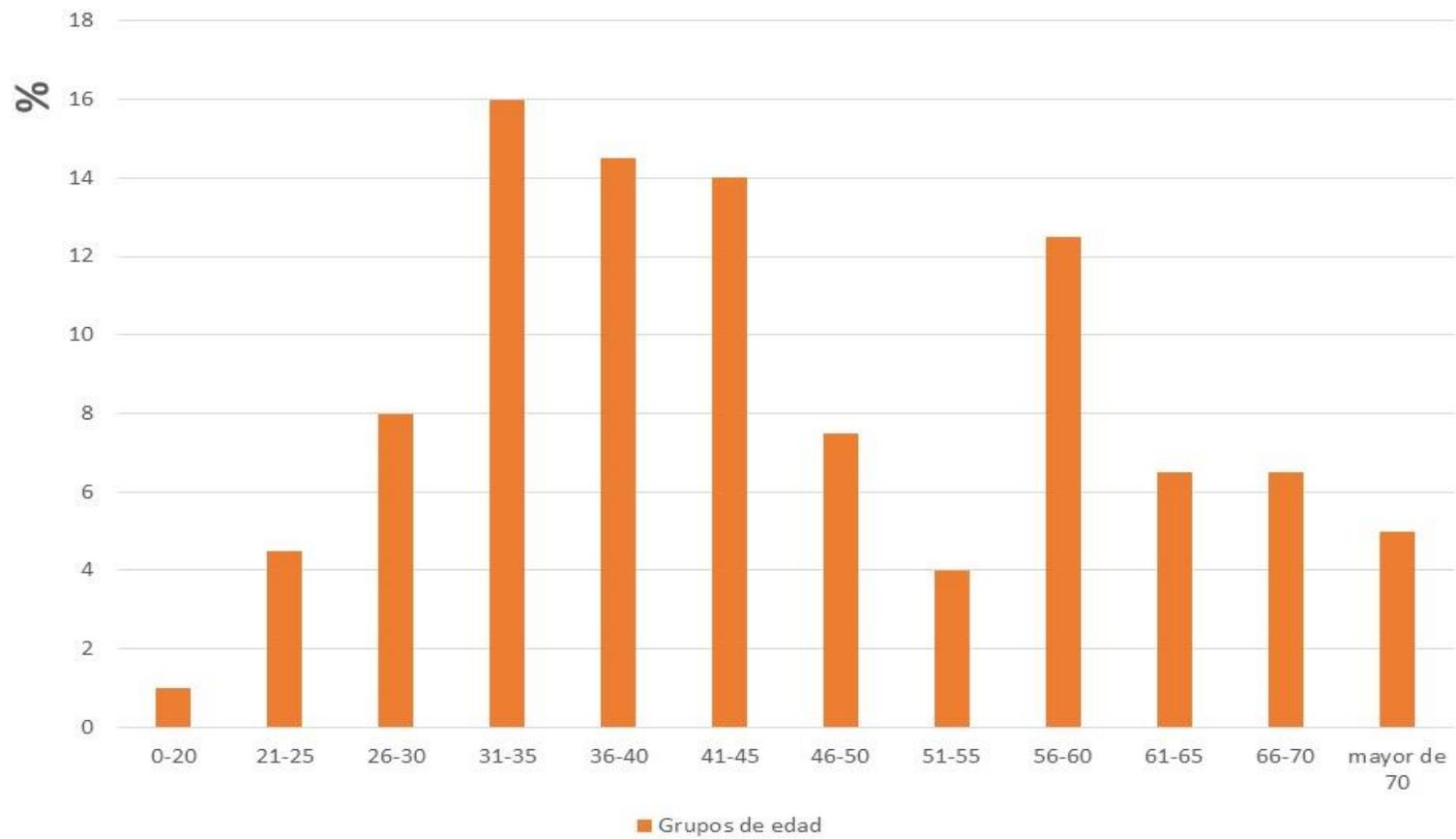


Figura 7. Distribución de los pacientes por grupos de edad.

## ANEXO II. TABLAS.

<b>C</b>	<b>CLÍNICA</b>	C0: sin signos de insuficiencia venosa. C1: telangiectasias y venas reticulares. C2: venas varicosas. C3: edema. C4: cambios cutáneos sin úlcera (dermatitis ocre, atrofia blanca, lipodermatoesclerosis). C5: úlcera venosa cicatrizada. C6: úlcera venosa activa.
<b>E</b>	<b>ETIOLOGÍA</b>	Ec: congénita. Ep: primaria. Es: secundaria.
<b>A</b>	<b>ANATOMÍA</b>	As: venas del sistema superficial. Ad: venas del sistema profundo Ap: venas perforantes.
<b>P</b>	<b>FISIOPATOLOGÍA</b>	Pr: reflujo. Po: obstrucción. Pro: reflujo y obstrucción.

Tabla 1. Clasificación CEAP (*Clinical, Etiology, Anatomy, Pathophysiology*) de la EVC (*enfermedad venosa crónica*).

PACIENTES VARONES													
Nº	Edad	Profesión	Enf. Previas	Ant. Varices	Nutrición	Tipo	Grado	Síntomas	Medias	Ins. Cayado	Qx previa	Trombof.	Bilaterales
1													
...													
200													

Tabla 2. Tabla de recogida de datos.

<b>Grupo de edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
0-20	2	1
21-25	9	4,5
26-30	16	8
31-35	<b>32</b>	<b>16</b>
36-40	29	14,5
41-45	28	14
46-50	15	7,5
51-55	8	4
56-60	25	12,5
61-65	13	6,5
66-70	13	6,5
mayor de 70	10	5
n pacientes	200	100

Tabla 3. Estratificación de los pacientes por grupos de edad.

<b>Profesión</b>	<b>n</b>
Dependiente	<b>18</b>
Celador	6
Camarero	4
Conserje	4
Cocinero	4
Peluquero	2
Seguridad	2

Tabla 4. Profesiones que implican bipedestación.

<b>Tipo de varices</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tronculares	147	<b>73,5</b>
Varículas	29	14,5
Telangiectasias	15	7,5
Reticulares	9	4,5

Tabla 5. Tipo de varices.

<b>Sintomatología clínica</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Pesadez	129	<b>64,5</b>
Estético	54	27
Edema	8	4
Prurito	9	4,5

Tabla 6. Clínica.

<b>Grado clínico CEAP</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
C1	39	19,5
C2	136	<b>68</b>
C3	8	4
C4	8	4
C5	2	1
C6	7	3,5

Tabla 7. Grado clínico según la clasificación CEAP.

## APÉNDICE. PUBLICACIÓN CIENTÍFICA.

## TRABAJOS ORIGINALES

### ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA INCIDENCIA DE LAS VARICES EN EL VARÓN

#### *EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF THE INCIDENCE OF VARICES IN MEN*

*Cerezal Gómez G, Del Río L, San Norberto EM, Cenizo N, Revilla A, Fidalgo L, Vaquero C.*

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

---

#### **Correspondencia:**

Gemma Cerezal Gómez  
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid.  
Avda Ramón y Cajal s/n  
47005 Valladolid. España  
E-mail: gemmacerezal@gmail.com

**Palabras Clave:** *Varices, varón, epidemiología.*

**Key words:** *Varicose veins, male, epidemiology.*

#### **RESUMEN**

El síndrome varicoso es una patología con alta incidencia y prevalencia en la población, siendo más frecuente en la mujer, aunque sin embargo también afecta al varón. Independientemente de factores genéticos, se han barajado y considerado otros, relacionados en el caso de la mujer con su situación hormonal y la relacionada con esta, lo estados de gestación. Sin embargo, hay otros factores que pueden influir en el desarrollo de las varices como son los hábitos de vida relacionados con la permanencia en periodos largos de tiempo en situación de bipedestación. Esta circunstancia relacionada con la actividad laboral, sí que hace que tengan incidencia en el varón, estando ligada a determinadas profesiones. Se ha investigado bastante aspectos relacionados con la patología y etiopatogenia de las varices en general y más concretamente en el caso de la mujer, pero no se ha prestado la adecuada consideración a lo que respecta a aspectos epidemiológicos de la afectación de esta patología en el varón. El estudio analiza pacientes del sexo masculino, que has sido atendidos por presentar síndrome varicosos en relación con los del sexo femenino con el fin de incrementar la información disponible con respecto al sexo masculino y su afectación varicosa.

#### **ABSTRACT**

*Varicose syndrome is a disease with a high incidence and prevalence in the population, being more frequent in women, although it also affects men. Regardless of genetic factors, others have been considered and considered, related in the case of women with their hormonal situation and related to it, the stages of pregnancy. However, there are other factors that can influence the development of varicose veins, such as lifestyle habits related to staying in long standing periods. This circumstance related to work activity, does have an impact on men, being linked to certain professions. Quite a few aspects related to the pathology and etiopathogenesis of varicose veins in general and more specifically in the case of women have been investigated, but adequate consideration has not been given to epidemiological aspects of the involvement of this pathology in men. The study analyzes male patients who have been treated for presenting varicose syndrome in relation to those of the female sex in order to increase the available information regarding the male sex and its varicose involvement.*

## INTRODUCCIÓN

Las varices son un cuadro patológico que se caracterizan por la dilatación del sistema venoso superficial de los miembros inferiores con elongaciones tortuosas y que presentan alteraciones estructurales de la pared venosa<sup>1,2</sup>. De esta forma, la insuficiencia venosa crónica, expresada en muchas ocasiones como cuadros de varices, es una enfermedad muy prevalente en nuestro medio, aunque debido a la falta de estudios rigurosos no se conocen las cifras concretas<sup>3</sup>. La etiología en la mayoría de los casos (95-97%) es primaria o idiopática al desconocer claramente la causa que las originan<sup>4</sup>. La sintomatología es muy variada e inespecífica, además de la manifestación externa debajo de la piel de venas dilatadas y tortuosas en mayor o menor grado y con los diferentes perfiles en cuanto a su expresión morfológica, se incluye pesadez de piernas, edema, hinchazón, dolor, pigmentaciones, calambres, parestesias y alteraciones tróficas de la piel, a nivel fundamentalmente de la cara interna de la pierna que pueden llegar a desarrollar una úlcera venosa<sup>5</sup>. La clínica empeora con la bipedestación y en ambiente caluroso, y mejora con el decúbito, el frío y el ejercicio físico<sup>5</sup>. No suele existir correlación entre la afectación hemodinámica y la intensidad de los síntomas. Una buena anamnesis y la exploración física en bipedestación son imprescindibles para abordar desde el punto terapéutico el problema. El eco-Doppler es la prueba complementaria de elección para complementar el diagnóstico clínico<sup>6</sup>. La terapia compresiva es la medida fundamental para el tratamiento. También se deben recomendar medidas generales que faciliten el retorno venoso. No hay estudios que demuestren la eficacia de los flebotónicos en la mejoría de los síntomas de IVC, salvo posiblemente en el edema<sup>7</sup>. Las complicaciones en el que pueden derivar las varices se centran en varicorragias, flebitis y en las mencionadas úlceras varicosas<sup>8,9</sup>. En pacientes muy sintomáticos, con varices evidentes y en aquellos con riesgo de complicaciones se recomienda tratamiento quirúrgico<sup>6,10,11</sup>. No existe evidencia científica para recomendar un tipo de cirugía u otra, pero es mejor la tolerancia a las técnicas mínimamente invasivas<sup>12</sup>. Esta enfermedad por diferentes razones se ha relacionado más al sexo femenino que al masculino, posiblemente por su vinculación a las hormonas femeninas y por otro a la menos consideración estética hasta el momento actual relacionada al varón<sup>13,14,15</sup>.

Sin embargo, es una enfermedad para el varón excluyente para determinadas profesiones y por otro lado con sintomatología clínica a veces invalidante aunque de forma temporal o relacionadas también con complicaciones menos evidenciables por la indumentaria y forma de vestir del varón<sup>16</sup>.

Por otro lado, la insuficiencia venosa crónica o las varices han sido consideradas por muchos profesionales que en muchas ocasiones han dedicado atención, esfuerzo y dedicación a esta patología, pero quizá por su especial perfil no han transmitido la información en publicaciones de gran validez científica, aunque sin que lo hayan realizado en foros científi-

cos<sup>17</sup>. El resultado es que en el momento actual se tiene un gran desconocimiento desde el punto de vista epidemiológico de esta patología aunque se disponga de otra pero no contrastable al no pertenecer a estudios elaborados sin unas bases metodológicas fiables y con la sospecha de aportar datos sesgados por el perfil y la implicación que su ejercicio profesional tienen en esta patología<sup>18</sup>.

El varón ha sido precisamente el sexo menos considerado y donde menos atención se le ha prestado, posiblemente por su, hasta el momento, baja consideración social. El objetivo del trabajo es obtener y valorar datos obtenidos de forma prospectiva en la atención de pacientes portadores de patología varicosa.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio observacional de una muestra de 200 pacientes del sexo masculino, empleando la información obtenida de forma consecutiva en un único consultorio donde se atiende a pacientes remitidos con diagnóstico de presunción de patología varicosa por parte de atención primaria. Se analiza en el mismo factores demográficos, de riesgo, estado evolutivo del cuadro clasificándolo en estadios clínicos según la clasificación de CEAP, tipología de las varices, aspectos sobre tratamientos previos. Tabla I.

Estadio clínico	Signos físicos asociados
C0	Sin signos de insuficiencia venosa
C1	Telangiectasias y venas reticulares
C2	Venas varicosas
C3	Edema
C4	Cambios cutáneos (dermatitis ocre, atrofia blanca, lipodermatoesclerosis...)
C5	Úlcera venosa cicatrizada
C6	Úlcera venosa activa

Tabla I: Clasificación clínica CEAP.

Al considerarse el estudio fundamentalmente descriptivo solo se han tenido en consideración datos cuantificables y expresión de los mismos en porcentajes, sin haber realizado ningún tipo de comparación con otros grupos afectados de esta misma patología.

## RESULTADOS

Los pacientes varones evaluados mostraron una edad media de 45.5 años, siendo el más joven de 19 y el más anciano de 78. Presentaron profesiones muy variadas los enfermos sin

predominio de ninguna de ellas de forma ostensible, aunque si que se encontraba entre las mismas referenciadas las más frecuentes que implican bipedestación. 61 pacientes refirieron antecedentes familiares de presentar síndrome varicoso (30.05%).

Sobre las formas morfológicas 147 del total eran tronculares (83.5%), 29 varículas (14.5%), 9 reticulares (4.5%) y 15 telangectasias (7.5%). La sintomatología referida por los pacientes de forma preferencial en 129 casos era pesadez de extremidades (64.5%), 8 refirieron edema o hinchazón de extremidades (4%), picos en 9 casos (4.5%) y en 54 casos no referían molestias (27%), señalando la existencia de trastornos tróficos 21 pacientes, de los cuales 9 presentaban úlceras activas que representaban en 10.5% y 4.5% del total respectivamente. De esta forma se pudieron clasificar según la Clasificación Clínica CEAP, en el Estadio C1 39 pacientes (19.5%), 147 en C2(73.5%), en C3 8 enfermos (4%), en C4 12 pacientes (4%), en C5 2 pacientes (1%), 7 en C6 (3.5%) correspondiendo a C0 los asintomáticos 47 pacientes (23.5%), aunque 64 pacientes se les diagnosticó mediante exploración funcional insuficiencia venosa (32%) sin manifestación clínica. Del total de pacientes 18 (9%) manifestaron haber padecido un tromboflebitis sin poder constatar en ninguno de ellos ninguna secuela.



Fig. 1: Varices tronculares a nivel de la pierna dependientes de la safena mayor.

Del total 31 pacientes habían sido intervenidos previamente con procedimientos quirúrgicos (15.5%), de los cuales 3 pacientes lo habían sido 2 veces y uno le habían realizado tres intervenciones previas. Medidas preventivas, en especial medios de contención elásticas, habían empleado 34 pacientes (17%), a las que añadían otras medidas de difícil objetivación. 87 pacientes (43.5%) refirieron haber sido tratado medicamentosamente en algún periodo del desarrollo de la patología varicosa, con algún fármaco, en la mayoría flebotónicos sin haber experimentado ninguna mejoría objetiva, salvo lo que hemos considerado efecto placebo de discreta mejoría subjetiva con respecto a su sintomatología. Figuras 1,2 y 3.



Fig. 2: Síndrome varicoso en la cara posterior de la pierna.

## DISCUSIÓN

La insuficiencia venosa se puede definir como la incapacidad del sistema venoso para mantener una adecuada presión intraluminal<sup>19</sup>. Puede aparecer en cualquier territorio orgánico, pero adquiere mayor relevancia en las extremidades inferiores, donde además influye negativamente la presión hidrostática, que impone un sistema fisiológico comprometido para mantener la presión intraluminal en límites normales<sup>19</sup>. Si la presión hidrostática en bipedestación se añade la alteración de los mecanismos hemodinámicos favorecedores del retorno venoso, la consecuencia es la estasis e hipertensión venosa.



Fig. 3: Úlcera varicosa en la parte distal de la cara interna de la pierna ya cicatrizada.

La insuficiencia venosa crónica de las extremidades inferiores se manifiesta por una multitud de signos, de los cuales los más obvios son las varices y la úlcera venosa. Sin embargo, estos signos incluyen el edema, el eczema venoso, la hiperpigmentación de la piel a nivel perimaleolar, la atrofia blanca y la lipodermatoesclerosis<sup>20</sup>. La aparición de complicaciones del síndrome varicoso, puede condicionar la indicación terapéutica. Es interesante conocer aspectos de las complicaciones que pueden derivarse de la presencia de varices.

Estos perfiles nosológicos son comunes tanto a la mujer como el varón, aunque la mujer, por circunstancias hormonales y también en situaciones fisiológicas relacionadas con el embarazo, se ha mostrado el proceso con una mayor relevancia mostrada tanto a nivel clínico como social<sup>21,22</sup>.

En el varón siguen influyendo los factores hereditarios o genéticos que se reconocen relacionados en general con la patología varicosa independientemente del sexo de la persona que la sufra. También es común el factor de bipedestación relacionado con el hecho evolutivo de la posición erecta característico de la especie humana que se incrementa el factor estático del continente venoso sobre todo cuando no está activa la bomba muscular, situación que se da con el movimiento. Este hecho se relaciona directamente con el

estado estático que se mantiene en determinadas profesiones, por lo que este proceso varicoso se le ha relacionado tradicionalmente con ciertas profesiones y en especial algunas más relacionadas en el pasado con el varón como camareros, cocineros, dependientes u obreros de determinadas fábricas y empresas, sin ser privativos en el momento actual del sexo masculino<sup>23,24</sup>. El sedentarismo también es otro factor que favorece el desarrollo de las varices también posiblemente relacionado con la inactividad continuada de la bomba muscular, muy vinculado sobre todo a profesiones de perfil administrativo también en el pasado más relacionado con el varón. La obesidad es otro factor predisponente y que se relaciona con otros anteriormente mencionados y que favorece el estancamiento del flujo sanguíneo a nivel venoso y su estasis y por lo tanto la hipertensión venosa y el desarrollo de venas varicosas<sup>19</sup>.

Con respecto al varón, hay que considerar que en el pasado, los integrantes de este sexo por regla general no estaba entre sus valores prioritarios los aspectos estéticos que además eran menos considerados teniendo en cuenta que la manifestación externa quedaba enmascarada por los hábitos y formas de vestimenta. Se incrementaba la trascendencia cuando se desarrollaban las complicaciones y muy especialmente los trastornos tróficos y en concreto los procesos ulcerativos derivados del proceso varicoso. Estos aspectos han cambiado en la actualidad al modificarse muchos de estos principios mantenidos en el pasado en base a un desarrollo social y personal relacionado con el individuo<sup>25,26,27,28</sup>.

El estudio realizado aporta datos informativos sobre aspectos demográficos sobre la edad media del paciente que acude a la valoración de su proceso varicoso en una banda muy amplia de edades. De la misma forma se informa de que las varices tronculares son el mayor porcentaje de formas morfológicas en el varón siendo testimoniales el resto, añadiendo el dato del alto porcentaje que se presentan varices en las dos extremidades. La sintomatología que presentan los pacientes de la muestra analizada no se muestra como muy relevante presentando el perfil de molestias, aunque en algún caso no muy elevado en número se muestran como complicaciones. Se manifiesta la referencia del alto número de pacientes que fueron tratados con fármacos de forma ineficaz y del porcentaje, se puede considerar bajo de enfermos que utilizaron medios de contención elástica, eficaces para evitar el desarrollo y sobre todo la presentación de complicaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kirienco AI, Zolotukhin IA, Iumin SM, Seliverstov EI. Lower limb varicose disease in men and women: findings of prospective study SPECTRUM. *Angiol Sosud Khir.* 2012;18(3):64-8.
2. Lojo I, Álvarez LJ, Fernández F, Vila R, Vaquero C. Registro de actividad de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular, año 2014. *Angiología* 2016; 68,5:414-31.

3. San Norberto EM, Brizuela JA, Merino B, Vaquero C. Patología venosa y linfática. *Medicine* 2013; Unidad temática 45:2691-99.
4. Vaquero C. La investigación clínica de la insuficiencia venosa crónica. *Syllabus de las IV Monografías Vasculares. Insuficiencia venosa crónica. Una realidad elusiva. Ciutat Sanitaria i Universitaria de Bellvitge. Barcelona 2001. Pag.10-12.*
5. Vaquero C (Editor). *Cirugía de las varices. Gráficas Gutiérrez Martín S.L. Valladolid. 2014.*
6. Brizuela JA, San Norberto EM, Merino B, Vaquero C. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la insuficiencia venosa crónica de las extremidades inferiores. *Medicine. Unidad temática 45:2717-20.*
7. San Norberto E, García-Sainz I, Fuente R, Flota C, Estévez I, Vaquero C. Tratamiento farmacológico de la insuficiencia venosa crónica: revisión y puesta al día. *Rev Iberoam Cir Vasc.* 2015,3,1:41-47.
8. Hingorani A, Chait J, Kibrik P, Alsheekh A, Marks N, Rajae S, Hingorani A, Ascher E. Spontaneous hemorrhage from varicose veins: A single-center experience. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2020;8(1):106-9.
9. Azpeitia M, Del Río L, Vaquero C. Perfil ginecológico de las pacientes con síndrome varicoso primario. *Estudio observacional. Rev Iberoamerican Cir Vasc* 2017;5,4:162-6.
10. Gutiérrez V, Martín-Pedrosa M, Del Río L, Torres A, Ibañez MA, Barrios A, Del Blanco I, Gonzalez-Fajardo JA, Carrera S, Vaquero C. Tratamiento quirúrgico ambulatorio de las varices. *Rev Esp Inv Quir.* 4,3:152-158.2001.
11. Vaquero C, Del Río L, De Marino P, Revilla A, Brizuela JA, Taylor J, Estevez I, San Norberto E. Tratamiento quirúrgico de las varices. *Anal Real Acad Med Cir Vall* 2014;52:33-46.
12. San Norberto E, García-Sainz I, Urien LM, Fuente R, Flota C, Vaquero C. Tratamiento de las varices mediante ablación térmica: endolaser y radiofrecuencia. *Rev Iber Cir Vasc* 2014;2,4:176-82.
13. Özcan S, Odabasi D, Kurt T, Gür AK, Kunt A, Balaharoglu Y, Kunt AS. Impact of elevated serum estradiol/free testosterone ratio on male varicose veins in a prospective study. *Wien Klin Wochenschr.* 2015;127:19-20.
14. Serra R, Gallelli L, Perri P, De Francesco EM, Rigracciolo DC, Mastroberroberto P, Maggolini M, de Francis S. Estrogen Receptors and Chronic Venous Disease. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2016;52(1):114-8.
15. Kendler M, Kratzsch J, Wetzig T, Simon JC. Sex steroid hormones are not altered in great saphenous veins after varicose vein treatment in male patients. *Phlebology.* 2014;29(5):310-7.
16. García-Gimeno M, Rodríguez-Camarero S, Tagarro-Villalba S, Ramalle-Gomara E, Ajona García JA, González Arranz MA, López García D, González-González E, Vaquero Puerta C. Reflux patterns and risk factors of primary varicose veins' clinical severity. *Phlebology.* 2013;28:153-61.
17. Fronek LF, Bunke NJ, Fronek HS. Nocturnal leg symptoms are not associated with specific patterns of superficial venous insufficiency. *Int Angiol.* 2017;36(6):565-8.
18. García-Gimeno M, Rodríguez-Camarero S, Tagarro-Villalba S, Ramalle-Gomara E, Emma González-González, González Arranz MA, López García D, Vaquero-Puerta C. Duplex mapping of 2036 primary varicose veins. *J Vasc Surg.* 2009; 49,3: 681-9.
19. Del Río Solá L, Del Blanco I, Gutiérrez V, González JA, Carrera S, Ibañez MA, Cenizo N, San Norberto E, Brizuela JA, Vaquero C. Fisiopatología de la insuficiencia venosa *Rev Esp Inv Quir.* 7,4:191-195. 2004.
20. García-Gimeno M, Rodríguez-Camarero S, Tarrago-Villalba S, Ramalle-Gomara E, Ajona JA, González-Arranz MA, López-García D, González-González E, Vaquero Puerta C. Reflux or not reflux ¿ Reflexiones sobre la publicación anglosajona del término en las varices primarias de los miembros inferiores en relación con nuestro entorno. *Angiología* 2010;62(2):65-70.
21. Kapto AA, Vinogradov IV, Kharpunov VF, Mamedov RE, Smyslova ZV. Long-term results of the first treatment of men with May-Thurner syndrome and varicose veins of pelvic organs. *Urologiia.* 2019;(3):114-21.
22. Kavousi Y, Al Adas Z, Karamanos E, Kennedy N, Kabrani LS, Lin JC. Men present with higher clinical class of chronic venous disease before endovenous catheter ablation. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2018;6(6):702-6.
23. Kurginyan KM, Raskin VV. Endovascular treatment of acute thrombophlebitis of the lower extremities in patients with varicose veins. *Khirurgiia (Mosk).* 2019;(10):50-4.
24. Martínez-Del Río C, San Norberto E, Gutiérrez D, Domingos L, Vaquero C. Síndrome de congestión pélvica en varones. A propósito de un caso, *Rev Iber Cir Vasc.* 2016;4,1:29-31.
25. Vaquero C, Barrios A. Síndrome varicoso. en *Cuidados de enfermería en cirugía vascular. Secretariado de Publicaciones. Valladolid 2000.*
26. Vaquero C, Brizuela JA, San Norberto EM. Tratamiento de los pacientes con varices. E. San Norberto, F. Medina, JM Ortega, R. Peña Ed. Mata Digital. pag.125-133
27. San Norberto E, Merino B, Taylor J, Vizcaino I, Vaquero C. Low molecular weight heparin for the prevention of venous thromboembolism after varicose vein surgery in moderate risk patients: a randomised controlled trial. *J Cardiovasc Surg* 2012; 53 suppl 1: 93
28. Tsukanov IT, Tsukanov AI. Functional assessment of primary lesion of the great saphenous vein when deciding upon stripping. *Angiol Sosud Khir.* 2018;24(1):115-20.