

**BASES FISIOPATOLÓGICAS DE
LAS VARICES. PLANIFICACIÓN
DE UN ESTUDIO PARA SU
DETECCIÓN Y PREVENCIÓN EN
LA LUCHA CANARIA
(INICIO DE UN DIAGNÓSTICO DE
SALUD DE LA LUCHA CANARIA)**

**FRANCISCO ORTEGA SANTANA
AURELIA CENTOL RAMÍREZ
ANTONIO S. RAMOS GORDILLO**

INTRODUCCIÓN

Antes de pasar a la exposición del contenido de nuestra exposición quisieramos realizar una breve sinopsis de la misma.

Queremos exponer, aunque de manera muy básica, las líneas generales y las bases anatómo-fisiológicas sobre las que se apoya la fisiopatología de las varices, en el ánimo de que, de su comprensión, se derive un interés de las entidades oficiales, Federación y equipos de lucha canaria por este problema y encontremos en ellos la colaboración adecuada tan pronto la solicitemos.

Se denomina *varice* o *feblectasia* a cualquier dilatación patológica permanente de las venas que afecte tanto al diámetro transversal como a la longitud de los mismos.

La localización puede ser muy variada, pero, sin lugar a dudas, el sistema venoso de la extremidad inferior y más concretamente el superficial, representa el conjunto de vasos que con mayor asiduidad sufren esta patología.

La incidencia es muy variable pero, de manera general, es mucho mayor en los países occidentales que en los orientales o africanos. Asimismo, con respecto al sexo, mientras que en occidente son las mujeres las más afectadas, en los países en vías de desarrollo el predominio del hombre es claro.

En cuanto a las *causas* de las varices se apuntan muchas:

- Factores hereditarios.
- Alteraciones histoquímicas.
- Ausencia valvular.
- Aumento de la presión intraabdominal.
- Dieta.
- Varices por fístulas A-V.
- Alteraciones endocrinas y embarazos.
- Otros factores:
 - Factores mecánicos.
 - Obesidad.
 - Posición erecta.
 - Prolongadas estancias de pie.
 - Trombosis venosa.

Todos estos factores pueden actuar independientemente o en conjunto. Pero, para que se produzca el desarrollo de varices, tiene que haber una insuficiencia valvular, lo que aumentaría la presión hidrostática sobre el sistema distal y eso cierra un círculo vicioso ya que al someterse a la válvula inferior a una presión superior a la habitual, acaba haciéndose insuficiente.

Para entender esto creemos conveniente que repasemos, aunque sea muy esquemáticamente la anatomía del sistema venoso de la extremidad inferior:

Este cuenta con dos partes: uno *profundo*, situado entre las masas musculares, y otro *superficial*, situado inmediatamente por debajo de la piel.

Ambos sistemas están unidos entre sí a través de las venas *perforantes*, entre las que destacan las situadas a nivel de la cara interna de la pierna, cerca del tobillo.

Dentro del sistema venoso superficial destaca la *vena safena interna*. Esta parte desde el tobillo, sube por la cara interna de la pierna, pasa por la rodilla y ya en el muslo se dirige a alcanzar la ingle, donde penetra profundamente para unirse a la vena femoral.

Para que se puedan comprender bien los mecanismos de producción de las varices, es necesario tener presente el sistema venoso profundo, situado entre masas musculares, como puede ser la de la pantorrilla, y a las *venas perforantes*, que se encargan de unir a las venas superficiales con las profundas, drenando la sangre hacia estas últimas.

Para comprender esta función de las venas perforantes es necesario que nos acerquemos a otra estructura presente en el interior de las venas: las *válvulas venosas*. Éstas son unos pliegues situados a modo de golondrina que, cuando a la columna de sangre situada por encima de ella se le somete a un aumento de presión, las valvas se despliegan y cierran la luz de la vena, con lo que impiden que esa presión elevada

se transmita más abajo. En las venas perforantes la orientación de las válvulas permite que la sangre circule hacia territorios profundos, mientras que cada vez que aumente la presión en ellos (tal como sucede en la contracción muscular) se cierra la válvula e impide que la sangre se derive al territorio superficial, mucho más desprotegido y con mucha menos presión.

FISIOPAGOLOGÍA BÁSICA

En un individuo en el que concurren antecedentes familiares de varices, o alteraciones en la composición histoquímica de la pared venosa, o ausencia de un número importante de válvulas o de válvulas situadas en lugares estratégicos (como puede ser la de la unión safeno-femoral), o una dieta pobre en residuos, o varios de ellos (entre otros muchos factores, tal como vimos anteriormente) puede desencadenarse un proceso varicoso con relativa facilidad.

A todos estos factores le añadimos otros que, por su importancia, merecen ser destacados. Hablamos de:

El aumento de la presión intraabdominal: ya sea causada por la presencia de estreñimiento (enfermedad muy común en nuestro medio) o por la realización de ejercicios en los que se solicite enormemente la prensa abdominal.

—*Traumatismos:* ya sean directos o indirectos.

Con los datos que tenemos ya podemos entender, aunque sea de manera muy simplificada, cómo se producen las varices:

Ante un territorio con predisposición, si se produce un aumento importante de la presión intraabdominal esto origina que la circulación de retorno se vuelva más lenta e, incluso, se pare.

Pero, si la presión ejercida es muy grande, puede intentarse que la sangre vaya contracorriente. Contra esto se oponen las válvulas presentes en el interior de las venas que, en el caso de los grandes troncos, actúan de compuertas que protegen el territorio situado distalmente de esos aumentos de presión, y en el caso de las venas perforantes, evitan que la gran presión del territorio profundo se transmita al superficial (mucho menos protegido).

En el caso de que una válvula, por cualquier circunstancia, ceda, la presión que estaba aguantando se transmite directamente a otro segmento, es decir, a otra válvula. Esto, por supuesto, si se perpetúa el estímulo, puede ir progresando.

Si nos referimos a la violación de la válvula de una vena perforante, nos encontramos con una situación aún más especial: tal como acabamos de decir, estas válvulas protegen al territorio superficial. Los músculos, principalmente los de la pantorrilla, cuando se contraen generan en el árbol venoso una presión elevada que al transmitirse a los vasos superficiales los va dilatando acabando con la aparición de varices.

En este momento es importante tener en cuenta el siguiente punto: si sobre un músculo o grupo muscular contraído se produce un golpe, se pueden lesionar fácilmente las venas golpeadas, lo que acaba con la producción de una tromboflebitis y posterior degeneración valvular.

¿QUÉ SUCEDE CON LA LUCHA?

1.— La posición de inicio de la lucha canaria y la adoptada en el desarrollo posterior de la misma no es, desde el punto de vista circulatorio, favorecedora del retorno venoso de la extremidad inferior: hay una flexión acusada a nivel de la articulación de la cadera donde, además, el pantalón se encuentra enrollado y es traccionado por el contrario. Esto puede originar presiones intermitentes a nivel de la ingle que pueden producir momentánea pero repetidamente lentitud o paros de la circulación venosa.

2.— Otro factor muy presente en nuestra lucha es el de la realización de continuas contracciones de la musculatura abdominal. Su consecuencia es similar a la del mecanismo previamente descrito.

3.— Tenemos que unir, además, otro factor, a nuestro juicio importante. Es el de los golpes que se reciben en la pantorrilla (como en la ejecución de la burra) o sobre cualquier otro grupo muscular de la pierna. Cuando esto sucede, el riesgo de producción de lesión venosa y posterior desarrollo de varices es más elevado.

4.— Además, y esto es común a cualquier otro deporte, durante la actividad el debido sanguíneo de la

pierna aumenta de 20 a 40 veces con respecto al volumen de reposo. En C.N. el 80% es drenado por el sistema profundo y el 20% por el superficial. Este factor, por lo tanto, no hace sino agravar la incidencia de cualquier otro que pueda actuar sobre la pierna del luchador.

LÍNEAS GENERALES DEL PROYECTO

Nuestra experiencia en el campo del sistema venoso y el análisis de un reducido grupo de luchadores, de los cuales todos, excepto uno, tenían varices en alguno de sus grados (desde varículas hasta varicosis franca) nos ha animado a la realización del presente proyecto, cuyas líneas generales pasamos a exponer:

1ª fase: Contactaremos con todos los equipos de lucha canaria, bien directamente o a través de la Federación exponiéndoles el proyecto y solicitando su colaboración.

2ª fase: Estudio de todos los luchadores. En el mismo, aparte de la exploración, se realizará una historia clínica en la que, aparte del análisis de los factores generales previamente apuntados, le pediremos un listado de las lesiones que han sufrido, el número de veces que la padecieron, el tratamiento que llevaron (incluido el tratamiento rehabilitador) así como las mañas que usa preferentemente en la lucha. También se realizará un interrogatorio encaminado a determinar el número e intensidad de las sesiones de entrenamiento que realiza cada luchador.

3ª fase: Se analizarán los resultados obtenidos y, caso de que, como esperamos, se obtenga una incidencia significativa de las varices en los luchadores, emitiremos algunas recomendaciones muy sencillas encaminadas a la prevención de las mismas.

OBJETIVOS

Trabajos previos de otros autores demuestran que la incidencia de varices en los deportistas en general es muy acusada, alcanzando algunas estadísticas hasta el 86% de los practicantes, aunque en aquellos que llevan una preparación adecuada el grado de incidencia y la intensidad es menor que entre los practicantes esporádicos.

En base a ello, nuestros objetivos los concretamos en los siguientes:

1. Instaurar medidas preventivas que evitarán que un luchador no predispuesto a varices llegue a padecerlas algún día como consecuencia de la práctica deportiva.

2. Tal como se ha apuntado en la fase 2, se recogerán datos referentes al historial lesional de cada deportista. Ello nos aportará conocimientos acerca del *estado de salud* de la lucha canaria, con lo que afrontaremos la ejecución de otro proyecto mucho más ambicioso: realizaremos un *diagnóstico de salud* lo más exhaustivo posible, en el que aparte de la determinación de las lesiones más frecuentes y sus mecanismos específicos de producción, elaboraremos un programa que se aplicará a una población concreta para observar sus resultados tras un plazo prudencial.

3. La finalidad, tanto a medio como a largo plazo es, pues, la de conseguir una lucha canaria más sana y que de su práctica no se deriven más lesiones que las inherentes a la propia actividad una vez que se hayan eliminado todos aquellos factores negativos, derivados tanto de una preparación física deficiente como dependientes de una técnica de ejecución defectuosa.