

## Resumen

Se describe la categorización clínica de la insuficiencia venosa de los miembros inferiores y se discute la evidencia sobre las principales estrategias para el alivio de los síntomas: las medidas generales, las medias elásticas, los flebotónicos más disponibles (castaña de india y rutósidos) y las opciones quirúrgicas.

## Introducción

La insuficiencia venosa de los miembros inferiores (IVMI) suele ser desestimada por los médicos ya que no la consideran un motivo de consulta muy estimulante.

La severidad de la IVMI puede variar desde la provocación de una leve sensación de pesadez hasta el desarrollo de úlceras venosas, que tienen una prevalencia estimada de 1% y son el principal problema asociado a la misma. Si bien se trata de un continuo, se reconocen siete categorías clínicas que se describen en el cuadro 1 y que son de utilidad para evaluar el tipo de pacientes en quienes se ha ensayado alguna intervención terapéutica al considerar trasladarla a nuestra práctica clínica.

### Cuadro 1: categorías clínicas de la insuficiencia venosa de los miembros inferiores (de menor a mayor severidad)

- 0: asintomática.
- 1: telangiectasias o venas reticulares.
- 2: várices.
- 3: edema.
- 4: pigmentación, eccema, lipodermatoesclerosis.
- 5: clase 4 más evidencia de úlceras curadas.
- 6: ulceración activa

## Epidemiología

La IVMI afecta al 10-15% de los varones y al 20-25% de las mujeres<sup>1</sup>. Se encuentra fuertemente asociada a la historia de trauma de la pierna (OR=2,4) y a la de flebitis o trombosis venosa profunda (OR=26) describiéndose una leve asociación a la obesidad y al aumento de edad.

La incompetencia valvular primaria es probablemente congénita y explica el 5 al 20% de los casos, la incompetencia valvular secundaria consecutiva a fenómenos post trombóticos es la más frecuente y representa el 80 al 95% de los casos<sup>2</sup>.

## Fisiopatogenia

La persistencia de un mal drenaje y del aumento de la presión venosa conduce al desarrollo de edema del miembro inferior y a un engrosamiento de la piel (dermatoesclerosis). La acumulación de leucocitos y la activación de las elastasas y hialuronidasas tisulares que son capaces de degradar los proteoglicanos cumpliría un importante rol fisiopatogénico.

## Presentación Clínica

El edema de la IVMI puede comenzar siendo unilateral, es peor a la tarde y es el qué más mejora con el decúbito. Suele acompañarse

del "complejo varicoso" y empeorar durante el ciclo menstrual y el embarazo. Se presenta sin aumento de la presión venosa central (PVC) y responde pobremente a los diuréticos.

## Tratamiento

Las metas del tratamiento de la IVMI son el alivio sintomático y la reducción del edema con el objetivo de prevenir la lipodermatoesclerosis y las úlceras.

Se recomienda evitar el sobrepeso e incrementar la actividad física, evitar las ropas ajustadas y estar mucho tiempo de pie y, si es posible, elevar por encima de la altura del corazón la pierna durante 30 minutos tres ó cuatro veces por día (mejora el edema y la microcirculación).

Teniendo en cuenta que las medidas previamente descritas son de difícil implementación en la vida real existen otras alternativas que se describen a continuación: las medias elásticas y los fármacos flebotónicos.

### Medias de soporte o elásticas

Las medias elásticas (ME) ayudan a mantener comprimidas las venas varicosas y a disminuir el edema, debiendo ejercer una presión superior a 20mmHg (idealmente 30 ó 40mmHg en el tobillo). El paciente debe colocárselas al levantarse (antes de que aparezca el edema) y debe usarlas todo el día. Como veremos más adelante la terapia compresiva de alta intensidad está contraindicada en los pacientes con enfermedad arterial periférica. Las "medias de descanso" o de baja compresión no han demostrado mayor utilidad.

Las ME están contraindicadas si el paciente tiene enfermedad arterial significativa (ausencia de pulsos tibiales o pedios o cociente de TA tobillo/brazo menor de 0,8 a 0,9 medido por eco Doppler).

No se sabe si mejoran la lipodermatoesclerosis o si previenen el desarrollo de las úlceras venosas; sin embargo, existe evidencia de que aceleran la tasa de curación y previenen la recurrencia de las úlceras.

La adherencia al uso de las ME varía entre el 79 y 84% en los estudios de investigación (imaginemos cuales serán los números de la vida real). El principal problema es que son incómodas (8% se queja de "gran incomodidad") y que a algunos pacientes les cuesta ponérselas. El 21% de los pacientes desarrolla eritema, el 12% prurito, el 11% hinchazón y el 4% rash.

Con el objetivo de minimizar estas dificultades puede recomendarse lavar las medias cuando son nuevas, colocarlas temprano a la mañana sentado en una superficie firme (si hay úlcera, luego de su curación). Algunas autoridades sugieren usar guantes de goma y comenzar con la media doblada o enrollada. El cuadro 2 muestra los diferentes tipos de medias elásticas según la compresión que ejerzan.

## Cuadro 2: tipos de medias y sus indicaciones

Clase	Compresión en el tobillo	Indicación
I (Baja)	14 a 17mmHg	Varices leves (dudosa utilidad)
II (Mediana)	18 a 25mmHg	Varices más severas y prevención de la recurrencia de úlceras venosas
III (Alta)	25 a 40mmHg	Insuficiencia venosa severa y prevención de la recurrencia de úlceras venosas.

## Fármacos

Los pacientes que no toleran las medias elásticas o que tienen contraindicaciones para usarlas pueden beneficiarse con "castaña de la India", cuyo principal componente es la escina, a una dosis de 50mg cada 12 horas ya que ha demostrado reducir en forma significativa el dolor, el edema (a través de valoraciones subjetivas y del volumen de diversas regiones del miembro inferior) y el prurito asociado a la insuficiencia venosa en forma equivalente a la compresión graduada mediana<sup>3,4</sup>. Los efectos adversos que reportaron los estudios de investigación (molestias digestivas, mareos, cefalea y prurito) y que aparecieron en menos del 3% de los pacientes no fueron graves y no pudieron ser atribuidos al tratamiento. Por otro lado, estudios de fármaco vigilancia los reportan en menos del 1% de los pacientes. Por el momento no hemos podido identificar estudios que hayan evaluado el agregado de castaña de la india al de las medias elásticas.

Dr. Sergio Terrasa [ Unidad de Medicina Familiar y Preventiva del Hospital Italiano de Buenos Aires. ]

## Referencias

- 1- Pittler MH, Ernst E. Horse chestnut seed extract for chronic venous insufficiency (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.
- 2- Abidia A, Hardy SC. Surgery for deep venous incompetence (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.
- 3- Diehm C, Trampisch H, Lange S, et. al. Comparisson of leg compression stockings and oral horse chestnut seed extract therapy in patients with chronic venous insufficiency. Lancet 1996, 347 . 292
- 4- Pittler MH, Ernst E. Horse chestnut seed extract for chronic venous insufficiency (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.
- 5- Kalbfleisch W, Pfalzgraf H. Ödemprotektiva. Äquipotente Dosierung - Roßkastaniensamenextrakt und O-β-Hydroxyethylrutoside im Vergleich. Therapiewoche 1989;39:3703-7.
- 6- Boada J N, Nazco G J. Therapeutic effect of venotonics in chronic venous insufficiency: a meta-analysis. Clinical Drug Investigation 1999, 18(6), 413-432.
- 7- Abidia A, Hardy SC. Surgery for deep venous incompetence (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.



Otra familia de drogas que ha demostrado brindar alivio sintomático (dolor, calambres, "piernas cansadas" e hinchazón) es la de los rutósidos. En cuanto al alivio del dolor y las modificaciones del volumen del miembro inferior (un modo de valorar el efecto sobre el edema) no existirían diferencias clínicamente significativas entre el uso de rutósidos y de castaña de la India<sup>5,6</sup>.

Sin embargo hay que recordar que los flebotónicos sólo producen mejoría sintomática, aclarándole a los pacientes que por ahora no hay evidencia de que alteren el pronóstico de la enfermedad. Este punto es relevante ya que muchos pacientes sostienen un tratamiento caro sobre la base de esta última expectativa.

## Cirugía

En los pacientes adherentes en quienes han fracasado las estrategias conservadoras (medias elásticas y/o flebotónicos) la mayoría de los expertos concuerdan en recomendar el tratamiento quirúrgico cuando la insuficiencia incluye a los sistemas perforante y superficial, por lo que recomendamos que estos pacientes sean interconsultados con el cirujano.

En cuanto a los procedimientos quirúrgicos destinados a corregir la insuficiencia venosa profunda, la información es más controvertida aún ya que implican mayores riesgos de complicaciones serias (ej. trombosis venosa profunda y trombo embolismo pulmonar) y no hay evidencia concluyente de resultados relevantes en el largo plazo. Por ejemplo, luego de rescatar a un solo trabajo, una reciente revisión sistemática de la colaboración Cochrane<sup>7</sup> concluye que no existe evidencia para recomendar la cirugía de la incompetencia venosa profunda y que siguen siendo de elección las estrategias conservadoras de compresión venosa.