

Insuficiencia venosa

Evaluación del paciente
en Atención Primaria



Autor:

Josep Marinel.lo Roura

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital de Mataró. Barcelona

Colaborador:

Sergio Díaz

adalia[®]

madrid: calle Chile, 4 - Edificio II - 2ª planta - oficina 40 - 28290 Las Matas, Madrid

D.L.:

© 2008 Adalia farma, S. L.

Reservados todos los derechos.

Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma,

ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo, sin el permiso escrito de los titulares del Copyright.

Insuficiencia venosa

Evaluación del paciente
en Atención Primaria

INDICE

Concepto de Insuficiencia Venosa Crónica	5
Etiología	5
Epidemiología	5
Trascendencia socio-sanitaria	5
Fisiopatología	5
Clasificación Clínica de la IVC	6
Formas Clínicas	6
Diagnóstico	8
Diagnóstico diferencial	10
Profilaxis	10
Terapéutica farmacológica	10
Terapéutica de compresión	11
Terapéutica esclerosante	11
Terapéutica quirúrgica	11
Fisioterapia	12
Bibliografía	12
<i>Situaciones clínicas</i>	13

INTRODUCCIÓN

El término de Insuficiencia Venosa Crónica (IVC) hace referencia de forma conceptual a un grupo de síndromes clínicos cuya base fisiopatológica común es la Hipertensión Venosa (HTV) evolutiva en las extremidades inferiores.

La IVC es una patología altamente prevalente y se considera que en sus diversas formas clínicas afecta del 48% al 55% de la población adulta española.

En el estudio epidemiológico de tipo longitudinal realizado en España entre los años 2000 y 2001 (Detect 2000), el 29,4% de la población examinada presentaba varices (37,6% en el sexo femenino y 15,5% en el masculino) y la prevalencia de las alteraciones del trofismo cutáneo era del 18,5% y de la úlcera del 2,5%.

Finalmente, y en cuanto a la sintomatología, el 59,8% de las mujeres y el 29,1% de los hombres relataban síntomas propios de la IVC.

Es una patología de curso evolutivo lento y que únicamente evoluciona a formas graves en el 15%-18% de los enfermos.

Conocer este aspecto es fundamental en el ámbito de la Atención Primaria para disponer de criterios objetivos de derivación a los servicios hospitalarios.

No se dispone de datos con referencia a España en cuanto a la repercusión socio-laboral, pero sí de la trascendencia socio-sanitaria. En este sentido, los Registros de Actividad Asistencial elaborados anualmente por la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculare indican una actividad quirúrgica que ha pasado de las 7.825 intervenciones por varices en el año 1999 a las 14.825 en el 2006.

En la actualidad, el protocolo diagnóstico de la IVC, a partir de una exploración clínica que permite orientar su etiología con precisión, se basa en el Eco-Doppler Modo B.

Las opciones terapéuticas de la IVC son amplias y deben contemplar desde la actuación sobre los factores desencadenantes (obesidad, sedentarismo,...), el tratamiento sintomático mediante fármacos flebotónicos, la cirugía y la terapéutica de compresión.

Insuficiencia venosa

Evaluación del paciente en Atención Primaria

CONCEPTO DE INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA

Insuficiencia Venosa Crónica (IVC): grupo de síndromes clínicos cuya base fisiopatológica común es la Hipertensión Venosa (HTV) evolutiva en las extremidades inferiores.

ETIOLOGÍA

Primaria o Idiopática: se han identificado determinadas alteraciones de tipo congénito y hereditario (avalvulación en determinados segmentos venosos, distribución valvular anómala y alteraciones morfológicas parietales en la composición y equilibrio de las fibras de colágeno y elastina). Las Angiodisplasias constituyen formas primarias, en las que además concurren otras alteraciones morfológicas más complejas.

Secundaria: la TV en el SVP es la causa más frecuente.

EPIDEMIOLOGÍA

La IVC es una de las patologías crónicas que presenta una mayor incidencia y prevalencia. En España, los **estudios Detect 1 y Detect 2** constituyen los referentes. Sus datos más relevantes son:

	%
Prevalencia de varices	44
Prevalencia de edema	20,5
Úlcera de etiología venosa	2,5
Con sintomatología IVC	48,3 (29,1% mujeres; 59,8% hombres)

TRASCENDENCIA SOCIO-SANITARIA

Valoración de la calidad de vida (%)

Pacientes que valoran su sintomatología como importante y/o grave	39,3
Bajas laborales por complicaciones de la IV	2,1 (duración media de 30 días)
Hospitalización	1,9 (estancia media de 9 días)

Los Registros de Actividad Asistencial elaborados anualmente por la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculard indicaban una actividad quirúrgica de 7.825 intervenciones por varices en el año 1999; de 3.928 en el año 2000 y de 9.747 en el año 2001.

FISIOPATOLOGÍA

La HTV es consecuencia directa de la disfunción en las variables hemodinámicas del flujo venoso.

- **IVC Primaria**, el Reflujo Venoso (RV), generado a partir del fallo idiopático en el cierre valvular, es el eslabón inicial a partir del cual se genera la HTV. Constituiría un "factor predisponente" sobre el que la acción de determinados "factores desencadenantes" condicionan la aparición de las manifestaciones clínicas y su curso evolutivo.

Factores desencadenantes más frecuentes: obesidad, alteraciones estructurales en el pie (pie plano), gestación y bipedestación habitual y prolongada.

La historia natural de la IVC Primaria suele ser evolutivamente lenta y generalmente, para que comporte síndromes graves, deben transcurrir décadas.

- En la **IVC Secundaria**, la Trombosis Venosa Profunda (TVP) es el factor causal sin la necesaria concurrencia de la predisposición congénita, y en la que los factores predisponentes inciden agravando la evolución clínica.

En la IVC Secundaria los síntomas graves se desarrollan en etapas más precoces, si bien ello está condicionado al sector afectado.

CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LA IVC

Los síntomas clínicos de la IVC no son siempre fáciles de establecer y, sobre todo, de correlacionar con los signos objetivados en la extremidad. Se integran bajo el concepto de "**neuralgia ortostática**": pesadez y cansancio precoz al ortostatismo dolor, prurito y calambres nocturnos y en ocasiones edema distal. El diagnóstico de neuralgia ortostática debería establecerse con absoluta seguridad cuando las exploraciones clínica y hemodinámica objetiven alteraciones. No obstante, existe una notable dificultad en demostrar alteraciones hemodinámicas propias de la HTV en las personas con sintomatología descrita.

Existen diversas clasificaciones clínicas de la IVC. La **Clasificación CEAP** (Consenso Internacional de Expertos), integra en una misma nomenclatura los datos Clínicos (C), Etiológicos (E), Anatómicos (A) y Fisiopatológicos (P). La referente al epígrafe clínico es la habitualmente utilizada. Su aportación más significativa es el poder sintetizar en un algoritmo corto toda la información diagnóstica.

Clasificación CEAP

Referencia	Clave principal	Clave secundaria
Clínica	C	C0 - C6
Etiopatogenia	E	Congénita, primaria, secundaria
Anatomía	A	SVP, SVS, WPP*
Fisiopatología	P	Obstrucción, reflujo, mixta

*SVP: Sistema Venoso Profundo; SVS: Sistema Venoso Superficial; WPP: Venas Perforantes

Clasificación CEAP. Grados clínicos ("C")

Grado	Signos clínicos
C0	Ausencia de patología
C1	Varices reticulares -Telangiectasias
C2	Varices Tronculares
C3	Edema
C4	Alteraciones cutáneas
C5	C4 + Antecedentes de úlcera cicatrizada
C6	C4 + Úlcera activa

FORMAS CLÍNICAS

Deben diferenciarse, en función de su pronóstico, las formas poco evolucionadas o no complicadas de aquellas que ya han evolucionado a estadios clínicos de complicaciones.

No complicadas

Varices

Constituye el signo clínico más prevalente de IVC. En función de su distribución se clasifican en:

	Tronculares	Reticulares	Telangiectasias	Angiomas
Ubicación	Ambas venas safenas y ramas principales.	Plexos subcutáneos	Plexos infrapapilares	Distribución variable, expresivas de angiodisplasias.
Diámetro	≥ 3 mm	1-3 mm	1 mm	Tamaño variable

Angiodisplasias

	Sínd. de Klippel-Trenaunay	Sínd. de Parkes-Weber	Aneurismas
Definición	Asociación de <i>nevus planos</i> , varices e hipertrofia ósea	Hemangiectasia hipertrófica secundaria a fistulas arteriovenosas	Dilataciones saculares en el SVP
Otras características	Displasia congénita más frecuente, cursa de forma muy evidente en los primeros años de vida	Diagnóstico diferencial entre ambos síndromes difícil de establecer. Las fistulas arterio-venosas son más evidentes en el de Parkes-Weber	Cursan habitualmente de forma asintomática. Frecuente su trombosis

Complicadas

Varicoflebitis

Es la trombosis de un sector venoso previamente varicoso. Cursa con tumefacción de la variz e hipersensibilidad cutánea. Habitualmente, no existe un componente séptico, sino únicamente inflamatorio. No obstante, si afecta a plexos varicosos del confluente safeno-femoral en el curso de inflamaciones y/o trombosis hemorroidales, y existe fiebre elevada, debe considerarse esta posibilidad.

Varicorragia

Sangrado por rotura de la pared venosa previamente debilitada.

Dermatitis eczematosa

Reacción cutánea en forma de placas ocasionada por la sequedad de la piel y el edema que favorece la acción de microorganismos. Localización: tercio medio e inferior de la pierna.

Angiodermatitis

Complicación cutánea en forma de pigmentación que se localiza en el dorso y cara lateral del pie acroangiodermatitis.

Dermatitis ocre

Lesión cutánea semejante a la anterior, provocada por la extravasación de hemosiderina a partir de los capilares lesionados. Localización supramaleolar.

Atrofia blanca

Placa cutánea de coloración blanquecina, mal delimitada y con invasión de telangiectasias. Localización: tercio inferior de la zona lateral interna de la pierna.

Celulitis indurativa

Lesión de carácter inflamatorio. Es la complicación séptica más frecuente con la linfangitis de la IVC.

Lipodermatoesclerosis

Lesión cutánea evolutiva de las hipodermis descritas, consistente en la pérdida de elasticidad de la piel y el tejido celular subcutáneo. Cursa de forma evolutiva hacia el escleredema.

Calcinosis

Calcificación de la dermis y tejido celular subcutáneo secundaria a procesos inflamatorios intercurrentes. Se diagnostica por la presencia de fragmentos sólidos que se desprenden de forma espontánea.

Osteoperiostitis

Inflamación seguida de calcificación del periostio y secundaria a lesiones ulcerosas crónicas. Localización: epífisis distal de la tibia y el peroné.

Úlcera

Constituye el estadio terminal de la mayor parte de las forma clínicas descritas que afectan a la piel y al tejido celular subcutáneo, pero al mismo tiempo, es el punto de inicio de estas lesiones en forma de complicaciones intercurrentes, casi siempre secundarias a infecciones a partir de la misma.

Características: localización en el tercio distal de la cara lateral interna de la pierna. Inicialmente, presenta tamaño reducido, pero de forma rápida adquiere una morfología redondeada u oval y un diámetro de varios centímetros. Su fondo es atrófico, compuesto por fibrina y los bordes bien delimitados. No suele cursar con un componente álgico importante si no está infectada. Las características morfológicas y clínicas descritas están condicionadas por las lesiones pre-existentes en la zona.

- Úlcera en una dermatitis ocre submaleolar o en una acroangiодermatitis del dorso del pie: suele presentar tamaño reducido, forma irregular y es muy dolorosa aun en ausencia de infección. Evoluciona a la cronicidad y la recidiva,
- Úlcera cuya etiología es la IVC secundaria a un Síndrome Postflebitico: precisa un promedio de nueve meses para su cicatrización y, el 60% de las inicialmente cicatrizadas, recidivan antes de los doce meses.

El diagnóstico diferencial de la úlcera secundaria a la IVC debe realizarse con respecto a la úlcera isquémica, la hipertensiva arterial, la neuropática y la vasculítica.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la IVC debe ser inicialmente realizado mediante la exploración clínica y confirmado por exploración hemodinámica. En este sentido, no es en absoluto aceptable establecerlo sin sustentarlo en estudios hemodinámicos.

La exploración angiográfica (flebografía) queda limitada a indicaciones selectivas.

Clínico

Anamnesis

Debe dirigirse a establecer el momento del inicio de la sintomatología, de las varices y su proceso evolutivo.

Aparición sintomatología/varices	Evolución	Diagnóstico
Segunda década de la vida o con posterioridad a una gestación	Lenta y progresiva en las siguientes décadas	Etiología primaria o esencial
Infancia	Rápida	Angiodisplasia
Con posterioridad a una TVP	--	Etiología Secundaria o Postflebitica*

*No obstante, y aún en ausencia de este antecedente, debe realizarse con cautela la orientación de varices primarias, cuando su inicio se puede relacionar con posterioridad a un traumatismo, una fractura o una convalecencia prolongada, por la posibilidad de una TV no diagnosticada.

Observación

La extremidad debe ser explorada de forma inicial en bipedestación, sobre una plataforma amplia y elevada. Su exposición debe ser completa desde el abdomen hasta el pie y de forma bilateral. Deben valorarse:

Signos	Ejemplo
Asimetrías en longitud	Angiodisplasias
Asimetría en su perímetro	Edema. Consistencia y extensión
Anomalías estructurales	Pie plano
Asimetría en la coloración	Cianosis
Distribución de las varices	Pélvicas, tronculares reticulares

Examen manual
Variaciones de temperatura (con el dorso de la mano)
Palpar los trayectos varicosos y explorar los puntos de reflujo en las venas perforantes (con la punta de los dedos)
Palpar de pulsos en los segmentos arteriales

Maniobras específicas

Maniobra de Schwartz

Se explora en bipedestación e informa de la competencia valvular. Una mano se sitúa sobre un determinado segmento de la vena safena interna o externa, mientras que con la otra se percute sobre un sector proximal del mismo. La percepción de la onda indica reflujo por incompetencia valvular.

Maniobra de Trendelenburg

Se realiza en dos tiempos. En el primero, la extremidad se coloca en decúbito y posición elevada con la finalidad de colapsar los trayectos venosos. A continuación, se emplazan brazales elásticos a un nivel inmediatamente inferior a la unión safeno-femoral (raíz del muslo) o a la safeno-poplíteo (huevo poplíteo) y se pasa al segundo tiempo en el que la extremidad se coloca en bipedestación. En esta posición se observa la turgencia de los trayectos varicosos. Si estos permanecen colapsados y únicamente se rellenan al soltar los brazales, es indicativo de que las varices son secundarias al reflujo ostial de las venas safenas. Adicionalmente, la colocación de varios brazales a diferentes niveles, puede objetivar puntos de reflujo intermedios o de las venas perforantes.

Hemodinámico

Cuándo	Intencionalidad	Objetivos
Se realiza con posterioridad al diagnóstico clínico	Confirmar o descartar la orientación diagnóstica realizada	Conocer la etiopatogenia de la IVC SVS, SVP, venas perforantes, mixta. Cualitativo Establecer el grado de IVC. Cuantitativo Articular estrategias terapéuticas

Angiográfico

El estudio hemodinámico ha relegado al estudio angiográfico a unas indicaciones muy restrictivas y precisas. La flebografía tiene su indicación fundamental en las situaciones clínicas en las que el diagnóstico hemodinámico no es concluyente y en la estrategia de determinadas técnicas farmacológicas y quirúrgicas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dado el elevado grado de inespecificidad de la sintomatología de la IVC ya comentado, su diagnóstico diferencial debe establecerse con aquellas patologías que cursan con síntomas similares a los de la neuralgia ortostática:

- Síndromes osteo-articulares de la extremidad: gonartrosis, coxartrosis.
- Del edema: edemas sistémicos (renal, cardíaco, hepático, hormonal), linfedema, postraumático y lipedema.
- De las complicaciones cutáneas: ciertas formas de vasculitis específicas [Eritema Indurado de Bazin (tuberculosis), Eritema Nudoso (reumatismo)] o inespecíficas y generadas por patologías sistémicas son las más frecuentes y pueden simular complicaciones de la HTV, máximo en aquellos casos no infrecuentes en que coexisten con varices en la extremidad.

El diagnóstico diferencial debe realizarse en base a su forma clínica –nodular y difusa en la extremidad—y con referencia a la patología sistémica conocida.

PROFILAXIS

	Indicaciones	Profilaxis
Primaria	Etiológicamente, no existe una base racional para actuar sobre los factores predisponentes de la IVC, ni de forma farmacológica ni fisioterapéutica, ni de hábitos de vida	Sería la propia de la TV
Secundaria	Pacientes con signos y síntomas de IVC	Actuar sobre factores desencadenantes y agravantes: exceso ponderal, gestación: terapia hormonal, estreñimiento crónico, sedentarismo y bipedestación prolongada

Pautas de prevención

Al margen de la corrección de estos factores:

Prevención activa	Prevención pasiva
Deportes	fisioterapia, terapéutica de compresión, calzado

Dado el carácter terapéutico de las mismas, se exponen en el apartado del tratamiento.

TERAPÉUTICA FARMACOLÓGICA

Febotónicos*	Benzopironas (alfa y gamma)	Ácido flavónico	Ha acreditado efecto antiagregante plaquetario de intensidad moderada
		Diosmina	Con heperidina ha mostrado una acción correctora de las alteraciones hemorreológicas, del edema y en los cuestionarios de calidad de vida
		Hidrosmína	Efecto sobre la capacitancia y el tono parietal venoso
		Troxerutina	Capacidad para la reducción del edema. Posología: 900 a 1.000 mg/24 h.
	Saponinas	Esteroides	De ella se derivan sustancias hormonales

		Triperténicas	De ella se derivan principios activos de acción semejante a las benzopironas
	Naftoquinonas	Naftazona	Acción inhibitoria de la acción de los radicales libres sobre las enzimas lisosomales de la pared venosa (en experimentación en animales). Posología: 20-30 mg/24 h.
Diuréticos	Una pauta recomendada: iniciar el tratamiento con derivados tiacídicos, a dosis de 50 mg cada 24 horas o con espirolactonas a dosis de 100 mg/24 h; no sobrepasar el intervalo de prescripción > 7 - 10 días (en caso de hacerlo, realizar control analítico sobre la función renal)		
Agentes tópicos	Las pomadas a base de heparinoides carecen de base farmacodinámica en la IVC, en función de su limitada absorción cutánea.		

* "Los flebotónicos por vía oral están indicados en el alivio a corto plazo -de dos a tres meses- del edema y los síntomas relacionados con la Insuficiencia Venosa Crónica..." Agencia Española del Medicamento del Ministerio de Sanidad y Consumo. Nota Informativa de 6/9/2002

TERAPÉUTICA DE COMPRESIÓN

El fundamento de la Terapéutica de Compresión se basa en la propiedad que un soporte de compresión ejerce cuando es colocado bajo una determinada tensión sobre la extremidad. La presión así ejercida se transmite a las estructuras subyacentes.

Esta "presión de compresión" en su aplicación terapéutica en patología venosa debe ser lo suficientemente adecuada para actuar sobre gradientes de presión venosa elevados y reabsorber el edema, pero al mismo tiempo, para no ocluir el flujo arterial, tanto troncular como cutáneo.

En clínica, sus evidencias más demostradas son en la prevención de la TV, la reducción del edema y en las complicaciones de la secuela post-flebítica, siendo en la úlcera donde ha acreditado un poder resolutivo.

TERAPÉUTICA ESCLEROSANTE

Se basa en la eliminación de las varices mediante la inducción de un proceso inflamatorio sobre el endotelio venoso. Este proceso comporta la posterior fibrosis de la vena y su reabsorción. Suele durar entre siete días y algunos meses, en función de la magnitud del sector venoso esclerosado, del medio físico utilizado y de la técnica.

Técnicas empleadas: inyección de sustancias esclerosantes, electrocoagulación y láser. Estas dos últimas técnicas están indicadas únicamente para la eliminación de plexos subdérmicos -varículas- de pequeño calibre.

La esclerosis mediante inyección acredita una experiencia superior a medio siglo, pero a pesar de ello, sus indicaciones han sido y son motivo de controversia.

TERAPÉUTICA QUIRÚRGICA

Objetivo	Técnicas	Métodos
Eliminación de la HTV en el SVS	Exéresis de las varices	Fleboextracción; láser
	Interrupción de los segmentos refluientes	
Indicación	Al margen de connotaciones estéticas, debe estar fundamentada en situaciones de HTV mal tolerada, que evolucionan a complicaciones (varicoflebitis, varicorrugia o alteraciones cutáneas).	

FISIOTERAPIA

Objetivo general	Potenciar el bombeo muscular y reducir el edema	
	Ejemplos	Beneficios
Fisioterapia activa (Técnicas de contracciones musculares dinámicas a realizar de forma individual)	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica de determinados deportes (especialmente aquellos en los que las fases de diástole y sístole muscular tienen una cadencia regular: marcha atlética, <i>footing</i>, ciclismo o natación) • Correcta posición de la extremidad inferior en sedestación • Selección del tipo de calzado • Corrección de anomalías estructurales pie varo, pero sobretudo el pie plano, mediante ortesis 	<p>Por su efecto positivo sobre la dinámica venosa, es conveniente simultáneos con maniobras de inspiración y espiración profundas y pausadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejora la reabsorción del edema
Fisioterapia pasiva (Técnicas de masaje)	<ul style="list-style-type: none"> • Presoterapia 	Incrementan la velocidad de retorno venoso y reducen el edema

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez J, García-Alfageme A. Úlcera venosa: clínica, diagnóstico diferencial y alternativas terapéuticas. En: Marinelló Roura J y Gesto Castromil R, eds. Patología Venosa. Madrid: Luzan 5. 2003;(VIII):75-91.
- Gesto Castromil R, García JJ, Grupo DETECT-IVC. Encuesta Epidemiológica realizada en España sobre la prevalencia asistencial de la IVC en atención primaria. *Angiología* 2001; 53:249-60.
- Guell JM. Fisiopatología de la IVC. En: Güell Fortuny J, Rosendo Carrera A eds. Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETEV). Síndrome Postrombótico. Barcelona: Edika Med. 1995;7-21.
- Jiménez Cossío JA. Importancia socio-laboral de las flebopatías crónicas. En: Torres Torres R y Samaniego Arriolla E eds. Insuficiencia Venosa Crónica de Extremidades inferiores. Barcelona: Servicio de documentación Uriach. 1986;(XII):237-45.
- Marinelló J. Hemodinámica Vascular. En: Marinelló Roura J y Juan Samsó J eds. Exploraciones Funcionales Hemodinámicas en Angiología y Cirugía Vascular.. Barcelona: Edit. Glosa. 2003;(2):28-41.
- Marinelló J, Alós J, Carreño P, Estadella B, Villaverde C. Flebotónicos. En: Ros Die E ed. Novedades Farmacológicas en las Vasculopatías. Barcelona: J. Uriach & Cia. edic.1998;(16):261-79.
- Marinelló J. Guías de calidad asistencial en la terapéutica de compresión en patología venosa y linfática. Recomendaciones basadas en la evidencia clínica. En: Marinelló Roura J ed. Terapéutica de Compresión en Patología Venosa y Linfática. Barcelona: Glosa edic.2003;(X):79-174.
- Marinelló J. Úlceras de la Extremidad Inferior. J Marinelló ed. Barcelona: Glosa edic. 2005.
- Porter JM, Moneta GL. Reporting standarts in venous disease: an update. *J Vasc Surgery* 1995;21:635-45.
- Rosendo A. Complicaciones de la Insuficiencia Venosa Crónica. En: Marinelló Roura J y Gesto Castromil R eds. Patología Venosa. Madrid: Edit. Luzan 5. 2003;(IV):43-52.

Situaciones clínicas



Sinopsis clínica

Paciente del género femenino, de 29 años de edad, de ocupación puericultora, sin antecedentes clínicos de interés. Nulípara.

Consulta por presentar varices de tipo troncular a nivel de la extremidad inferior izquierda, de once años de evolución y que en los últimos meses le ocasionan sintomatología en forma de pesadez, cansancio, edema y calambres de predominio nocturno.

Exploración clínica:

- TA: 110/75 mmHg.
- FC: 69 x minuto.
- IMC: > a 30.
- Pulsos positivos a todos los niveles.
- Varices en el territorio de la vena safena Interna izquierda, que se extienden desde el tercio superior del muslo al tercio inferior de la pierna.
- A la maniobra de Trendelenburg las varices se colapsan en toda su extensión.
- Edema maleolar 1/3.
- No alteraciones cutáneas.

1. La descripción realizada de las varices corresponden al grado "C" de la Clasificación CEAP:

- Grado 1.
- Grado 2.
- Grado 3.
- Grado 4.
- Grado 5.

2. El resultado descrito en la maniobra de Trendelenburg es indicativo de:

- Varicoflebitis de la vena safena interna.
- Trombosis venosa antigua de la vena femoral superficial.
- Permeabilidad del sistema venoso profundo.
- Competencia de las venas perforantes.
- No permite establecer ninguna de estas conclusiones.

3. En base a esta exploración clínica: ¿qué estudio complementario debe indicarse?

- Pletismografía.
- Eco-Doppler Modo B.
- Flebografía.
- Ninguna de ellas ya que no aportarán datos diagnósticos de interés.

4. ¿Qué terapéutica indicaría usted a esta paciente?

- Flebotónicos.
- Flebotónicos + Terapéutica de compresión.
- Esclerosis.
- Cirugía mínimamente invasiva.
- Reducción ponderal.

Sinopsis clínica

Paciente del género masculino, de 47 años de edad, de ocupación agricultor.

Antecedentes clínicos de:

- Bronconeumonía secundaria a infección neumocócica
- Intervenido de hernia inguino-crural izquierda, hace cinco años.
- Traumatismo cerrado de meseta tibial izquierda, hace dos años.

Consulta por presentar varices de tipo troncular a nivel de la extremidad inferior izquierda, de seis meses de evolución y que en las últimas seis semanas cursan con edema del tercio inferior de la pierna, en ausencia de sintomatología.

Exploración clínica:

- TA: 135/80 mmHg.
- FC: 69 por minuto.
- IMC: <30.
- Pulsos positivos a todos los niveles.
- Varices de tipo reticular que se extienden en la cara antero-interna de la pierna izquierda.
- Edema con moderada fóvea (1/3) que afecta el pie y tercio distal de la pierna.
- A la maniobra de Trendelenburg las varices se colapsan de forma incompleta.
- No alteraciones cutáneas.

1. La descripción realizada de las varices corresponden al grado "C" de la Clasificación CEAP:

- Grado 1.
- Grado 2.
- Grado 3.
- Grado 4.
- Grado 5.

2. El resultado descrito en la maniobra de Trendelenburg es indicativo de:

- Varicoflebitis de la vena safena interna.
- Trombosis venosa en el sector tibio-peroneo.
- Permeabilidad del sistema venoso profundo.
- Competencia de las venas perforantes.
- No permite establecer ninguna de estas conclusiones.

3. En base a esta exploración clínica: ¿qué estudio complementario debe indicarse?

- Pletismografía.
- Eco-Doppler Modo B.
- Flebografía.
- Ninguna de ellas, ya que no aportarán datos diagnósticos de interés.

4. ¿Qué terapéutica indicaría usted a esta paciente?

- Flebotónicos.
- Flebotónicos + Terapéutica de compresión.
- Esclerosis.
- Cirugía mínimamente invasiva.
- Reducción ponderal.

Sinopsis clínica

Paciente del género femenino, de 63 años de edad, jubilada. Antecedentes clínicos de:

- Cuatro gestaciones: un aborto, tres a término.
- Intervenida de colecistectomía, hace once años.
- Diagnosticada de flebitis hace nueve años. No aporta informe.

Consulta por presentar úlcera a nivel de la extremidad inferior derecha, de once meses de evolución.

Exploración clínica:

- TA: 155/90 mmHg.
- FC: 74 x minuto.
- IMC: >30.
- Pulsos positivos a todos los niveles.
- Varices de tipo reticular que se extienden en la cara antero-interna de la pierna y muslo derecho.
- Edema con moderada fóvea (1/3) que afecta el pie y tercio distal de la pierna.
- A la maniobra de Trendelenburg las varices se colapsan de forma incompleta.
- Úlcera en tercio distal de la cara interna de la extremidad inferior derecha. Morfología oval, de 5,5 x 3,8 cm. Fondo fibrinoide. Exudado importante.

1. La descripción clínica realizada corresponde al grado "C" de la Clasificación CEAP:

- a) Grado 2.
- b) Grado 3.
- c) Grado 4.
- d) Grado 5.
- e) Grado 6.

2. La información, por parte de la enferma, de haber sufrido una flebitis sin documentación escrita:

- a) Es suficiente y no debe realizarse ningún estudio complementario que la confirme.
- b) No es suficiente y debe realizarse un estudio flebográfico.
- c) No es suficiente y debe realizarse un estudio Eco-Doppler.
- d) No es suficiente pero, dada la evolución, ningún estudio complementario aportará datos de valor para la estrategia terapéutica sobre la úlcera.

3. ¿Cuál de las siguientes características no es propia de la úlcera de etiología venosa?

- a) Localización: cara lateral interna, 1/3 inferior de la extremidad.
- b) Bordes: excavados.
- c) Fondo: fibrinoide.
- d) Expresión de dolor espontáneo: elevada.

4. En el supuesto de que se confirmase que la úlcera es secundaria a una IVC secundaria a una TV en el sector fémoro-poplíteo parcialmente recanalizada: ¿cuál de las siguientes opciones terapéuticas estima que tendrá más efectividad sobre la curación de la úlcera?

- a) Flebotónicos.
- b) Terapéutica de compresión.
- c) Esclerosis.
- d) Cirugía mínimamente invasiva.
- e) Reducción ponderal.



