

DECÁLOGO DEL ABORDAJE DE LA ENFERMEDAD VENOSA CRÓNICA



Autores:

Dolores Ballesteros Ortega

Lourdes Reina Gutiérrez

Fidel Fernández Quesada



www.capitulodeflebolegia.org



1 ¿Qué es la EVC?

La EVC se define como cualquier anomalía morfológica y funcional del sistema venoso de larga duración que se manifiesta mediante síntomas y/o signos que requieren investigación y/o cuidados.

La prevalencia de esta enfermedad en la población adulta puede alcanzar el 60%, en el mundo desarrollado. Es una causa importante de disconfort y tiene un importante impacto en el gasto sociosanitario occidental.



2 Clínica

Los síntomas de la EVC son muy variables, causan una morbilidad significativa y un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes. Las mujeres tienen más síntomas que los hombres. Los síntomas más frecuentes son pesadez, cansancio, picor, calambres nocturnos, sensación de hinchazón, que empeora al final del día y con la bipedestación prolongada y el calor, y mejora con el ejercicio, caminando o elevando las piernas. Los pacientes con obstrucción venosa crónica del sistema venoso profundo pueden presentar claudicación venosa mientras caminan o suben escaleras. Las varices superficiales se pueden trombosar resultando en una tromboflebitis venosa superficial y una celulitis localizada dolorosa. Raramente, el sangrado puede ser una manifestación de la EVC. Casi siempre se produce en una zona de piel comprometida sobre la variz. Es alarmante y potencialmente grave.

CLASIFICACIÓN CEAP

Este sistema fue desarrollado para tener en cuenta no solo los aspectos clínicos (C) de la enfermedad, sino también la etiología (E), la anatomía (A) y la fisiopatología (P).

Clínica	Etiología	Anatomía	Fisiopatología
C0: no signos palpables ni visibles	Ec: congénito	As: venas superficiales	Pr: reflujo
C1: telangiectasia o vena reticular	Ep: primario (causa indeterminada)	Ap: venas perforantes	Po: obstrucción
C2: varices	Es: secundario (ej. postrombótico)	Ad: venas profundas	Pr, o: obstrucción y reflujo
C3: edema	En: causa no venosa	An: localización venosa no identificada	Pn: fisiopatología venosa no identificada
C4a: pigmentación o eczema			
C4b: lipodermatofibrosis o atrofia blanca			
C5: úlcera cicatrizada			
C6: úlcera activa			
s: sintomática			
a: asintomática			

Tabla Clasificación CEAP de la EVC. En la práctica diaria se emplea principalmente la clasificación clínica (C)

3 Diagnóstico

- Los pacientes con síntomas y/o varices o signos de EVC deben ser interrogados sobre intervenciones previas de varices, posibles antecedentes personales y familiares de enfermedad tromboembólica venosa, tratamientos con anticonceptivos orales, enfermedades relevantes como insuficiencia cardiaca, hepática o renal, u obesidad que puedan causar EVC o condicionar su tratamiento.
- Los embarazos y su influencia en la aparición de las varices, los antecedentes familiares de varices, la actividad física y las profesiones de pie o cercanas a fuentes de calor también deben ser tenidos en cuenta. El diagnóstico diferencial es muy importante. Incluso en presencia de varices, muchos síntomas de las extremidades inferiores pueden tener una causa no venosa.

EXPLORACIONES DIAGNÓSTICAS

- El sistema venoso superficial se explora con el paciente de pie, y el profundo con el paciente en decúbito supino. Debemos inspeccionar y palpar las dilataciones de las venas que, dependiendo del tamaño y la localización en la piel o en el tejido celular subcutáneo, se denominan telangiectasias, venas reticulares y varices; la presencia o no de edema; las alteraciones tróficas como la pigmentación, la atrofia blanca, el eccema y la lipodermatoesclerosis; y por último la presencia de úlcera venosa que puede estar cicatrizada o activa. Signos de EVC grave son la corona flebectásica y la atrofia blanca. Debemos palpar los pulsos arteriales. Hay que considerar otras patologías que puedan causar una clínica similar como la insuficiencia arterial, la patología reumatológica, traumato-lógica o neurológica.
- El eco-doppler es el gold estándar en el diagnóstico de la EVC. Esta exploración no invasiva permite evaluar el reflujo y la existencia o no de obstrucción venosa, tanto de las venas superficiales, venas profundas y perforantes de los miembros inferiores. El estudio abdominal tiene mas limitaciones. La flebografía, el TAC venoso y la RMN venosa permiten el diagnóstico preciso de la patología venosa ilio-cava y pélvica, como la obstrucción postrombótica, los síndromes de compresión/estenosis de May-Thurner o de Nutcracker y el varicocele pélvico, así como el estudio de las malformaciones venosas.

¿CUÁL, QUIÉN Y CUÁNDO?

- La exploración con eco-doppler se recomienda (IA) siempre que haya que evaluar a un paciente con EVC, tanto inicialmente para confirmar el diagnóstico, como en el seguimiento al tratarse de una enfermedad crónica. Nos permite en cada momento evaluar la localización, la extensión y la fisiopatología, y diseñar la estrategia de tratamiento en cada momento.
- Es imprescindible en el momento previo a todos los procedimientos, tanto la cirugía tradicional abierta como los procedimientos endoluminales; y durante los procedimientos endoluminales al ser todos ellos ecoguiados, como la escleroterapia, y la ablación térmica, mecánico-química o con pegamento. Se requiere para el seguimiento de todos los pacientes intervenidos, independientemente de la técnica empleada.

4 Criterios de derivación: cuándo remitir al angiólogo y cirujano vascular

Todos los pacientes con síntomas o signos de EVC deberían ser valorados por un especialista de Angiología y Cirugía Vascular para la realización de un eco-doppler venoso, estadiaje de la enfermedad y realización de las recomendaciones terapéuticas oportunas. En el caso de pacientes intervenidos, siempre que haya una recidiva varicosa.



5 Controles y seguimiento: ¿cuándo y con qué frecuencia?

El seguimiento de estos pacientes se hace en general en AP, derivando al especialista en Angiología y Cirugía Vasculare en caso de:

- Progresión de la enfermedad.
- Recurrencia varicosa tras procedimiento terapéutico.
- En el caso de las nuevas técnicas de tratamiento endoluminal, se suele revisar a los pacientes con eco-doppler a los 3 meses y dos años del procedimiento.



6 Medidas higiénico-sanitarias



Aproveche cualquier circunstancia para mover sus piernas



Ayude al retorno venoso mientras duerme



Hábitos sencillos que faciliten el retorno venoso: baños fríos, elevar las piernas, tacones de 3-4 cm



No obstruir la circulación con calzado apretado, calcetines ceñidos, vaqueros muy justos: Lleve ropa adecuada



Evitar sobrepeso



Evite fuentes de calor



Elija el deporte adecuado



Evitar el ortostatismo/sedentarismo prolongado



Utilizar métodos de contención elástica

El tratamiento conservador constituye la principal modalidad de tratamiento durante el periodo inicial de atención al paciente, en espera de cirugía, o en aquellos pacientes no tributarios de la misma



7 Terapia compresiva

La elastocompresión constituye un elemento fundamental para el tratamiento de la EVC. Sus objetivos son: la reactivación del flujo sanguíneo y la movilización del contenido hemático estancado. Su mecanismo de acción consiste en garantizar una compresión suficiente, siendo ésta mayor a nivel del tobillo y tercio inferior de la pierna. Se crea así un gradiente de presión que es el responsable del ascenso de la sangre.

Grados de compresión en mmHg:

- I. 10-20 Ligera
- II. 21-30 Moderada
- III. 31-40 Fuerte
- IV. >40 Muy fuerte

Las medias de compresión deben ser prescritas solo si los pacientes están dispuestos a llevarlas regularmente:

- Deben ser colocadas desde primera hora de la mañana y renovadas cada 3-6 meses si se llevan diariamente.
- Los vendajes son usados principalmente en las fases iniciales de la terapia de compresión y las medias para el tratamiento a largo plazo.
- La terapia compresiva está contraindicada en pacientes con enfermedad arterial periférica avanzada.
- La compresión de clase I constituyen un tratamiento eficaz de la enfermedad venosa crónica. Una presión inferior a 10-15 mmHg es inefectiva y una compresión mayor puede no aportar ningún beneficio adicional.
- El uso de medias está indicado en la EVC sintomática, después de tratamientos esclerosantes y postquirúrgicos de las varices, en la profilaxis y tratamiento de varices en el embarazo y profesiones de riesgo, y para favorecer la curación de las úlceras venosas.
- La elastocompresión acelera la curación de las úlceras venosas comparada con la no compresión, siendo los sistemas multicapa más efectivos que los de una sola capa. En estos casos la compresión de alto grado es más eficaz que la de bajo grado.

CONSENSO ESPAÑOL SOBRE TERAPIA COMPRESIVA

Situación	Presión en el tobillo (mmHg)
C0-C1	---
C2	18-21
C3	22-29
C4	30-40
C5	30-40
C6	30-40
Embarazo	22-29
Bipedestación prolongada	22-29
Viajes largos	22-29
Post-esclerosis de varices	18-21
Post-fleboextracción	30-40
Linfedema	45
Síndrome postrombótico	30-40

Las guías de la European Society for Vascular Surgery 2015 (ESVS) y las guías internacionales publicadas en 2018 en el International Angiology, recomiendan considerar los fármacos veno-activos (FVA) como una opción de tratamiento para el edema y dolor generados por la EVC con un nivel de evidencia A y un grado de recomendación IIA. Los FVA usados en estadios iniciales de la EVC además de aliviar la sintomatología de los pacientes, podrían retrasar la progresión de la enfermedad, debido al efecto anti-inflamatorio y protector del endotelio venoso que tienen algunos de ellos, como sulodexida. Dado el pobre cumplimiento de la terapia compresiva en países de clima cálido o durante los meses estivales, los FVA pueden constituir la única alternativa disponible para el tratamiento de la EVC en estadios iniciales. En estadios avanzados de la EVC, pueden ser utilizados conjuntamente con la terapia compresiva para acelerar el cierre de las úlceras venosas, sobre todo aquellas de gran tamaño o de larga duración (Sulodexida y FFPM). También se pueden recomendar para disminuir las molestias y hematomas tras escleroterapia o cirugía de varices (FFPM).

	Fármaco	GRUPO	Sustancia	Antitrombótico	Tono Venoso	Pared venosa y Válvulas	Exudado capilar	Drenaje linfático	Alteraciones hemorreológicas	Inflamación y microcirculación	Dosis	
Antitrombótico	Indicación: Tratamiento de la Insuficiencia Venosa Crónica											
	CON RECETA	Dovida*	Glucosaminoglicanos	Sulodexida	+	+	+	+	-	+	+	30 mg (1 cap)/12h
Flebotónicos	Indicación: Alivio a corto plazo (2-3 meses) del edema y síntomas relacionados con la Insuficiencia Venosa Crónica											
	CON RECETA	Diosmina	Flavonoides	Diosmina	-	-	-	-	-	-	-	500 mg/12h
		Esberiven		Troxerutina	-	+	-	+	+	+	-	10 ml/24h
		Flebostasin	Saponinas	Extracto de castaño de indias: Escina	-	+	-	+	-	-	-	50 mg/12h
		Fabroven		Ruscus, hesperidina, Ac. ascórbico	-	+	+	+	+	+	-	1 caps/12h
SIN RECETA	Indicación: Tratamiento de los síntomas relacionados con la Insuficiencia Venosa Leve en adultos											
SIN RECETA	Daflón	Flavonoides	Fracción flavonoica purificada micronizada	-	+	+	+	+	+	+	500 mg/12h	
	Venoruton		Oxerutinas	-	+	-	+	+	+	-	1g/24h	
	Venosmil		Hidrosmina	-	-	-	-	-	-	-	200 mg/8h	

* Dovida está financiado por el SNS de C3 moderado a C6

La intervención de varices por medio de cirugía abierta, endovenosa (radiofrecuencia, láser...) o escleroterapia pretende eliminar el reflujo, restablecer la normalidad hemodinámica, y extirpar las varices visibles para eliminar los síntomas, prevenir la recurrencia y minimizar las complicaciones de la EVC. Hoy en día disponemos de diversas técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la EVC. Cada paciente particular se puede beneficiar del uso específico de una de ellas, en función de la anatomía y fisiopatología de su enfermedad. Las telangiectasias no son sólo una patología estética. Muchas veces provocan disconfort en nuestros pacientes y pueden ser la manifestación de una insuficiencia venosa más severa. Por este motivo, estos pacientes también precisan valoración adecuada por el cirujano vascular y tratamiento específico. De ahí la importancia de realizar un adecuado estudio mediante eco-doppler por parte del Angiólogo y Cirujano Vascular para establecer el diagnóstico preciso y ofrecer al paciente el tratamiento más adecuado a su patología. La edad avanzada como único factor no es una contraindicación para dejar de tratar a pacientes con EVC.

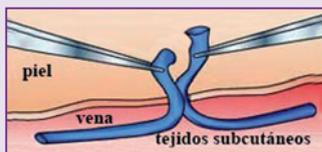
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

CIRUGÍA CLÁSICA

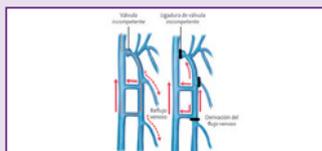
STRIPPING: Se realizan incisiones en los dos extremos de la vena que va a ser eliminada. Se inserta el extirpador (stripper) de un extremo al otro de la vena. Al extraerlo, éste arrastra la vena consigo.



FLEBECTOMÍA: Se realizan incisiones en la trayectoria de la vena que va a ser eliminada. Se pasa un pequeño gancho de flebectomía a través de la incisión, extrayendo la vena.



CHIVA: Se hace desaparecer los flujos de sangre inadecuados en las venas, para ello se realizan incisiones interrumpiendo los flujos en sentidos contrarios al normal, para conseguir la desaparición de síntomas y disminuir las varices.

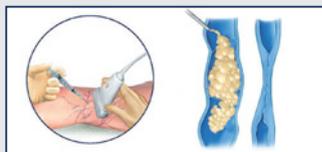


TERAPIA ENDOVENOSA

TÉRMICA: Reducción y obliteración de la vena afectada por la aplicación de energía calórica. Se inserta una sonda en la vena y se va extrayendo poco a poco al tiempo que se aplica la energía calórica. Puede ser mediante láser, radiofrecuencia y vapor de agua.



QUÍMICA: Inyección, dentro de la vena, de una sustancia química que induce la obliteración y sellado de la vena, pudiendo ser agentes esclerosantes como polidocanol o tetradecil sulfato de sodio, u otras sustancias como el sellado con cianoacrilato.



MECÁNICO-QUÍMICA: Lesión del endotelio venoso por rotación de un catéter en el interior de la vena e inyección simultánea de agente esclerosante.



Tratamiento de estadios avanzados de la EVC y del síndrome postrombótico

Se ha demostrado que el manejo de la hipertensión venosa y del edema tisular con vendaje de compresión, estimula la curación de úlceras venosas en las piernas. Una revisión Cochrane concluyó que la compresión aumenta la tasa de curación de las úlceras en comparación a la terapia no compresiva. Además, la compresión de alto grado es más eficaz que la de bajo grado. Existe suficiente evidencia hasta la fecha para realizar una intervención quirúrgica temprana del reflujo superficial, en combinación con una terapia de compresión eficaz, en los pacientes con úlceras venosas sin necesidad de esperar a que la úlcera cicatrice. Se debe considerar en pacientes con úlceras venosas el uso de FVA, como sulodexida, junto con la terapia compresiva .

La compresión es la piedra angular en el tratamiento de pacientes con síndrome postrombótico establecido, indicando medias de compresión gradual con una presión en tobillo de al menos 30 mmHg.

La cirugía del sistema venoso profundo (SVP) puede ser considerada en grandes edemas sintomáticos o en úlceras que no se controlen con terapia compresiva. En estos casos, las obstrucciones crónicas de las venas ilíacas o la cava inferior se pueden tratar con recanalización y colocación de un stent. El tratamiento quirúrgico del reflujo del SVP sigue siendo controvertido. En ambos casos dichas intervenciones deben realizarse en unidades especializadas con personal altamente entrenado.

Nivel de evidencia de los principales FVA sobre diversos síntomas y/o signos de la EVC

Síntoma/signo	SULODEXIDA	FFPM	RUSCUS+AA+HESP	OXERUTINAS	ESCINA
Cicatrización úlcera venosa (junto con terapia compresiva)	A	A	*	B	*
Dolor	C	A	A	B	A
Pesadez	C	A	A	B	*
Perímetro maleolar	*	B	A	NS	A

* no se dispone de estudios; NS: no significativo

REFERENCIAS

- Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS) Eur J Vasc Endovasc Surg (2015) 49, 678-737
- Guías de Práctica Clínica en Enfermedad Venosa Crónica del Capítulo de Flebología y Linfología de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular. Angiología, Vol 68, Num 03 Mayo-Junio 2016
- Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines according to scientific evidence Part I. Document developed under the auspices of the EVF, IUA, UIP. Int Angiol 2018; 37 (3): 181-254.
- Gohel M.S., Heatley F., Liu X., et al: A randomized trial of early endovenous ablation in venous ulceration. N Engl J Med 2018; 378: pp. 2105-2114.