

GUÍA DE MANEJO PARA LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA EN EL ADULTO

Diego Andrés Osorno Chica
Médico Geriatra
Docente de Geriatria
Universidad del Cauca, Popayán
osornochica@yahoo.com

Introducción

La insuficiencia venosa crónica es sinónimo de una circulación incompetente cuyo resultado es un retorno sanguíneo inadecuado e hipertensión venosas, cuando el individuo está en posición vertical. Un incremento de la presión endovenosa se traduce en la transmisión retrógrada de dicha presión hacia los capilares, con la consiguiente pérdida de plasma y proteínas del suero hacia el intersticio, lo cual lleva a alteraciones de las propiedades del espacio extravascular y de la microcirculación, con daños en el endotelio de tipo irreversible que generan cambios en el tejido celular subcutáneo y en la piel que, en su máxima expresión, ocasionan úlceras que pueden cronificarse y generar discapacidad.

Las causas de base que generan insuficiencia venosa crónica permiten clasificarla en 3 grandes grupos que son: la congénita, la primaria no congénita y la secundaria.

Definición

La insuficiencia venosa crónica es la falla consecuente de una hipertensión venosa sostenida, debido a daño obstructivo, dilatante o funcional del sistema venoso profundo.

Epidemiología

En el mundo occidental es altamente prevalente y genera grandes costos tanto desde el punto de vista diagnóstico, como del terapéutico, con importante repercusión sobre la calidad de vida y el aspecto ocupacional de los individuos que la padecen.

Entre el 50 y el 55% de la población adulta femenina, y del 10 al 30% de los hombres adultos la padecen. El síndrome postflebítico aparece en cerca del 11% de las mujeres, y en el 3% de los hombres mayores de 40 años. La prevalencia de las úlceras venosas está entre el 0.3 y el 1%.

En la actualidad existe debate acerca de si la insuficiencia venosa crónica tiene o no un componente hereditario. Aunque los casos de agregación familiar se ven entre el 44 y el 65% de los pacientes, a la fecha no se ha podido establecer ningún patrón de transmisibilidad desde el punto de vista genético.

Existe una relación hombre-mujer de 1 a 2.3 y entre el 25 y el 70% de las personas obesas padecen de insuficiencia venosa crónica. De otro lado la paridad, el aspecto ocupacional y el tabaquismo se han correlacionado de manera directa con mayor riesgo de padecerla.

Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia venosa crónica

1. Clasificación clínica

Durante mucho tiempo la insuficiencia venosa crónica, padeció de carencia en la precisión diagnóstica, razón por la cual en el año de 1994 la fundación STRAUB en MAUI, HAWAI, en asocio con el AMERICAN VENOUS FORUM, dieron lugar a un consenso para la clasificación y estadificación de la insuficiencia venosa crónica, basados en las manifestaciones clínicas (C), en los factores etiológicos (E), en la distribución anatómica (A), y

en la patología de base (P), llamado sistema CEAP, el cual se ha convertido en la base de clasificación de la enfermedad para orientar de una forma adecuada el diagnóstico y el tratamiento de la entidad.

Clasificación clínica

Clase	Definición
0	No hay signos de enfermedad
1	Telangiectasias o venas reticulares
2	Varicosidades
3	Edema
4	Cambios en la piel adjudicados a enfermedad venosa como el eccema, la lipodermatoesclerosis o la pigmentación
5	Cambios en la piel asociados a úlceras cicatrizadas
6	Cambios en la piel asociados a úlceras activas
La presencia o ausencia de síntomas como dolor o prurito, suma al estadio la S de sintomático, o la A de asintomático, para modificar cada categoría	

Clasificación etiológica

Categoría	Definición
Congénita	EC: Aparente al nacimiento o reconocida poco después.
Primaria	Ep: Causa indeterminada.
Secundaria	Es: Causa conocida sea trombótica, traumática u otra.

Clasificación anatómica

Área de compromiso
Venas superficiales: As
Venas profundas: Ad
Venas perforantes: Ap

Clasificación fisiopatológica

Condición	Calificación
Reflujo	PR
Obstrucción	Po
Reflujo y obstrucción	PR,o

2. Severidad de la insuficiencia venosa crónica

Síntoma o signo	Score clínico
Dolor	0: ninguno, 1: Moderado y no necesita analgésicos, 2: Severo y necesita analgésicos.
Edema	0: Ninguno, 1: Leve o Moderado, 2: Severo.
Claudicación venosa	0: Ninguno, 1: Leve o Moderado, 2: Severo.
Pigmentación	0: Ninguna, 1: Localizada, 2: Extensa.
Lipodermatoesclerosis	0: Ninguna, 1: Localizada, 2: Extensa.
Tamaño de la úlcera	0: Ninguna, 1: < 2 cm., 2: > 2 cm. de diámetro.
Duración de la úlcera	0: Ninguna, 1: < 3 meses, 2: > 3 meses
Recurrencia de la úlcera	0: Ninguna, 1: una vez, 2: más de una vez.
Número de úlceras	0: Ninguna, 1: Única, 2: Múltiples.

3. Discapacidad generada por la enfermedad

Score	Severidad de la discapacidad
0	Asintomático
1	Sintomático, funciona sin aparatos de asistencia
2	Puede trabajar 8 horas por día solo con equipos de soporte
3	Incapaz de trabajar inclusive con equipos de soporte

4. Proceso diagnóstico

El objetivo es indagar si existe o no reflujo venoso que es el marcador de la existencia de la insuficiencia.

Antiguamente algunas maniobras clínicas realizadas durante el examen físico orientaban a ello, pero el paso del tiempo, y una mejor comprensión de la enfermedad mostraron que definitivamente las maniobras clínicas

tienen validez parcial en casos severos de reflujo y que los estadíos tempranos no son evaluables de esta forma.

El procedimiento de elección y primer paso es el **Eco duplex scan**, el cual provee datos desde el punto de vista anatómico, de localización de estructura valvular, verificación del reflujo y evaluación funcional del sistema venoso superficial, comunicante y profundo.

El **Eco duplex scan** diagnostica la presencia o ausencia de reflujo e identifica el origen y la dirección o eje del mismo. Además optimiza el diagnóstico anatómico y morfológico de la causa subyacente.

Las técnicas de **pletismografía** (simple, de aire y computarizada) tienen un papel **complementario** al Eco duplex scan y nunca son procedimiento de primer paso.

Se indican para:

- Evaluar y predecir los posibles efectos hemodinámicos sobre el sistema venoso superficial y profundo, derivados de cirugía de las venas superficiales,
- Evaluar la función de la bomba venosa.

La **flebografía** actualmente sólo tiene indicación en pacientes con obesidad severa y con edemas importantes que impiden la visualización del sistema venoso con el Eco duplex scan; en pacientes con recurrencias inexplicadas de la enfermedad y en quienes van a cirugía del sistema profundo o cirugía endovascular. También se puede considerar en personas con datos ecográficos dudosos y en personas en quienes se sospechan malformaciones venosas.

La evaluación de la microcirculación a través del uso de capilaroscopia, doppler láser, microlinfografía, medición de presión intersticial y presiones parciales intersticiales de O₂ y CO₂, sólo tienen aplicación desde el punto de vista investigativo.

5. Tratamiento médico o conservador

Todos deben recibir las siguientes **medidas generales**:

- Reducción de peso.

- Evitar el tabaquismo.
- Evitar períodos prolongados de bipedestación o sedestación.
- Uso de calzado ancho y cómodo; evitar el empleo de tacones.
- Elevación de las piernas sobre el nivel del corazón 15 a 30 minutos varias veces al día para reducir la sintomatología y el edema; dormir con los pies elevados a unos 15 cm. sobre el nivel de la cama.
- Realizar ejercicios que impliquen flexión de los tobillos para optimizar la bomba muscular.
- Evitar el calor extremo.
- Antiagregación plaquetaria: dosis de 100 a 300 mg de ácido acetil-salicílico, por día.

Terapia compresiva continua con ortesis elástica (medias de presión)

Se debe realizar el índice tobillo/brazo a todos los pacientes y quienes tengan un valor menor de 0.9 son candidatos a medios compresivos.

La presión a utilizar se esquematiza en la siguiente tabla:

Gradiente de presión (mmHg)	Indicación
14 a 18	Prevención primaria de la TVP
20 a 30	Insuficiencia venosa leve; varicosidades leves.
30 a 40	Varicosidades moderadas a severas, edema periférico, síndrome postflebitico, várices en embarazadas, prevención secundaria de TVP, úlceras varicosas.
40 a 50	Insuficiencia venosa crónica severa.
50 a 60	Insuficiencia venosa crónica muy severa

Terapia compresiva continua con ortesis rígida (bota de unna, circ-aid, vendaje de gasa)

Está indicada en **insuficiencia venosa severa o en presencia de úlcera varicosa** siendo en dichos casos

más eficaz que la compresión elástica continua al permitir un mejor vaciamiento venoso

Terapia compresiva intermitente con bomba neumática

Solo se indica en casos de edema venoso crónico con úlcera asociada o linfedema crónico asociado a úlceras venosas cronificadas, nunca se utilizará como monoterapia y siempre debe ir asociado a compresión venosa continua elástica o rígida.

Medicamentos venotónicos

Su uso se fundamenta en la mejoría de los síntomas como el prurito y la claudicación venosa; no mejoran la función valvular, ni la bomba muscular y menos la función de la pared venosa. Sólo la **pentoxifilina** ha mostrado algún beneficio al tener efecto **anticoquinas**, a nivel intersticial, endotelial y de la microcirculación.

Muchos de ellos tienen importantes efectos adversos resultantes de interacciones farmacológicas: Dobesilato de calcio, Diosmina o Rutósido, Escina o castaña de indias y el Ruscus Asculeatus:

Fármaco	Nombre comercial	Posología
Escina	Venostasin Feparil Provenen	60 a 200 mg por día
Diosmina	Daflón	300 a 1200 mg por día
Dobesilato de calcio	Doxium	250 a 750 mg por día
Pentoxifilina	Frental	400 a 1200 mg por día

6. Tratamiento quirúrgico

Existen múltiples técnicas quirúrgicas que escapan al objetivo de ésta guía pero cuya elección depende de la distribución anatómica y severidad de la enfermedad además de la fisiopatología y causa de base asociada a la enfermedad y que será elegida por el equipo quirúrgico encargado.

Los pacientes que no se benefician de las medidas aplicadas en el paso quinto, son candidatos a manejo quirúrgico, en la siguiente tabla se muestran las indicaciones de derivación a cirugía vascular y a los distintos procedimientos invasivos:

Indicaciones para remitir a cirugía vascular

Criterios de derivación a una unidad de cirugía vascular
Pacientes con sintomatología permanente que no responden a manejo médico.
Pacientes que hayan presentado o presenten alguna complicación de la insuficiencia venosa crónica como: Tromboflebitis superficial o profunda, varicorragia, úlceras venosas de evolución desfavorable, síndrome postflebitico.

Indicaciones de cirugía en insuficiencia venosa crónica

Indicación
Claudicación venosa persistente
Varicorragias y varicoflebitis
Pigmentación del tobillo y atrofia blanca
Lipodermatoesclerosis
Úlceras crónicas de las piernas
Enfermedad asociada de la vena safena y las comunicantes

Contraindicaciones para cirugía en insuficiencia venosa crónica

Contraindicación
Edad mayor de 70 años
Linfedema crónico asociado
Várices asociadas a angiодisplasia o fístulas arteriovenosas traumáticas
Obesidad mórbida
Motivación puramente estética
Riesgo alto derivado de otra patología asociada

Lecturas recomendadas

1. Ibrahim Sahid, McPherson Donna R, Goldhaber Samuel, Chronic venous insufficiency: Mechanisms and management. American Heart Journal October 1996 pp 856-860.
2. REDNOVA: 2005: Guidelines for diagnosis and treatment of chronic venous disorders. <http://www.rednova.com/news/display/?id:236435>.
3. Nicolaidis AN, Investigation of chronic venous insufficiency. A consensus statement. Circulation 2000; 320 pp 1391-1394.