



DOCUMENTO DE CONSENSO

Guía de práctica clínica en enfermedad venosa crónica del Capítulo de Flebología y Linfología de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascul[☆]



Practice guidelines in chronic venous disease from the Phlebology and Lymphology Working Group of the Spanish Society of Angiology and Vascular Surgery

C. Miquel Abbad^{a,*}, R. Rial Horcajo^b, M.D. Ballesteros Ortega^c, C. García Madrid^a y Capítulo de Flebología y Linfología de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascul

^a *Capítulo Español de Flebología y Linfología, Barcelona, España*

^b *Capítulo Español de Flebología y Linfología, Madrid, España*

^c *Capítulo Español de Flebología y Linfología, Albacete, España*

Introducción

Desde el año 2009, fecha de publicación del Consenso VEIN-TERM¹, se define la enfermedad venosa crónica (EVC) como aquella situación patológica de larga duración derivada de alteraciones anatómicas o funcionales del sistema venoso que se manifiestan por síntomas y signos que necesitan estudio y tratamiento.

La dificultad de la elección e interpretación de las pruebas diagnósticas, así como el tratamiento de la EVC, ha dado lugar a la publicación de varios consensos.

En este sentido, la junta directiva del Capítulo de Flebología y Linfología de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascul se propuso desarrollar a lo largo del mandato 2011-2015 diversos documentos que permitiesen a los profesionales que tratan a pacientes con enfermedad venosa

y linfática en su práctica diaria tener elementos actualizados para orientar su actividad y respaldar sus decisiones.

Así se desarrollaron:

Guías sobre el manejo de la EVC en:

Pacientes oncológicos.

Pacientes con daño cerebral adquirido y lesión medular.

En asistencia primaria.

Consensos

Sobre el tratamiento mediante láser intravenoso.

Sobre el abordaje multidisciplinario del linfedema en asistencia primaria.

Al final del citado cuatrienio se decidió publicar un documento basado en la última guía auspiciada por el European Venous Forum, la International Union of Angiology, la Union Internationale de Phlebologie y el Cardiovascular Disease Educational and Research Trust del Reino Unido², así como en la actual de la European Society of Vascular and Endovascular Surgery³ y adaptarlo a la realidad de nuestro país,

[☆] Guías presentadas en el congreso de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascul (SEACV) el 3 de junio de 2015.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cmiquel@hscor.com (C. Miquel Abbad).

con el objetivo de proporcionar una herramienta útil para el profesional médico en el conocimiento de la EVC.

Fisiopatología

Las varices, la manifestación más común de la EVC, pueden ser primarias, por dilatación venosa y daño valvular sin que haya existido una causa previa como una trombosis venosa profunda (TVP) y pueden producirse por incompetencia de los cayados de las venas safenas, de las perforantes o por reflujo de las venas pélvicas.

Un 30% de los pacientes con reflujo en el sistema venoso profundo parecen mostrar una incompetencia valvular primaria; en el resto, la TVP es la causa.

El síndrome posttrombótico (SPT) es el cuadro clínico de EVC resultante del reflujo y obstrucción secundario a una o varias TVP.

En otras ocasiones la EVC se produce por compresión extrínseca, como en el síndrome de May-Thurner. Menos frecuentemente existen hipoplasias o malformaciones.

Epidemiología

Las varices están presentes en el 25-30% de la población adulta femenina en los países occidentales y entre el 10 y el 40% de los hombres.

La incidencia anual de varices, según el estudio Framingham, está en el 2,6% para las mujeres y en el 1,9% para los hombres. El estudio Bonn Vein 2 refleja que un 4% de los pacientes con EVC establecida progresan a un estadio superior en la clasificación CEAP⁴.

En España la prevalencia de EVC alcanza el 48,5% de la población (58,5% son mujeres) y de este segmento de población hasta un 99% sigue algún tipo de tratamiento^{5,6}.

La prevalencia de las úlceras venosas en nuestro entorno se encuentra alrededor de un 0,3% de la población adulta, y el porcentaje de población con úlcera activa o cicatrizada es del 1%.

Las estimaciones del coste anual del tratamiento de la EVC en los países europeos occidentales se sitúa entre 600 y 900 millones de euros (2% de gasto sanitario). La úlcera venosa es la que más recursos consume, estimándose unos costes directos anuales por úlcera de 9.000 €, de los cuales un 90% son directos (recursos humanos médicos y de enfermería, materiales de cura y medicación, hospitalización...) y un 10% indirectos, como las bajas laborales.

La educación sanitaria en esta dolencia, el seguimiento de las guías flebológicas publicadas y una puesta al día en el tratamiento de las úlceras venosas es coste-efectivo, reduce el tiempo de curación de las úlceras y mejora la calidad de vida de los pacientes.

Clasificación y terminología

La clasificación CEAP (tabla 1) se consensó a mediados de los noventa y la última revisión ha sido en 2004. Es la clasificación que se acepta de forma general en todo el mundo⁷.

El American Venous Forum en el año 2000 desarrolló un instrumento para poder medir los efectos y datos que no

Tabla 1

Clasificación CEAP de la EVC

Clínica	→	Clase 0. No signos visibles	Asintomático Sintomático
		Clase 1. Telangiectasias o varices reticulares	
		Clase 2. Varices	
		Clase 3. Edema	
		Clase 4. Signos dérmicos	
		Clase 5. Úlcera cicatricada	
		Clase 6. Úlcera activa	
Etiología	→	Congénita, Primaria, Secundaria	
Anatomía	→	Superficial y/o Profunda (D) y/o Perforantes	
Patofisiología	→	Reflujo y/o Obstrucción	

proporcionaba la clasificación CEAP: el Venous Severity Score (VSS)⁸.

El SPT tiene escalas propias de medición, la más utilizada es la de Villalta⁹, aunque las genéricas ya mencionadas son también útiles.

Se ha creado una clasificación específica para la recidiva denominada Recurrent Varices after Surgery (REVAS). En combinación con la CEAP es una buena herramienta para las normas de publicación, por su buena calidad inter- e intraobservador¹⁰.

Recomendaciones

La clasificación CEAP se recomienda para valorar la severidad de la EVC (grado de evidencia I, nivel B).

El Venous Clinical Severity Score se recomienda para valorar la severidad en la afectación clínica de la EVC (grado e evidencia IIa, nivel B).

Diagnóstico

No existe un único método capaz de suministrar toda la información precisa para tomar las decisiones clínicas adecuadas y establecer las estrategias de tratamiento oportunas.

La ecodoppler se considera el «gold standard» para detectar el reflujo en cualquier segmento.

Se determinan 3 niveles de actuación:

Nivel I: visita en consulta externa con historia clínica y examen físico que puede complementarse con doppler de bolsillo o ecodoppler color.

Nivel II: examen ecodoppler detallado, con o sin utilización de pletismografía. Usado en la mayoría de pacientes y mandatorio en aquellos tributarios de cirugía.

Nivel III: se añaden a los anteriores estudios de imagen como flebografía, medida de presión venosa, TC, RM, o ultrasonidos intravasculares.

Estadios C0 y C1 de CEAP: nivel I.

El nivel II es requerido en prácticamente todos los pacientes. En casos seleccionados como aquellos en los que debe considerarse una intervención en sistema profundo, están indicados los exámenes del nivel III.

Medida y valoración de reflujo

1. Test no invasivos como la pletismografía.
2. Exámenes invasivos como la medida de presión venosa deben considerarse «gold standard» para el examen hemodinámico de la enfermedad venosa.
3. La ecodoppler puede aportar datos sobre valoración morfológica y funcional, existencia o ausencia de reflujo.
4. Flebografía descendente: Kistchner clasificó el reflujo venoso profundo en 5 grados:
 - Grado 0: competencia valvular, sin reflujo.
 - Grado 1: reflujo leve limitado a la parte proximal del muslo.
 - Grado 2: reflujo importante pero limitado a la parte superior del muslo con válvulas competentes en su porción distal o poplítea.
 - Grado 3: reflujo en poplítea y pantorrilla.
 - Grado 4: reflujo masivo hasta poplítea y pantorrilla y a menudo a través de las perforantes.

Medida y valoración de la obstrucción

No existe un «gold standard» para la valoración funcional de la obliteración venosa.

La ecodoppler puede describir obliteraciones tronculares y de colaterales.

El método de elección para la evaluación de los cambios morfológicos del sector ilio-cava es el examen mediante ultrasonidos intravenoso.

Recomendaciones

- Se recomienda efectuar historia clínica orientada a la EVC con especial atención a los síntomas, antecedentes de enfermedad tromboembólica y uso de fármacos antes de efectuar otras investigaciones (grado I, nivel C).
- El examen físico para observar la presencia de varices, edema y cambios cutáneos debe efectuarse siempre (grado I, nivel C).
- La ecodoppler es el test de elección para el diagnóstico de la EVC, evaluando la anatomía, el origen y características del reflujo (grado I, nivel A).
- La ecodoppler se recomienda para la valoración del origen de las recurrencias (grado I nivel C).
- Ante la sospecha de enfermedad venosa abdominal o pélvica se recomienda efectuar ecodoppler antes de flebografía, TC o RM (grado I, nivel C).

Elastocompresión

Constituye un elemento fundamental para el tratamiento de la EVC.

No existen datos definitivos que permitan establecer la superioridad de los diferentes tipos de vendaje (espiral, guarnición, circular).

Los vendajes multicapa cumplen mejor sus objetivos que los de una sola.

La elastocompresión mejora la sintomatología, pero no existe evidencia para determinar si sola es suficiente para tratar la EVC o si existe un tipo de media superior a otro.

Tabla 2 Grados de compresión de las medias elásticas en milímetros de mercurio

Grado	Milímetros de mercurio	Tipo de compresión
I	10-20	Ligera
II	21-30	Moderada
III	31-40	Fuerte
IV	> 40	Muy fuerte

Aunque no previene la aparición de varices durante el embarazo, puede disminuir la incidencia de insuficiencia de safena, el reflujo en el confluente safenofemoral y mejorar la sintomatología.

Los vendajes no se aconsejan después de esclerosis siempre que pueda colocarse media elástica. Los pacientes tratados con elastocompresión durante un período de entre una y 3 semanas muestran menores efectos secundarios, incluida pigmentación, que los tratados por un menor período de tiempo o los no tratados.

Efecto de las medias de compresión en pacientes tratados mediante cirugía de las varices

Se utilizan diversos tipos de compresión (tabla 2). La comparación entre medias de alta presión (40 mmHg) y baja presión (15 mmHg) muestran igual efectividad en el control de dolor, equimosis, tromboflebitis y costes, pero las de baja compresión resultan más confortables, obteniéndose los mejores resultados en reducción de dolor y hematoma con la compresión excéntrica.

El empleo de medias elásticas por un período postoperatorio de entre 3 meses y un año reduce la recurrencia de las varices.

Efecto de las medias de compresión en la prevención del síndrome posttrombótico

Las medias de clase III reducen la incidencia de SPT, sin que muestren mayor beneficio las de compresión larga que las cortas, hasta debajo de rodilla.

Efecto de las medias de compresión en la curación de las úlceras venosas

La elastocompresión incrementa la curación de las úlceras venosas comparada con la no compresión.

Los sistemas multicapa son más efectivos que los de una sola capa, y los elásticos son más efectivos que los inelásticos.

El mejor vendaje es el de 4 capas: ha demostrado una curación más precoz que los que llevan una compresión fuerte pero corta.

Estudios recientes cuestionan algunos conceptos convencionales de la compresión elástica

- En decúbito prono y en ortostatismo las venas profundas se encuentran más afectadas que las superficiales.

Tabla 3 mecanismo de acción de los diferentes fármacos venoactivos basados en la evidencia

Categoría	Medicamento	Tono venoso	Pared y válvulas venosas	Permeabilidad capilar	Drenaje linfático	Parámetros hemorreológicos	Electro antirradicales libres
Falavonoides (gamma-benzopironas)	Fracción flavonoica purificada y micronizadas	+	+	+	+	+	+
	Diosminas sintéticas o no micronizadas ^a						
	Rutina y rutósidos	+		+	+	+	+
	Antocianinas (vitis vinífera)						+
	Proantocianidina (vitis vinífera)			+			+
Alfa-benzopironas	Cumarina			+	+		
Saponinas	Extracto de castaño de Indias; escina	+		+			+
	Extracto de ruscus	+		+			
Otros extractos de plantas	Extracto de Gingko ^a						
	Dobesilato de calcio	+		+	+	+	+
Productos sintéticos	Benzarone ^a						
	Naftazon ^a						

^a No hay información disponible.

- La alta presión sobre la pantorrilla ejerce un efecto más intenso sobre la bomba muscular que la existencia de un gradiente de presión.
- En el edema venoso crónico, la baja presión puede ser más efectiva que la presión elevada.
- La presión continua a 40 mmHg mejora el flujo arterial en pacientes sanos o con arteriopatía periférica, por ejemplo, en pacientes con úlceras mixtas, arteriovenosas.

Compresión neumática intermitente

La compresión neumática intermitente aumenta la curación de las úlceras respecto a la no compresión.

No está claro este beneficio si se utilizan vendajes.

Recomendaciones

- La elastocompresión se recomienda para el tratamiento de signos y síntomas de la EVC (grado I, nivel B).
- La elastocompresión y la deambulacion se recomiendan como medidas iniciales para la curación de las úlceras venosas (grado I, nivel A).
- El uso de presiones de compresión de al menos 40 mmHg en tobillo pueden considerarse adecuadas para promover la curación de las úlceras venosas (grado IIa, nivel B).
- El uso de vendajes elásticos u otros medios de compresión se recomiendan como tratamiento inicial para las úlceras venosas (grado I, nivel B).

- Se recomienda la compresión tras la cirugía convencional o intravenosa de las varices o tras escleroterapia (grado I, nivel A).

Fármacos venoactivos

Comprende un grupo heterogéneo de productos: algunos sintéticos, otros de origen vegetal. En algunos casos con más de un componente activo.

Pueden actuar en macro- y microcirculación, pared venosa y válvulas, disminuyendo la reacción inflamatoria y modificando los mecanismos que desencadenan la hipertensión venosa (tabla 3).

Los metaanálisis y revisiones Cochrane muestran un elevado beneficio para todas las variables consideradas, excepto prurito y úlcera venosa. Los efectos adversos, analizados para dobesilato de calcio, la fracción flavonoide micronizada y purificada (FFPM) y rutósidos no mostraron diferencias respecto a placebo.

Según la evidencia disponible, 4 fármacos (FFPM, hidroxietyl rutósidos, extracto de ruscus y diosmina) son capaces de actuar en la reducción del edema. Los 3 primeros demostraron reducción significativa en comparación con placebo. No así la diosmina. La FFPM fue significativamente superior a los hidroxietylrutósidos y al extracto de ruscus.

Los fármacos que contienen cumarina y benzarona como únicos ingredientes han sido retirados del mercado por la posibilidad de hepatotoxicidad grave o fatal.

Según las guías de práctica clínica, de acuerdo con la evidencia científica, publicadas en 2014 por el European Venous Forum, la International Union of Angiology, el

Tabla 4 Resumen de las presentes recomendaciones para el uso de fármacos venoactivos de acuerdo con el sistema GRADE

Indicación	Medicamento	Recomendación de uso	Calidad de la evidencia	Nivel de evidencia
Alivio de síntomas asociados con EVC en pacientes en clases CEAP C0s a C6s y aquellos con edema (clase CEAP C3)	Fracción flavonoica purificada y micronizada	Fuerte	Moderada	1B
	Diosminas	Débil	Débil	2C
	Rutósidos	Débil	Moderada	2B
	Vitis vinífera	Débil	Débil	2B
	Dobesilato de calcio	Débil	Moderada	2B
	Extracto de castaño de Indias	Débil	Moderada	2B
	Extracto de ruscus	Débil	Moderada	2B
	Gingko biloba	Débil	Débil	2C
	Otros venotónicos	Débil	Débil	2C
Cicatrización de úlceras venosas primarias (C6), en combinación con terapia compresiva y local	Fracción flavonoica purificada y micronizada	Fuerte	Moderada	1B

Cardiovascular Disease Educational and Research Trust (UK) y la Union Internationale de Phlebologie², se propone para el tratamiento de signos y síntomas de la EVC:

Grados de recomendación de acuerdo con el sistema GRADE (tabla 4)

1. Grado de recomendación fuerte para FFPM basado en los beneficios claramente superiores a los riesgos y con evidencia moderada (grado 1B), y también grado 1B como terapia adyuvante en el tratamiento de la úlcera venosa.
2. El grado de recomendación para el dobesilato de calcio es actualmente débil (2B), basado en la moderada calidad de evidencia y riesgos asociados.
3. Los hidroxietilrutósidos, extractos de cola de caballo, vid roja y ruscus tienen un grado de recomendación débil con un nivel de evidencia moderado (2B).
4. El resto de los fármacos tienen una recomendación débil con un bajo nivel de evidencia (2C).

Debido al pobre cumplimiento de la terapia con elastocompresión en países de clima cálido, los fármacos venoactivos constituyen la única alternativa disponible para el tratamiento de la EVC en estadios iniciales.

En estadios avanzados, pueden ser utilizados conjuntamente con elastocompresión, escleroterapia o cirugía.

La FFPM puede, asimismo, ser indicada en el tratamiento de la úlcera venosa ya que ha demostrado acortar el tiempo de curación.

La reducción del estrés oxidativo y la inhibición de la cascada inflamatoria pueden prevenir los cambios degenerativos de las válvulas y pared venosas. En el estudio Tsoukanov, la FFPM demostró que eliminaba la variación de tamaño de la vena y reflujo venoso producido en pacientes con ortostatismo prolongado y estadio C0s en situación basal. De estos resultados se concluye que el tratamiento con FFPM puede prevenir la evolución de la EVC.

Recomendaciones

La FFPM y la sulodexida pueden considerarse como adyuvantes a la compresión en el tratamiento de la úlcera venosa (grado IIa, nivel A).

El ácido acetil salicílico no se recomienda como tratamiento de rutina de la úlcera venosa, aunque su uso puede ser considerado como terapia de las úlceras resistentes (grado III, nivel C).

Tratamiento tópico de las úlceras venosas

A pesar de la existencia de un gran número de publicaciones relacionadas con el tratamiento tópico de las úlceras venosas, la evidencia es limitada en términos de eficacia y coste-efectividad del tratamiento.

Recomendaciones

No se recomienda el uso rutinario de cinc, antibióticos orales, extractos de cola de caballo ni pentoxifilina en pacientes con úlcera venosa (grado III, nivel B).

Tratamiento de la insuficiencia del sistema venoso superficial y perforantes

El tratamiento actual de las varices se efectúa de forma menos agresiva, sea por vía intravenosa o mediante cirugía abierta.

Existen diversos métodos: termoablación (láser intravenoso, radiofrecuencia, vapor de agua), escleroterapia, cirugía con preservación de la safena (CHIVA, ASVAL), inyección de cola de cianocrilato, ablación mecanicoquímica.

Recomendaciones

- En el tratamiento de insuficiencia de safena interna con signos y síntomas de EVC se recomiendan las técnicas de termoablación antes que la cirugía o la escleroterapia (grado I, nivel A).
- En el tratamiento de insuficiencia de safena externa con signos y síntomas de EVC deben considerarse las técnicas de termoablación con acceso no inferior a media pantorrilla (grado IIa, nivel B).
- En pacientes seleccionados con varices poco desarrolladas (C2, C3) puede considerarse la flebectomía simple, preservando safenas (grado IIa, nivel B).
- La cura CHIVA puede considerarse en el tratamiento de la insuficiencia venosa crónica si se efectúa por cirujanos que realizan exclusivamente este método (grado IIb, nivel B).
- En las varices no complicadas el tratamiento quirúrgico se recomienda en lugar del tratamiento conservador para mejoría de síntomas, repercusión estética y de calidad de vida (grado I, nivel B).
- En el tratamiento de la insuficiencia de vena safena, se recomienda crosectomía y «stripping» en lugar de crosectomía aislada (grado I, nivel A).
- Puede considerarse el «stripping» de safena, sin crosectomía, dejando un muñón de 2 cm (grado IIb, nivel B).
- En este último caso, debe considerarse la interposición de fascia o uso de parche de PTFE recubriendo el muñón para prevenir la neovascularización (grado IIb, nivel B).

Tratamiento del reflujo venoso profundo

Las técnicas quirúrgicas pueden clasificarse en 2 grupos. El primero mediante flebotomía y valvuloplastia interna, transposición, trasplante, creación de neoválvulas o implante de válvulas criopreservadas. El segundo, sin flebotomía con aplicación de bandas externas o valvuloplastia externa (transmural o transcomisural).

Reparación valvular en la insuficiencia venosa primaria

El procedimiento más frecuente es la valvuloplastia interna. Con buen resultado en un 70% de casos.

Reparación valvular en la enfermedad postrombótica

Los resultados a largo plazo tras cirugía por SPT muestran buenos resultados en un 60% para la transposición y en un 40% para el trasplante valvular, tras un seguimiento de 5 años.

Grado de recomendación 1C para la etiología primaria y 2C en la secundaria.

Tratamiento de la obstrucción del drenaje

La obstrucción es la principal causa de síntomas en un tercio de los pacientes con SPT.

La obstrucción iliofemorocava tiene mayor probabilidad de dar lugar a síntomas tales como úlcera, dolor, edema, claudicación venosa y disminución de la calidad de vida, con respecto a la obliteración femoropoplítea.

La venoplastia y colocación de stent ha demostrado ser una terapia eficaz en la mayoría de los pacientes, incluso en la presencia de reflujo.

No hay ningún test hemodinámico fiable para medir el grado de afectación que constituye una «estenosis crítica» en el sistema venoso.

Se utilizan la flebografía ascendente o anterógrada transfemoral, el ultrasonido intravascular, la venografía por resonancia magnética y la flebo-TC.

Las técnicas quirúrgicas empleadas son reconstrucción quirúrgica abierta, «bypass» cruzado, «bypass» secuencial, «bypass» safenopoplíteo, endoflebectomía de venas profundas y «stenting» femoroiliocava.

Recomendaciones

- En pacientes con obstrucción del sector femoroiliaco o iliocava o con afectación no trombotica pero sintomática de sector iliaco puede considerarse efectuar angioplastia más «stent» autoexpandible (grado IIa, nivel B).
- No se recomienda la cirugía de «bypass» como tratamiento primario de la obstrucción venosa crónica de sistema profundo (grado III, nivel C).

Evaluación de la eficacia de los tratamientos

La eficacia del tratamiento queda demostrada con la mejoría de signos y síntomas, respaldada, si es posible, con los exámenes de laboratorio vascular.

Los cuestionarios específicos han desarrollado de forma más adecuada la valoración de los efectos funcionales y psicológicos de la EVC. Los más utilizados son el Medical Outcome Study Short Form Health Survey (SF-36), el Chronic Venous Insufficiency Questionnaire y el Venous Clinical Severity Score.

Prevención del síndrome postrombótico

El SPT es el resultado de la hipertensión venosa producida por el reflujo, sola o combinada con la persistencia de obstrucción de drenaje, que produce deterioro de nutrición de la piel, cambios cutáneos y eventual ulceración.

Se recomienda una adecuada dosificación y duración de la anticoagulación, junto a elastocompresión y movilización precoz.

La trombectomía precoz puede efectuarse en centros con experiencia y en pacientes seleccionados con trombosis iliofemoral; puede indicarse si la trombólisis se halla contraindicada o no puede efectuarse.

La anticoagulación convencional (heparinas de bajo peso molecular al menos 5 días seguidas de antivitaminas K) está basada en un alto nivel de evidencia en términos de recurrencia de la enfermedad tromboembólica venosa.

El tratamiento prolongado con heparinas de bajo peso molecular es preferible en pacientes con TVP proximal en términos de prevención de SPT.

En TVP proximal, las medias de compresión por debajo de la rodilla por un período de al menos 2 años se hallan recomendadas junto al tratamiento anticoagulante.

Tratamiento de la sintomatología en ausencia de signos clínicos y anomalías fisiopatológicas

En el Vein Consult Program al menos un 20% de los 91.545 adultos valorados tenían grado C0s de CEAP.

Deben tratarse con adecuación del estilo de vida, administración de fármacos por vía oral y terapia compresiva.

Tratamiento de los pacientes con varices

Tratamiento no quirúrgico

Existe evidencia de la eficacia de los fármacos venoactivos en el alivio de los síntomas y la mejoría del edema en pacientes con varices. La terapia de compresión puede ser también efectiva.

Tratamiento quirúrgico

Las indicaciones de las distintas modalidades de tratamiento posibles son determinadas por la presencia de reflujo en safena y existencia de dilataciones varicosas, disponibilidad de los distintos métodos, experiencia del centro y preferencia del paciente.

Existe evidencia fuerte de que las técnicas intravenosas pueden reducir la recurrencia causada por neovascularización, pero a largo plazo la recurrencia de varices es similar en los estudios clínicos aleatorizados con seguimientos de 5 años.

Recomendaciones

La compresión postoperatoria se recomienda tras la cirugía venosa, ablación endoluminal o escleroterapia (grado I, nivel A).

Tratamiento de los pacientes con síndrome postrombótico

No existen estudios clínicos aleatorizados que comparen las diversas modalidades de tratamiento en las diferentes clases clínicas de CEAP en pacientes con SPT, por lo que no pueden establecerse niveles de recomendación fuerte.

La compresión es el principal elemento en el tratamiento de pacientes con SPT, pero el grado de compresión óptimo se desconoce.

Constituye una verdadera terapia adyuvante a la medicación, hidroterapia o fisioterapia.

Cuando el tratamiento conservador ha fallado para curar la úlcera, o en úlceras recidivantes u otros síntomas en ausencia de contraindicaciones, la cirugía del reflujo o obstrucción de sistema profundo puede ser considerada.

Tratamiento de las úlceras venosas

Terapia de compresión

Aumenta la tasa de curación de las úlceras en comparación con la terapia no compresiva.

Cirugía del sistema venoso superficial

Puede curar úlceras, aun sin asociación a terapia compresiva.

Existe suficiente evidencia 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.

Cirugía de perforantes insuficientes y del sistema venoso profundo

La ligadura subfascial de perforantes y la reconstrucción del sistema venoso profundo mediante venoplastia con balón acompañada o no de «stenting» venoso se reserva solo para úlceras refractarias que no responden a terapia compresiva, o a esta acompañada de fármacos venoactivos.

Medicación oral en combinación con terapia compresiva

Se ha demostrado un incremento estadísticamente significativo de la tasa de cicatrización de las úlceras cuando se asocia a la terapia compresiva medicación oral (pentoxifilina, FFPM, o sulodexida).

Compresión neumática intermitente

La recomendación actual es que la compresión neumática intermitente (CNI) se puede utilizar como método alternativo cuando otros métodos han fracasado.

Se necesitan más ensayos para determinar el tipo óptimo de CNI y de medias de compresión con las que se debe combinar.

Recomendaciones

Se recomienda cualquier método de compresión como tratamiento inicial de las úlceras. Debe valorarse la posibilidad de cirugía con el fin de mantener las úlceras curadas (grado I, nivel B).

Prevención de recurrencia de las úlceras

La incidencia de recurrencia de la úlcera tras cierre con tratamiento conservador varía entre el 24 y el 69%. Se han publicado tasas de recurrencia del 28-57% en 2 años, 21-38% en 3 años y del 48% en 5 años.

La elevación de la pierna, las medias de compresión, un nivel alto de autosuficiencia y el apoyo social ayudarían

a prevenir la recurrencia de las úlceras, aunque no existe evidencia al respecto.

Aun sin evidencia concluyente, se recomienda ejercicio y pérdida de peso para prevenir o retrasar la recurrencia ulcerosa.

La ligadura subfascial de perforantes, la ablación térmica de ejes safenos y perforantes insuficientes, la escleroterapia con espuma guiada por ultrasonidos, la reparación valvular y el «stenting» venoso en presencia de reflujo profundo han sido técnicas utilizadas en la prevención de la recurrencia ulcerosa.

Aunque no disponemos de suficiente evidencia, podríamos indicar la cirugía en pacientes con recurrencia ulcerosa a pesar de tratamiento conservador, o en aquellos que no toleran la terapia compresiva.

Prevención de la recurrencia de la trombosis venosa profunda

No disponemos de estudios que evalúen si la prevención de la recurrencia de la TVP disminuye el riesgo de recurrencia de la úlcera.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no haber percibido compensación económica ni tener ningún conflicto de interés con relación a la publicación de las *Guías de práctica clínica en insuficiencia venosa crónica*.

Bibliografía

1. Eklof B, Perrin M, Delis KT, Rutherford RB, Gloviczki P. Updated terminology of chronic venous disorders: The VEIN-TERM transatlantic interdisciplinary consensus document. *J Vasc Surg.* 2009;49:498–501.
2. Management of chronic venous disorders of the lower limbs—guidelines according to scientific evidence. Document developed under the auspices of The European Venous Forum, The International Union of Angiology, The Cardiovascular Disease Educational and Research Trust (UK), Union Internationale de Phlebologie. *Int Angiol.* 2014;33:87–208.
3. Wittens C, Davies AH, Bækgaard N, Broholm R, Cavezzi A, Chastanet S, et al. European Society for Vascular Surgery. Management of Chronic Venous Disease: Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2015;49:678–737.
4. Amsler F, Rabe E, Blättler W. Leg symptoms of somatic, psychic, and unexplained origin in the population-based Bonn vein study. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2013;46:255–62, e1vs.2013.04.026.
5. Escudero Rodríguez JR, Fernández Quesada F, Bellmunt Montoya S. Prevalence and clinical characteristics of chronic venous disease in patients seen in primary care in Spain: Results of the international study Vein Consult Program. *Cir Esp.* 2014;92:539–46.
6. Álvarez LJ, Lozano F, Marinello J, Masegosa J. Encuesta epidemiológica sobre la insuficiencia venosa crónica en España: estudio DETECT-IVC 2006. *Angiología.* 2008;60:27–36.
7. Eklöf B, Rutherford RB, Bergan JJ, Carpentier PH, Gloviczki P, Kistner RL, et al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: Consensus statement. *J Vasc Surg.* 2004;40:1248–52.
8. Rutherford RB, Padberg FT Jr, Comerota AJ, Kistner RL, Meissner MH, Moneta GL. Venous severity scoring: An adjunct to venous outcome assessment. *J Vasc Surg.* 2000;31:1307–12.
9. Villalta S, Bagatella P, Piccioli A, Lensing A, Prins M, Prandoni P. Assessment and validity and reproducibility of a clinical scale for the post-thrombotic syndrome. *Haemostasis.* 1994, 158a.
10. Perrin M, Allaert FA. Intra- and inter-observer reproducibility of the Recurrent Varicose Veins after Surgery (REVAS) classification. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2006;32:326–32.