Descargado el: 11-11-2026 ISSN 1727-897X

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Enfermedad venosa crónica. Pilares para el manejo oportuno
Chronic venous disease: Cornerstones for timely management

Ángela Conti[1] Jorge Luis Estepa Pérez[2] Alfredo Vetere[1] Carmine Picareli[1] Jorge Luis Estepa Ramos[2]

[1] Azcienda Sanitaria Consenza. Ospedale Spoke Paola-Cetraro., Regione Calabria, Italy
[2] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima., Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Conti Á, Estepa-Pérez J, Vetere A, Picareli C, Estepa-Ramos J. Enfermedad venosa crónica. Pilares para el manejo oportuno. **Medisur** [revista en Internet]. 2026 [citado 2026 Nov 11]; 24(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/53429

Resumen

La enfermedad venosa es una afección en la cual las venas tienen problemas para retornar la sangre de las piernas al corazón. Normalmente, las válvulas de las venas profundas de la pierna mantienen la sangre fluyendo de nuevo hacia el corazón. Cuando se presenta insuficiencia venosa por largo tiempo (crónica), las paredes de las venas se debilitan y las válvulas se dañan. Esto provoca que las venas permanezcan llenas de sangre, especialmente al estar de pie. La enfermedad venosa crónica es una afección prolongada. Se debe muy comúnmente al mal funcionamiento (incompetencia) de las válvulas en las venas. También puede ocurrir como resultado de un antiguo coágulo de sangre en las piernas. El tratamiento de la EVC tiene por objeto reducir los síntomas e impedir la evolución a fases clínicas avanzadas de la enfermedad con sus complicaciones y secuelas.

Palabras clave: enfermedad venosa crónica, tratamiento

Abstract

Venous insufficiency is a condition in which the veins have difficulty returning blood from the legs to the heart. Normally, the valves in the deep leg veins keep blood flowing back toward the heart. When venous insufficiency persists over a long period (becoming chronic), the vein walls weaken and the valves become damaged. This causes the veins to remain filled with blood, especially when standing. Chronic venous insufficiency (CVI) is a long-term condition. It is most commonly caused by the malfunction (incompetence) of the venous valves. It can also occur as a result of a past blood clot in the legs. Treatment for CVI aims to reduce symptoms and prevent progression to advanced clinical stages of the disease, along with their associated complications and sequelae.

Key words: chronic venous disease, treatment

Aprobado: 2026-10-23 20:44:42

Correspondencia: Ángela Conti. Azcienda Sanitaria Consenza. Ospedale Spoke Paola-Cetraro. Regione Calabria. Italia. jorge.estepa@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La enfermedad venosa es una afección en la cual las venas tienen problemas para retornar la sangre de las piernas al corazón. Normalmente, las válvulas de las venas profundas de la pierna mantienen la sangre fluyendo de nuevo hacia el corazón. Cuando se presenta insuficiencia venosa por largo tiempo (crónica), las paredes de las venas se debilitan y las válvulas se dañan. Esto provoca que las venas permanezcan llenas de sangre, especialmente al estar de pie. La enfermedad venosa crónica (EVC) es una afección prolongada. Se debe muy comúnmente al mal funcionamiento (incompetencia) de las válvulas en las venas. También puede ocurrir como resultado de un antiguo coágulo de sangre en las piernas.[1,2,3]

La gran incidencia que registran hoy en día el sedentarismo, la obesidad y el ortostatismo prolongado, aunada a la mayor esperanza de vida en la sociedad occidental, hacen de las enfermedades venosas una de las patologías vasculares más frecuentes. Las enfermedades venosas afectan a entre el 10 y el 40 % de la población adulta, sobre todo en las extremidades inferiores, según los últimos estudios. [4]

Es una de las patologías más frecuentes y prevalentes en la especie humana y se puede afirmar que al menos una cuarta parte de los adultos presenta, en mayor o menor grado, algún síntoma de enfermedad venosa. Tiene un amplio rango de variaciones en su grado de afectación, pudiéndose manifestar como sintomatología aislada sin relacionarse con signos clínicos, pasando por alteraciones visibles con afección estética, como las telangiectasias y arañas vasculares, hasta la aparición de sintomatología que interfiere con la actividad cotidiana, como las varices tronculares y, en los casos más avanzados, con enfermedad venosa crónica y aparición de alteraciones dérmicas (dermatitis, eccema, varicorragia o úlceras). [4]

En el estudio *Vein Consult Program*, en el que 999 médicos de asistencia primaria efectuaron un corte donde se analizaron 20 pacientes consecutivos que consultaban por cualquier causa, se determinó sobre un total de 19,800 pacientes una prevalencia de enfermedad venosa crónica de un 48.5 %, de los cuales un 7 % requirió derivación a cirugía vascular y un 4 % terminó en cirugía. [4]

Es una patología que consume una importante cantidad de recursos de atención a la salud, pues constituye una de las causas de consulta y solicitud de tratamiento más frecuentes y engloba en su asistencia a diversos profesionales de la salud y especialistas. Es una enfermedad crónica con una alta incidencia en la población y en sus formas más severas, como son: las varices, trastornos cutáneos y úlceras, asimismo, es responsable de una baja calidad de vida, intervenciones quirúrgicas y bajas laborables en los pacientes.[5,6]

Como en toda enfermedad crónica, es importante saber de forma periódica cuál es la situación real de la enfermedad, su relación con factores de riesgo, con hábitos de vida, costumbres, etc., ya que modificando estos factores va a variar su incidencia y prevalencia.[5,6]

La enfermedad venosa crónica de las extremidades inferiores tiene una alta prevalencia con una carga socioeconómica relacionada. En los Estados Unidos, más de 11 millones de hombres y 22 millones de mujeres de 40 a 80 años de edad tienen venas varicosas, con más de 2 millones de adultos que tienen enfermedad venosa crónica avanzada. El alto costo para el sistema de atención médica está relacionado con la naturaleza recurrente de la enfermedad ulcerativa venosa, con costos totales de tratamiento estimados > $ 2.5 mil millones por año en los Estados Unidos, con al menos 20,556 individuos con úlceras venosas recién diagnosticadas anualmente. [7]

Por las razones antes expuestas, se decidió realizar una revisión bibliográfica con el objetivo de centrarnos en exponer datos de interés clínico y diagnósticos relevantes. Se abordará el tratamiento médico de dicha enfermedad y los posibles abordajes invasivos disponibles en la actualidad.

DESARROLLO

La enfermedad venosa crónica (EVC) puede desarrollarse como resultado del daño a cualquiera de las venas de la pierna, desde las venas superficiales más cercanas a la superficie de la piel hasta las venas profundas que recorren los músculos en el interior de la pierna, así como las venas perforantes que las conectan. [1]

La enfermedad evoluciona gradualmente a lo largo de los años hasta alcanzar las formas

clínicas más graves, con alteraciones cutáneas y otras secuelas. Así pues, es necesario identificar la EVC, preferiblemente en sus primeras fases o en fases no demasiado avanzadas, para informar al paciente sobre la historia natural de la enfermedad y aconsejarle sobre los cuidados preventivos. Además, en las presentaciones graves de la enfermedad, su identificación permite considerar procedimientos invasivos, como la cirugía o la escleroterapia, para prevenir la ulceración y su recurrencia.

Los factores de riesgo para la insuficiencia venosa incluyen: edad, antecedentes familiares de esta afección, sexo femenino (relacionado con los niveles de la hormona progesterona), antecedentes de trombosis venosa profunda en las piernas, obesidad, embarazo, permanecer sentado por mucho tiempo (lo que ocasiona presión arterial alta en las piernas) o de pie por mucho tiempo, estatura alta. [1]

En el Hospital General de Tampa, incluyen, además, la falta de ejercicio, el síndrome de May-Thurner, un coágulo de sangre en una vena profunda del muslo o la pantorrilla (trombosis venosa profunda), inflamación de una vena cercana a la piel (flebitis) y el consumo de tabaco. [8]

En algunos casos, la enfermedad venosa crónica puede ser consecuencia de una afección congénita. Un paciente puede haber nacido con venas anormales en las piernas que no se desarrollaron correctamente, lo que provoca problemas de flujo sanguíneo que causan reflujo venoso y, finalmente, el desarrollo de esta afección. [8]

Uno de los principales factores de riesgo es la predisposición genética; si los padres o abuelos de una persona han sufrido de varices o insuficiencia venosa, es más probable que también se desarrolle. Además, hay que resaltar que el estrés crónico puede jugar un papel importante, ya que afecta la salud cardiovascular y puede contribuir al debilitamiento de las venas. Es decir, no solo hay más riesgo si hay una predisposición genética, porque el estilo de vida también influye en la prevalencia de esta afección. [9]

Un estudio titulado “Enfermedad venosa crónica (CVI), enfermedad cardiovascular y mortalidad: un estudio poblacional” realizado en el año 2021 con el objetivo de evidenciar la carga de salud de la enfermedad venosa crónica, sus determinantes clínicos y el impacto en el resultado, utilizó como métodos la fenotipación sistemática de CVI de acuerdo con la clasificación *Clinical-Etiologic-Anatomic-Pathophysiologic* (CEAP, por sus siglas en inglés) e incluyó 12 423 participantes (intervalo de edad: 40-80 años) del Estudio de Salud de Gutenberg de abril de 2012 a abril de 2017.[10]

Dicho estudio constató que la prevalencia de telangiectasia/reticular, venas varicosas y CVI fue de 36,5 % [intervalo de confianza (IC) del 95 %, 35,6-37,4 %], 13,3 % [12,6-13,9 %] y 40,8 % [39,9-41,7 %], respectivamente. La edad, el sexo femenino, la hipertensión arterial, la obesidad, el tabaquismo y la enfermedad cardiovascular clínicamente evidente se identificaron como determinantes clínicos de la CVI. Las clases más altas de CEAP se asociaron con un mayor riesgo predicho de 10 años de enfermedad cardiovascular incidente en individuos libres de enfermedad cardiovascular (n = 9923). Durante un seguimiento medio de 6,4 ± 1,6 años, el CVI fue un fuerte predictor de muerte por todas las causas, independiente del perfil clínico concomitante y la medicación [cociente de riesgo (HR) 1,46 (IC 95%: 1,19-1,79), P = 0. 0003]. La asociación de la CVI con un mayor riesgo de muerte por todas las causas se validó externamente en la cohorte de MyoVasc [HR 1.51 (IC del 95%: 1.11-2.05), P = 0.009]. [10]

El estudio concluyó que la enfermedad venosa crónica es altamente prevalente en la población y está asociada con la presencia de factores de riesgo cardiovascular y enfermedad. Los individuos con CVI experimentan un riesgo elevado de muerte, que es independiente de la edad y el sexo, y presentan factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades.[10]

Refiriéndose a la fisiopatología de la enfermedad, una revisión bibliográfica realizada por Abrashev H. et al, plantea que los niveles elevados de oxidantes y la inflamación persistente pueden provocar cambios acumulativos en la hemodinámica, dando lugar a daños permanentes e irreversibles en la microcirculación y en las células endoteliales. La producción de especies reactivas del oxígeno y la expresión de citocinas proinflamatorias y moléculas de adhesión participan en un círculo vicioso de remodelado de la pared venosa. La interacción de las especies reactivas del oxígeno (ERO) —y, en particular, del radical anión superóxido— con el óxido nítrico provoca una disminución de la biodisponibilidad de este último, lo que desencadena una vasoconstricción

prolongada e hipoxia, además de alterar el tono vascular. [11]

En su revisión los autores encontraron que, aproximadamente un tercio de todos los pacientes con TVP que se han recuperado parcialmente (resolución incompleta de las masas trombóticas en el sistema venoso profundo) desarrollarán síndrome postrombótico (SPT). El SPT se caracteriza por un amplio conjunto de mecanismos fisiopatológicos: inflamación, obstrucción, reflujo venoso, disfunción vascular, hipertensión venosa y remodelación, que pueden provocar disfunción venosa grave e enfermedad venosa crónica subsiguiente. [11]

La claudicación venosa es una de las manifestaciones clínicas más pronunciadas y frecuentes del SPT, que conlleva una discapacidad grave y un deterioro significativo de la calidad de vida de los pacientes. En general, los pacientes la definen como dolor y rigidez en las extremidades inferiores durante la actividad física, que suele remitir tras el reposo. La incidencia de claudicación venosa varía ampliamente entre el 5 % y el 45 %. Los cambios tróficos (úlceras venosas) de las extremidades inferiores se presentan entre el 5 y el 10 % de los pacientes con síndrome postrombótico (SPT). Aunque poco frecuente, el traumatismo vascular puede considerarse un factor etiológico para el desarrollo de enfermedad cardiovascular (ECV) secundaria, con una incidencia que varía entre el 1 y el 2 % en la población general. Las lesiones penetrantes constituyen la mayor parte de la ECV secundaria, debido a su alta incidencia y a las graves complicaciones postoperatorias, como fístulas arteriovenosas, trombosis venosa profunda (TVP), etc. La ECV congénita representa un pequeño porcentaje de todos los casos de ECV secundaria. [11]

Los síndromes hereditarios que implican mutaciones monogénicas y/o aberraciones cromosómicas son factores que intervienen en la patogenia. Entre los trastornos hereditarios más frecuentes que afectan al sistema venoso se encuentran el síndrome de Klippel-Trenaunay, la policitemia de Chuvash, el síndrome de Ehlers-Danlos, el síndrome de linfedema-distiquiasis y el síndrome de Parkes Weber. [11]

Síntomas. [12]

La enfermedad venosa crónica pasa por periodos evolutivos que llevan al paciente a presentar las siguientes manifestaciones:

Etapa 1.

Aumento del relieve y mayor coloración en las venas. Se observan varices cilíndricas, saculares y reticulares. El paciente no suele presentar molestias. [12]

Etapa 2.

Aparece la sintomatología ortostática: dolor intenso, pesadez o calambres en las piernas, picazón y hormigueo, dolor que empeora al pararse o que mejora al elevar las piernas e hinchazón en ellas. Por lo general estos síntomas se agudizan en épocas de calor o en situaciones de permanencia prolongada de bipedestación y se agravan durante el embarazo. En este grado de insuficiencia venosa se produce edema, que se exacerba sobre todo por la tarde y mejora con el descanso nocturno. También se produce daño tisular que provoca la liberación de histamina y acetilcolina, potenciando la sensación dolorosa. [12]

Etapa 3.

Se caracteriza por algunas manifestaciones dermatológicas: pigmentación pardo-negruzca en el maléolo, alteración de los capilares, picor y atrofia en la piel. [12]

Etapa 4.

La piel se erosiona, de manera que se produce una úlcera varicosa que habitualmente suele supurar tejido patológico. Para su curación se aconseja un vendaje compresivo fuerte, drenaje y una limpieza exhaustiva de la herida, ya que es de vital importancia que no se infecte la úlcera.[12]

Los síntomas que se presentan en la enfermedad venosa crónica son muy variables, y ni su presencia ni su gravedad están en relación directa con el tamaño o la gravedad de las varices, es decir, podemos encontramos pacientes con varices de gran tamaño prácticamente asintomáticos, mientras que otros pacientes con pequeñas varículas pueden tener síntomas más severos. [13]

Lo más frecuente es la sensación de pesadez en las piernas, que se va acrecentando a lo largo del día. Otros síntomas asociados son el edema pretibial de toda la extremidad y venas dilatadas (varices) con tortuosidades. Cuando el problema

evoluciona las varices pueden dar lugar a una elevación de la presión hidrostática de las venas y se pueden producir pequeñas hemorragias de tipo petequial y manchas en la piel de color marrón oscuro (denominado «dermatitis ocre») que evoluciona a una dermatoesclerosis (piel inflamada y poco elástica). En la fase más evolucionada aparecen úlceras en la piel de muy difícil curación. Cuando la insuficiencia venosa se acompaña de trombosis venosa profunda se presenta como un edema importante de la extremidad, con dolor y cambios en la coloración. Además, podemos encontrar otros síntomas como cansancio, prurito o dolor punzante. [13]

El dolor u otros síntomas incluyen: dolor intenso, pesadez o calambres en las piernas, picazón y hormigueo, dolor que empeora al pararse, dolor que mejora al levantar las piernas.

Las manifestaciones en las piernas incluyen: [14]

- Hinchazón de las piernas.
- Piel irritada o reseca si la rasca.
- Piel enrojecida o hinchada, reseca (dermatitis de estasis).
- Venas varicosas superficiales.
- Engrosamiento y endurecimiento de la piel en las piernas y en los tobillos (lipodermatoesclerosis).
- Úlceras o heridas que tardan en sanar en las piernas y en los tobillos.
- Hinchazón en las piernas y los tobillos (edema).
- Rigidez en las pantorrillas.
- Dolor en la pierna al caminar que desaparece con el descanso.
- Piel oscurecida, a menudo cerca de los tobillos.
- Varices
- Úlceras abiertas en las piernas que no cicatrizan.
- Una necesidad constante de mover las piernas (síndrome de piernas inquietas)
- Calambres dolorosos en las piernas o espasmos musculares (calambres musculares) por la noche.
- Sensación de hormigueo en las piernas.
- Piel coriácea, con picazón, agrietada o escamosa.

Alteraciones cutáneas [8]

-Hiperpigmentación ocre: aparece cuando hay un oscurecimiento parduzco de la piel por la extravasación y depósito de hemosiderina en la piel. Suele localizarse en el tobillo, pero puede extenderse hacia el pie o la pierna.

-Eccema: eritema y descamación de la piel que afecta inicialmente a la cara inferointerna de la pierna, pero que puede progresar extendiéndose a toda la extremidad. A veces evoluciona hacia la formación de costras.

-Lipodermatoesclerosis (o hipodermitis): inflamación crónica localizada con fibrosis de la piel y tejido subcutáneo. Existe un endurecimiento con aumento del grosor del tejido dérmico/subdérmico. Es un signo de EVC avanzada.

-Atrofia blanca: placa cutánea mal delimitada, de coloración blanquecina, surcada por telangiectasias y petequias rodeadas de un halo hiperpigmentado. Suelen localizarse en el tercio inferior de piernas y pies.

Puede manifestarse sin síntomas graves que no se puedan ignorar o confundir con otra afección. De hecho, quienes la padecen en sus primeras etapas pueden presentar tan solo un síntoma durante un tiempo, lo que dificulta considerablemente que la enfermedad venosa crónica sea la causa. Las varices, por ejemplo, son muy comunes y pueden aparecer por diversas razones no relacionadas con la enfermedad venosa crónica. [8]

Clasificación de la enfermedad venosa crónica (EVC)

En el año 1994 el American Venous Forum elaboró un documento de consenso para la clasificación y gradación de la enfermedad venosa crónica denominado Clinical-Etiological-Anatomical-Pathophysiological (CEAP), basado en: manifestaciones clínicas (C), factores etiológicos (E), distribución anatómica (A) y hallazgos fisiopatológicos (P). Esta clasificación ha sido actualizada en años posteriores, publicándose la última revisión en 2021. [15]

El objetivo de esta clasificación es determinar la presencia de signos y síntomas, la gravedad clínica, la localización y el tipo de enfermedad venosa (primaria, secundaria o congénita). Es la clasificación aceptada de forma general en todo el mundo y desde su adopción, las comunicaciones del ámbito venoso se han sistematizado. Se recomienda emplear la clasificación CEAP en todo paciente con enfermedad venosa crónica (EVC). [16]

Manifestaciones clínicas: en el ámbito de la atención primaria se utiliza la clasificación en función de la manifestación clínica (C) por ser la más asequible y sencilla de utilizar. Se puede evaluar mediante una inspección visual y distingue 7 grados: [16]

C0: ausencia de signos palpables o visibles. Sensación de incomodidad, pesadez e hinchazón que aumenta con la bipedestación prolongada y es bilateral. En principio no precisa derivación al especialista y el manejo se puede realizar desde atención primaria.

C1: son venas pequeñas (telangiectasias/arañas vasculares) del tejido inmediatamente subyacente a la piel (subdermis), llamadas venas reticulares. No precisa derivación al especialista y el manejo se puede realizar desde la atención primaria.

C2: varices tronculares (venas subcutáneas dilatadas de calibre superior a 3mm de diámetro). Cuando son sintomáticas, en cuyo caso llevan asociadas la letra «S», precisan un diagnóstico diferencial con el dolor neurológico, arterial o articular. Se pueden manejar por el médico de atención primaria o derivar al especialista si existe varicorragia o sospecha de trombosis venosa asociada.

C3: edema. Pesadez de piernas e hinchazón que empeora cuando avanza el día. Congestión subcutánea, presión y tirantez que mejora y desaparece con el reposo nocturno. Se puede manejar con tratamiento conservador en atención primaria y derivar al especialista a valorar tratamiento quirúrgico (escleroterapia, ablación o cirugía) si no mejora la sintomatología, empeora la calidad de vida o provoca incapacidad.

C4: presentan cambios tróficos cutáneos. Síntomas inespecíficos de carácter crónico. Sensación de prurito, quemazón y enrojecimiento que empeoran con el calor y mejoran con el frío. Aparecen lesiones tróficas por hipertensión perivascular, que suelen iniciarse en la cara inferointerna de la pierna. Se subdivide en **C4a** con pigmentación o eccema; **C4b** con lipodermatoesclerosis o atrofia blanca y según la nueva clasificación de la CEAP, **C4c** con una corona flebectásica. Precisa manejo conservador por atención primaria y derivación al especialista en la misma situación que el grado C3.

C5: úlcera venosa cicatrizada. Derivación preferente al especialista (<15 días). Valorar tratamiento quirúrgico (escleroterapia, ablación y cirugía) si no mejora la sintomatología, empeora la calidad de vida o provoca incapacidad.

C6: úlcera venosa activa. Dolor crónico diario que hace necesaria la toma de analgésicos y limita la actividad física. Úlceras venosas activas de localización perimaleolar interna, tamaño y profundidad variable y que en ocasiones puede comprometer a planos musculares más profundos. Suele haber tejido de granulación, los bordes suelen ser nítidos y son indoloras en ausencia de complicación infecciosa. Derivación preferente al especialista (<15 días).

Valorar tratamiento quirúrgico (escleroterapia, ablación, cirugía) si no mejora la sintomatología, empeora la calidad de vida o provoca incapacidad. [16]

En mayo de 2017, el *American Venous Forum* creó un Grupo de Trabajo CEAP y lo encargó analizar críticamente el sistema de clasificación y recomendar revisiones, donde sea necesario. Guiado por cuatro principios básicos (conservación de la reproducibilidad del CEAP, compatibilidad con versiones anteriores, basados en la evidencia y prácticos para uso clínico), el Grupo de Trabajo realizó varios cambios. Estos cambios incluyen la adición de “corona flebectásica” como la subclase clínica C4c, la introducción del modificador "r" para las venas varicosas recurrentes y las úlceras venosas recurrentes, y la sustitución de descripciones numéricas de los segmentos venosos por sus abreviaturas comunes. [17]

Actualización para 2020 del sistema de clasificación CEAP [17]

Actualización para 2020 del sistema de clasificación CEAP [17]

Clase C	Descripción
C_0	No hay signos visibles o palpables de enfermedad venosa.
C_1	Telangiectasias o venas reticulares.
C_2	Venas varicosas.
C_{2r}	Venas varicosas recurrentes.
C_3	Edema.
C_4	Cambios en la piel y el tejido subcutáneo secundario a la ECV.
C_{4a}	Pigmentación o eccema.
C_{4b}	Lipodermatosclerosis o atropes blanca.
C_{4c}	Corona flebectásica.
C_5	Sanado.

En los últimos años se ha procedido a un intento en la unificación de criterio en cuanto a la definición y terminología de la patología venosa. Ya se han definido algunos como la EVC y la IVC, el resto de definiciones y términos más importantes son: [18]

• **Venas varicosas:** venas subcutáneas dilatadas iguales o mayores de 3 mm de diámetro en bipedestación. Pueden incluir a las venas safenas, colaterales o tributarias y venas en territorios sin relación con las safenas.

• **Venas reticulares:** venas subdérmicas dilatadas de 1 a 3 mm de diámetro, generalmente azuladas. Términos usados hasta ahora varices subdérmicas o reticulares, venulectasias.

• **Telangiectasias:** venas dilatadas intradérmicas o subepidérmicas, que tienden a confluir, de hasta 1 mm de diámetro. Los sinónimos incluían “arañas vasculares” y “capilares”.

• **Varices recurrentes:** reaparición de varices en un área previamente tratada con éxito.

• **Escleroterapia:** vliminación u obliteración de una vena por la introducción de un agente químico.

• **Stripping:** término inglés muy utilizado en español que alude a la extracción de un segmento habitualmente largo de las venas safenas. En castellano es casi equivalente a flebo-extracción.

• **Ablación venosa:** eliminación de una vena por medios mecánicos, químicos o térmicos.

• **Reflujo venoso:** flujo venoso retrógrado de duración anormal en cualquier segmento venoso ya sea del SVS o SVP.

• **Incompetencia valvular venosa:** disfunción de las válvulas venosas que acaban produciendo flujo venoso retrógrado de duración anormal (reflujo).

Pruebas y exámenes.

Diagnóstico clínico. [19]

El diagnóstico inicial es clínico, inspeccionando en el paciente en busca de venas dilatadas, tortuosas y cambios de coloración. Hay una serie de pruebas funcionales para su estudio que

pueden dividirse en 2 grupos:

Pruebas para detectar reflujos del sistema venoso superficial: [19]

- **Brodie-Trendelenburg (Trendelenburg «simple»):** sirve para valorar la suficiencia de la válvula ostial del cayado y las comunicantes de la vena safena interna. Con el paciente en decúbito se eleva el miembro inferior explorado por algunos segundos para vaciar completamente su sistema venoso superficial; se coloca luego una ligadura de goma en el tercio superior del muslo, por debajo del cayado de la safena interna y después de 30 segundos se libera la ligadura. La prueba se considera normal cuando se produce un rellenado lento, normal, de abajo arriba, debido al flujo de sangre desde las colaterales que no varía al soltar la ligadura. La prueba puede ser positiva en las siguientes condiciones:

A) Positiva: si al soltar la ligadura las venas se rellenan de manera súbita de arriba abajo, lo cual indica insuficiencia exclusiva del cayado safeno interno, sin insuficiencia de las comunicantes.

B) Doble positiva: se observa un rellenado rápido de abajo arriba antes de soltar la ligadura, lo cual indica insuficiencia de las comunicantes. Al soltar la ligadura aumenta de forma repentina el rellenado de arriba abajo, lo que señala insuficiencia del cayado safeno interno.

C) Prueba negativa: se observa rellenado rápido antes de soltar la ligadura por insuficiencia de las comunicantes, sin que varíe al soltar la ligadura, lo cual indica suficiencia del cayado safeno interno.

- **Prueba de Ochsner-Mahorner (Trendelenburg seriado):** sirve para determinar de una manera muy general la topografía de las comunicantes insuficientes. Por lo tanto, solo se realiza en caso de existir una prueba de Brodie negativa o doble positiva. Con el paciente en decúbito y el miembro inferior elevado se colocan 3 ligaduras: en el tercio superior del muslo, el tercio superior de la pierna y el tercio medio de la pierna. Después se coloca al paciente en bipedestación y se van retirando las ligaduras una a una de abajo arriba. Antes de retirar la ligadura lo que valoramos es el sistema de perforantes, y al retirar la ligadura valoramos la competencia del cayado safeno-femoral.

Se observa lo siguiente:

- El rellenado rápido entre 2 ligaduras indica la presencia de una comunicante insuficiente entre las 2 ligaduras.
- El rellenado súbito al soltar una ligadura indica la presencia de una comunicante insuficiente a nivel o inmediatamente por encima de la ligadura.

- **Prueba de Schwartz (signos de la oleada):** [19] es una maniobra de percusión que se realiza con el paciente en bipedestación. El explorador palpa la variz con la punta de los dedos de una mano, mientras los de la otra percuten sobre el trayecto venoso o varicoso proximal. La percepción de una onda de choque permite confirmar la presencia de reflujo venoso. Es una prueba que da muchos falsos negativos secundarios a obesidad y cirugías previas o falsos positivos causados por lesiones anatómicas.

Pruebas para determinar la permeabilidad del sistema venosos profundo: [19]

- **Prueba de Pratt:** tolerancia a la marcha con la venda elástica. Con el enfermo en decúbito y el miembro inferior elevado, se coloca una media o vendaje elástico adecuado hasta el muslo. De esta forma, al comprimirse el sistema venoso superficial, se lo excluye y se obliga a que todo el retorno venoso se realice por el sistema profundo. Se le pide al paciente que camine y realice algún tipo de ejercicio con sus miembros inferiores. La intolerancia al vendaje, manifestado por dolor, sugiere la posibilidad de una obstrucción al drenaje venoso por el sistema profundo.
- **Prueba de Perthes:** es una prueba empleada para distinguir insuficiencia venosa en el sistema venoso superficial, profundo y de perforantes. Con el paciente en bipedestación se colocan 3 ligaduras, la primera en la unión safeno-femoral, otra por encima de la rodilla y la tercera por debajo de la misma, y se le indica al paciente caminar durante 5minutos. Cuando se detiene se pueden observar los siguientes

resultados:

- Si se vacían por completo las varices indica una insuficiencia de perforantes y el sistema profundo permeable.
- Si el vaciado es incompleto es que tiene una insuficiencia de perforantes con una obstrucción parcial del sistema venoso profundo.
- Un llenado constante mientras están las ligaduras sugiere una perforante incompetente.

Diagnóstico mediante pruebas de imagen. [19]

Eco-Doppler:

El estudio exhaustivo de la enfermedad venosa, su complejidad y distribución se realiza fundamentalmente mediante el empleo del eco-Doppler (sonda lineal multiplanar con frecuencia comprendida entre 5-13MHz según el fabricante). Se trata de un método no invasivo, con amplia disponibilidad, rápido, coste-efectivo y sin irradiación sobre el paciente. Su funcionamiento se basa en la detección del cambio de frecuencia que experimenta un haz de ultrasonido al chocar con estructuras en movimiento, en este caso los elementos formes de la sangre circulante. Dentro de estas técnicas de eco-Doppler, podemos distinguir 3 modalidades diferentes: la ecografía bidimensional 2D, el estudio Doppler color y el estudio Doppler pulsado con análisis espectral de la onda de flujo. Para la búsqueda de reflujos es necesario el Doppler color o el Doppler pulsado, usándose frecuentemente sistemas que combinan ambos.[19,20]

En primer lugar, es importante una inspección física del miembro a examinar con una iluminación adecuada de la sala, con el fin de establecer la localización y distribución de las varices. Indagaremos acerca de cirugías previas. Con ello conseguiremos optimizar el estudio y predecir el origen del reflujo. En segundo lugar, con el paciente en decúbito supino valoraremos el sistema venoso profundo desde la vena femoral común hasta la poplítea y bifurcación de los troncos tibioperoneos, con el fin de asegurar la permeabilidad y competencia de este. Deben explorarse también los troncos distales y las venas gemelares. La morfología de la onda espectral con Doppler pulsado al nivel de la vena femoral común debe ser fásica y modificarse con la respiración, con el fin de descartar una posible obstrucción proximal en el eje iliaco.

Tomografía axial computarizada

Cuando el examen con eco-Doppler no es concluyente, bien por obesidad mórbida bien por la existencia de gran edema en la extremidad, se pueden valorar otras pruebas de imagen como la tomografía axial computarizada (TAC) con contraste (tanto en fase arterial como venosa) también denominado fleboTAC. Nos permite valorar el sector iliocavo e identificar posibles causas compresivas extrínsecas.

Flebografía.

Otro de los métodos radiodiagnósticos a emplear es la flebografía por medio de la inyección de contraste yodado en el sistema venoso de los miembros inferiores. Ha sido desplazado por el uso de los métodos ultrasonográficos.

Se reconocen 2 modalidades:

Flebografía ascendente: más frecuente. El contraste se inyecta en una vena superficial del dorso del pie y se coloca una ligadura en el tobillo para obligar al contraste a circular por el sistema profundo. De esta forma es posible detectar obstrucciones totales o parciales del sistema profundo, visualizar circulación colateral y detectar reflujos por los cayados o comunicantes insuficientes.

Flebografía descendente: se trata de un estudio dinámico, pocas veces utilizado, ya que requiere el cateterismo del eje femoral e iliaco por el método de Seldinger. Está indicado en los raros casos en los que es necesario estudiar un reflujo valvular patológico del sistema venoso profundo, y en especial determinar la topografía de válvulas insuficientes para su reparación (valvuloplastia). Está expuesto a posibles complicaciones, como hematomas, lesiones o trombosis.[13]

En caso de identificar reflujo venoso profundo puede clasificarse según sea la magnitud en: .[13]

Reflujo grado 0: no hay llegada de contraste al eje femoral común.

Reflujo grado 1: el reflujo llega a la femoral superficial, hasta el tercio superior del muslo donde es detenido por una válvula competente.

Reflujo grado 2: el reflujo de contraste llega hasta el tercio inferior del muslo.

Reflujo grado 3: el reflujo llega a las venas profundas de la pierna.

Reflujo grado 4: el reflujo cae en cascada y alcanza la parte distal de la pierna, sin flujo anterógrado en la vena iliaca.

Solo los reflujos de grados 3 y 4 se consideran patológicos.

Métodos radioisotópicos. [19]

Su uso se limita a la detección de la trombosis venosa. Son hoy día de poca utilidad frente a los métodos ultrasonográficos y a la propia flebografía. Se distinguen 2 tipos de estudios: [19]

Con fibrinógeno radiactivo: su finalidad es detectar trombosis en actividad, es decir, en etapa aguda, ya que el fibrinógeno se incorpora al trombo en formación.

Venocentellografía: permite explorar la permeabilidad del sistema venoso profundo y la cava inferior. Se realiza por medio de la inyección de 99mTc en una vena del dorso del pie.

Otros métodos.

Por último, hay que mencionar otros métodos más modernos, como la angiotomografía o la resonancia magnética nuclear, que aún no se han incorporado de forma efectiva al arsenal diagnóstico de la enfermedad venosa de los miembros inferiores, pero con seguridad lo harán en el futuro.[21]

Tratamiento.

El tratamiento de la IVC pretende mejorar la función venosa y los signos y los síntomas de la IVC. El abordaje de los signos como síntomas es el objetivo más importante del tratamiento desde el punto de vista del paciente; sin embargo, no siempre es concomitante con la mejora de la función venosa. Por ejemplo, la frecuente recurrencia de úlceras venosas posteriores a un tratamiento invasivo se origina en una patología microcirculatoria continua, que no se ve afectada por el tratamiento del reflujo venoso. [21]

El manejo también debe abordar la naturaleza progresiva de la IVC y actuar como profiláctico frente al agravamiento y al avance. [21]

El tratamiento de la EVC tiene por objeto reducir los síntomas e impedir la evolución a fases clínicas avanzadas de la enfermedad con sus complicaciones y secuelas. Por otra parte, las varices, una vez que aparecen, no pueden revertirse farmacológicamente, y tan solo puede plantearse su eliminación mediante un abanico creciente de posibilidades técnicas.[3]

El tratamiento comprende opciones terapéuticas tanto conservadoras como invasivas. Entre los tratamientos conservadores se incluyen el tratamiento físico, como la participación en deportes o el aumento del movimiento, y el tratamiento compresivo y la terapia farmacológica. [22]

Las directrices brasileras, publicadas en 2023 y basadas en el análisis de múltiples estudios, explican que “En cuanto al tratamiento farmacológico, el dobesilato de calcio demostró ser eficaz para reducir el edema en pacientes de clase C3. Otros agentes también mostraron eficacia frente a diversos síntomas, como el extracto de hoja de vid roja, las rutosidas, y la sulodexida. Todos ellos presentaron pocos efectos adversos. Las revisiones sistemáticas sugieren que los fármacos venoactivos probablemente producen una ligera reducción del edema en comparación con el placebo y, asimismo, reducen la circunferencia del tobillo. Los trastornos gastrointestinales fueron los acontecimientos adversos notificados con mayor frecuencia. El fármaco que destaca principalmente en las revisiones es la diosmina-hesperidina micronizada”. [23]

Entre las modalidades de tratamiento invasivo están la cirugía de las venas superficiales y profundas, entre ellas la flebectomía percutánea mediante ganchos y técnicas de stripping. Las nuevas opciones de tratamiento menos invasivas incluyen la escleroterapia mediante espuma, la ablación térmica endovenosa y las técnicas de ablación por radiofrecuencia.

Estas técnicas ofrecen buenos resultados a mediano plazo, y su eficacia es comparable al stripping, aunque se debe tener en cuenta el diámetro venoso al tomar decisiones terapéuticas, pues las venas varicosas más grandes pueden no ser susceptibles a tratamiento con estas técnicas menos invasivas.[22]

Las directrices brasileras, exponen que en cuanto a la terapia de compresión, destaca el uso de medias elásticas con diversos niveles de compresión. La evidencia que muestra una reducción del dolor o las molestias, así como una

disminución de la recidiva de las úlceras en las piernas, sugiere que su uso puede resultar beneficioso.

A pesar de los diversos resultados positivos, la adherencia al tratamiento sigue siendo un desafío importante, especialmente cuando se emplean niveles de compresión más elevados.

La escleroterapia con espuma podría recomendarse como tratamiento de primera línea para las venas perforantes, ya que es mínimamente dolorosa y menos costosa en comparación con otras modalidades. A diferencia de los resultados observados en las venas safenas, incluso la ablación térmica a veces arroja tasas de éxito decepcionantes.[23]

Un estudio observacional, retrospectivo, transversal, realizado en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, en México, con el objetivo de comparar los resultados postoperatorios, complicaciones y días de estancia hospitalaria entre los pacientes con enfermedad venosa crónica tratados con ablación endovenosa vs. cirugía convencional y que analizó los datos de 113 pacientes arrojó que la cirugía convencional resultó con mayor sangrado y más tiempo de estancia hospitalaria. Los autores concluyeron que la ablación endovenosa es un tratamiento útil en la enfermedad venosa crónica en el sector público, se asocia a menor sangrado, complicaciones y días de estancia hospitalaria. [24]

En la ciudad de Manizales, en la Clínica AVIDANTI, una institución de tercer nivel, en el año 2025, se realizó un estudio de cohorte prospectivo, con aplicación de encuesta de calidad de vida (VVSymQ) de manera secuencial, en los pacientes con diagnóstico EVC sometidos a terapia esclerosante con polidocanol (TEP) vía percutánea mediante técnica de Tessari, para determinar el impacto en la calidad de vida posterior al tratamiento. Se evaluaron 128 pacientes, y la mediana de edad fue de 62 años y el 82,8 % fueron mujeres. El 89,1 % tenía una EVC severa, con presentación homogénea de síntomas al momento prequirúrgico. Se determinó que una semana después de la intervención hubo una disminución en los síntomas, teniendo el 5,4 % de los pacientes una presentación severa, 64,1 % moderada y 30,5 % leve. A los tres meses, el 100 % de los evaluados tenía una presentación leve de EVC con respecto a calidad de vida y sintomatología ($p<0,001$). Los autores plantearon como conclusiones que la terapia esclerosante con polidocanol (TEP) mediante técnica de Tessari es una opción útil y con buenos resultados a través del tiempo, en cuanto a mejoría de la sintomatología y calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de ECV. [25]

Maleti et al. [26] realizaron una revisión sistemática y metaanálisis donde incluyeron 57 estudios en la síntesis cuantitativa: tres ensayos controlados aleatorios que incluyeron 252 pacientes y 54 series de casos, incluidos 4004 pacientes. Los autores expresan que los estudios incluyeron una mediana de 38 pacientes, con una edad media de 51 años; el 52 % de ellos eran varones. El cuarenta por ciento de los estudios incluyeron 2291 pacientes con incompetencia primaria, el 29 % de los estudios incluyeron 595 pacientes con PTS y el 31 % de los estudios incluyeron 1118 pacientes con ambas enfermedades. También encontraron que “en cuanto a la incompetencia primaria, las estimaciones agrupadas para todos los procedimientos mostraron un 89 % (intervalo de confianza [IC] del 95%, 82%-94%) de curación de úlceras, 10 % (IC 95 %, 4 %-18 %) recurrencia de úlcera, 98 % (IC 95 %, 93 %-100 %) permeabilidad valvular, 84 % (IC 95 %, 78 %-90 %) de compensación de válvula, 0,05 % (1094 pacientes) embolia pulmonar, 1 % (IC 95 %, 0 %-3 %) Los pacientes con PTS mostraron resultados menos favorables: 82 % (IC 95 %, 71 %-91 %) de cicatrización de úlceras, 18 % (IC 95 %, 5 %-36 %) recurrencia de úlcera, 88 % (IC 95 %, 78 %-96 %) permeabilidad valvular, 78 % (IC, 66 %-88 %) competencia de válvula, sin embolia pulmonar, 6 % (IC 95 %, 0 %-22 %) infecciones de herida, 6 % (IC 95%, 3%-10%) hematoma, 5%”. [26]

Estos autores concluyeron que el número de estudios incluidos en cada metaanálisis es limitado, y sabiendo cómo este elemento puede afectar el poder estadístico, así como la ausencia de grupos de control comparativos, no es posible sacar conclusiones definitivas. Sin embargo, la cirugía reconstructiva venosa profunda para el reflujo puede aumentar la probabilidad de mejoría clínica en pacientes afectados por enfermedad venosa crónica. Los resultados parecen ser satisfactorios incluso si se pueden requerir posibles procedimientos complementarios a lo largo de la vida del paciente. En consecuencia, se requiere un protocolo de seguimiento estricto para mantener los resultados. Se requieren estudios adicionales para evaluar la cirugía reconstructiva venosa profunda para el reflujo, particularmente en cuanto a cómo se compara con los enfoques

endovenosos introducidos más recientemente. [26]

La sociedad Europea de Cirugía Vascular, en sus guías del año 2022, ha planteado, entre otras cosas que en la obstrucción venosa profunda crónica, el tratamiento de individuos asintomáticos, incluso con estenosis u oclusión de alto grado, no está respaldado por ninguna evidencia sólida que sugiera que esto reduzca el riesgo de trombosis venosa profunda (TVP) o embolia pulmonar (EP) posteriores.

En pacientes sintomáticos, las indicaciones para tratar la enfermedad venosa crónica (EVC) mediante recanalización endovascular varían entre los estudios. La selección clínica y la notificación de los pacientes se han basado habitualmente en la clasificación CEAP, la escala de Villalta y la r-VCSS.

Las clases clínicas C3 y C6 de la clasificación CEAP al inicio constituyen el criterio más utilizado para considerar una intervención. En segundo lugar, la escala de Villalta se ha convertido en el estándar de oro para el diagnóstico del síndrome pos-trombótico (SPT) y, por tanto, se emplea también para seleccionar a pacientes con SPT moderado (puntuación de Villalta entre 10 y 14) o grave (puntuación de Villalta ≥15 o presencia de úlcera venosa). La claudicación venosa —descrita habitualmente como sensación de pesadez y dolor durante el ejercicio que remite con el reposo— es un síntoma subjetivo y escasamente validado. Aunque no figura en los sistemas de puntuación formales, podría ser uno de los indicadores más relevantes para decidir una intervención en casos de obstrucción crónica del flujo de salida. [27]

Al respecto concluyen que, aunque varios estudios sugieren un beneficio relativo del tratamiento endovascular de la enfermedad venosa crónica, todos ellos —incluido un ensayo controlado aleatorizado que comparaba la colocación de *stents* en la vena ilíaca con el tratamiento médico— presentan errores sistemáticos fundamentales, principalmente sesgos de selección de pacientes y de elección del tratamiento. No obstante, estos estudios respaldan el papel del tratamiento endovascular en pacientes con obstrucción crónica del flujo de salida venoso, siempre que la selección de dichos pacientes sea adecuada. [27]

La terapia compresiva constituye la base del manejo terapéutico de la EVC. Además de los efectos físicos manifiestos sobre el edema, la compresión reduce la inflamación al contraer los espacios entre las células del endotelio vascular y reducir las interacciones célula-célula. También disminuye la hipertensión venosa intermitente y mejora la velocidad del flujo capilar y venular, de modo que aborda los causantes primarios de la patología IVC. La compresión mejora la hemodinamia mediante la promoción de la bomba venosa y la reducción del reflujo venoso. Mientras tanto, la formación de edemas se corrige con la mejora de la microcirculación y la promoción del drenaje linfático. La reducción del edema da lugar a una mejora de los síntomas, con la ventaja añadida de que los efectos son inmediatos. [22]

El tratamiento compresivo asume varias formas, como las vendas, las medias y la compresión neumática intermitente, que está emergiendo como un método nuevo con potencial para la tromboprofilaxis. Para la EVC, las indicaciones de las medias de compresión varían según su presión. [22]

La Sociedad para la Cirugía Vascular, el Foro Venoso Americano y la American Vein and Lymphatic Society publicaron en 2021 la Parte I de las guías de práctica clínica sobre venas varicosas. Los autores expresan que las recomendaciones se basaron en evidencia científica más reciente investigada después de una revisión sistemática independiente y un metaanálisis de cinco problemas críticos que afectan el manejo de pacientes con venas varicosas de extremidades inferiores, utilizando los pacientes, intervenciones, comparadores y sistema de resultados para responder preguntas críticas. La parte I discutió el papel de la exploración por ultrasonido dúplex en la evaluación de las venas varicosas y el tratamiento del reflujo truncal superficial. La Parte II se centra en la evidencia que apoya la prevención y el manejo de los pacientes con venas varicosas con compresión, en el tratamiento con medicamentos y suplementos nutricionales, en la evaluación y el tratamiento de los afluentes varicosos, en los aneurismas venosos superficiales y en el manejo de las complicaciones de las venas varicosas y su tratamiento. [22]

Sin embargo, cabe expresar que en el año 2025, un estudio realizado por Sun et al., para valorar evidencias sobre los métodos compresivos, expone que, en los últimos años, la terapia de compresión ha atraído una atención clínica cada vez mayor en las enfermedades venosas de las

extremidades inferiores. Sin embargo, faltan conceptos básicos y nomenclatura clara, métodos de tratamiento estándar y estándares de productos consistentes para equipos a presión. Los autores expresan que el desarrollo de guías clínicas para la terapia de compresión es esencial para mejorar el tratamiento de las enfermedades venosas.[28]

Fármacos venoactivos.

La acción de los fármacos venoactivos es muy similar a la de la terapia compresiva. Los fármacos venoactivos reducen la inflamación de la pared venosa, disminuyen la formación de edema y el desarrollo de cambios cutáneos, y protegen a las células endoteliales de la contracción. Los fármacos venoactivos son un grupo heterogéneo, muchos de los cuales proceden de extractos de plantas. También es heterogénea la base científica que los sustenta, existiendo un número significativo de tratamientos para los que no se dispone de estudios con revisión científica externa o esta es insuficiente.[29,30]

El alivio de los síntomas es el principal objetivo del tratamiento farmacológico, y existen pruebas sólidas de que se produce un efecto objetivo sobre el edema y los síntomas venosos (el nivel de evidencia se sitúa en la mayoría de los casos entre 1 y 2B, dependiendo de la sustancia utilizada). [31]

Una revisión sistemática de la literatura con metaanálisis, tuvo como propósito evaluar los efectos de la fracción de flavonoide purificado micronizado (MPFF), un fármaco venoactivo, sobre los síntomas y signos de la ECV mediante el análisis de datos de un amplio espectro de estudios clínicos en pacientes con ECV en todas las etapas de la enfermedad. La reisió siguió las directrices de PRISMA. Se buscaron en las bases de datos de Medline, Embase y Cochrane. Los estudios elegibles incluyeron ensayos controlados aleatorios prospectivos (ECA) y no ECA que investigan los efectos del tratamiento oral con MPFF (1000 mg, diariamente durante al menos 1 mes) sobre los síntomas y signos de las piernas venosas en pacientes con ECV en todas las etapas (C0s-C6). Los autores plantean que los resultados primarios fueron los principales síntomas venosos que incluyen dolor, pesadez, malestar, calambres, sensación de hinchazón y sensación de ardor. Los resultados secundarios fueron prurito, parestesia, fatiga y síntomas globales. También se evaluó el nivel de satisfacción del paciente con el tratamiento. Los autores utilizaron un metaanálisis de efectos aleatorios de un solo grupo para estimar el cambio medio en la intensidad de los síntomas y la proporción de la resolución completa de los síntomas desde el valor inicial hasta el último valor post-base. [31]

Al sintetizar las evidencias el estudio arrojó que de los 387 artículos, incluyeron 56 en el análisis, entre los cuales 51 estudios con 39.878 pacientes tratados con MPFF, informaron síntomas de ECV. Se observaron reducciones significativas en las puntuaciones de intensidad de los síntomas para todos los resultados (P<0,001), excepto la fatiga. La mejoría de los síntomas se vio respaldada aún más por la resolución del dolor, la pesadez, los calambres, las molestias y la sensación de ardor observada en la proporción combinada estimada de pacientes (76,2%, 61,5%, 80,5%, 69,8% y 67,2%, respectivamente; todos P<0,001). Se estimó que el nivel general de satisfacción del paciente era superior al 90 %. Veinte estudios tuvieron un alto riesgo de sesgo, mientras que los análisis de sensibilidad no cambiaron los resultados del estudio. El nivel de heterogeneidad fue frecuentemente alto entre los estudios. Por tanto los autores concluyeron que la revisión sistemática y meta-análisis proporcionan una fuerte evidencia de mejoras consistentes y clínicamente significativas en los síntomas de las piernas venosas asociados con el uso del medicamento venoactivo MPFF, en todas las etapas de la ECV. [31]

En Italia, se han publicado algunas recomendaciones de tratamiento y ante la interrogante de ¿Qué tratamiento en Atención Primaria?, han propuesto lo siguiente: [32]

Enfoque conservador (puede ser manejado por el médico de familia):

• Modificaciones en el estilo de vida: mantener un peso saludable, evitar el sedentarismo,

realizar actividad física regular, dormir con las extremidades elevadas, usar calzado cómodo.

• Terapia de compresión: las medias elásticas ejercen una presión externa graduada, contrarrestan la presión venosa y favorecen el retorno venoso. Deben colocarse por la mañana y retirarse por la noche. La elección de la clase de compresión debe ser personalizada .

• Contraindicaciones/precauciones: no utilizar —o hacerlo solo tras consultar a un especialista— en casos de ITB <0,5, isquemia crítica, neuropatía grave,

insuficiencia cardíaca descompensada o dermatitis exudativa.

Tratamiento farmacológico

Además de la compresión, pueden prescribirse flebotónicos; estos poseen efectos antiinflamatorios y mejoran el trofismo vascular. Entre los principios activos se incluyen flavonoides purificados como la diosmina, compuestos de glucosaminoglicanos como la sulodexida y el mesoglicano, y derivados de la cumarina de origen vegetal .

El tratamiento puede administrarse en ciclos (p. ej., 2 a 3 meses) o de forma continua durante las épocas de calor o las fases sintomáticas. Es importante informar al paciente de que estos fármacos no eliminan las varices, pero pueden aliviar los síntomas y ralentizar la progresión de la enfermedad.

Recientemente, también se han estudiado las estatinas por sus efectos pleiotrópicos (antiinflamatorios, de protección endotelial y de protección de la microcirculación) en pacientes con enfermedad venosa crónica.

Los médicos de atención primaria desempeñan un papel fundamental a la hora de fomentar el diagnóstico precoz, iniciar un tratamiento eficaz y personalizado, y garantizar la continuidad asistencial. En pacientes jóvenes o en casos de enfermedad venosa crónica avanzada (estadio C4 o superior), siempre se recomienda la valoración por parte de un especialista. [32].

CONCLUSIONES

La enfermedad venosa crónica es una enfermedad progresiva que, si bien no es mortal en sí misma, puede provocar complicaciones graves si no se trata a tiempo. Debido al daño que se produce en las venas, no tiene cura. Sin embargo, con el tratamiento adecuado y un control continuo de la enfermedad, es posible ralentizar su progresión, mejorar la calidad de vida y aliviar muchos de los síntomas.

El diagnóstico de EVC se basa en la clasificación CEAP, siendo la más comúnmente aceptada y utilizada. Valora aspectos clínicos, etiológicos, anatómicos y patofisiológicos.

El tratamiento de la EVC tiene por objeto reducir los síntomas e impedir la evolución a fases clínicas avanzadas de la enfermedad con sus complicaciones y secuelas. Por otra parte, las varices, una vez que aparecen, no pueden revertirse farmacológicamente, y tan solo puede plantearse su eliminación mediante un abanico creciente de posibilidades técnicas

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Angela Conti, Jorge Luis Estepa Pérez, Alfredo Vetere.

Visualización: Angela Conti, Jorge Luis Estepa Pérez, Alfredo Vetere,

Redacción-borrador original: Jorge Luis Estepa Pérez, Angela Conti.

Redacción-revisión y edición: Jorge Luis Estepa Pérez, Angela Conti.

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de este artículo

REFERENCIAS

1.Biblioteca Médica Nacional. Medline Plus. Insuficiencia venosa[Internet]. Bethesda: BMN; 2024[citado 07/06/2026]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000203.htm

2.Eberhardt RT, Raffetto JD. Insuficiencia venosa crónica. Circulación. 2014;130(4):333-46.

3.Ruiz Grandea S, Ruiz Díez MA, Ortega N, García-Honduvilla MJ, Buján S, Sánchez C. Insuficiencia venosa crónica. Medicine. 2021;13(39):2243-57.

4.Rivas J, Vázquez L. Enfermedad venosa crónica[Internet]. Med Enfermería Comunicación[Internet]. 2023[citado 23/08/2025]. Disponible en:

https://med-enfermeria.com/insuficiencia-venosa-cronica/

5.Carrasco E, Díaz S, González Al. Guía de Buena Práctica Clínica en Patología venosa[Internet]. Madrid: International Marketing & Communications, S.A; 2011[citado23/08/2025]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/main/files/mig/guia_venosa.pdf

6.Pascarella L, Marston W. Venous disease. In: Townsend CM Jr, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. Sabiston Textbook of Surgery. 21st ed. St Louis, MO: Elsevier; 2022.

7.Paneles de expertos sobre radiología intervencionista e imágenes vasculares; Rochon P, Reghunathan A, Kapoor B, Kalva S, Fidelman N, Majdalany B, et al. Criterio de Apropiación de ACR® en enfermedad venosa crónica de baja extremidad. J Am Coll Radiol. 2023;20(11S):S481-S500.

8.Tampa General Hospital. Comprender la insuficiencia venosa crónica: síntomas, causas, tratamiento y prevención[Internet]. Tampa: Hospital General de Tampa; 2023[citado 23/05/2026]. Disponible en: https://www.tgh.org/institutes-and-services/conditions/chronic-venous-insufficiency

9.British United Provident Association. Insuficiencia venosa crónica[Internet]. Reino Unido: Bupa Global; 2025[citado 23/03/2026]. Disponible en: https://www.bupasalud.com/salud/insuficiencia-venosa

10.Prochaska J, Arnold N, Falcke A, Kopp S, Schulz A, Buch B, et al. Insuficiencia venosa crónica, enfermedad cardiovascular y mortalidad: un estudio poblacional. Eur Corazón J. 2021;42(40):4157-65.

11.Abrashev H, Abrasheva D, Nikolov N, Ananiev J, Georgieva E. A Systematic Review of Endothelial Dysfunction in Chronic Venous Disease—Inflammation, Oxidative Stress, and Shear Stress. Int J Mol Sci[Internet]. 2025[citado 23/05/2025];26:[aprox. 9 p.]. Disponible en: https://doi.org/10.3390/ijms26083660

12.Azcona L. Insuficiencia venosa. Prevención y tratamiento. Farm Prof. 2008;22(10):36-40.

13.García L, Sarralde J, Pontón A. Estudio de la insuficiencia venosa. Cirugía Cardiovascular[Internet]. 2024[citado 23/05/2025];31(6):229-94 Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cardiovascular-358-articulo-estudio-insuficiencia-venosa-cronica-S1134009624000640

14.Ramírez Torresa JM, Caballer Rodillab M, Frías Vargasc O, García Vallejoc, Gil Gild I. Enfermedad venosa crónica en los nuevos tiempos. Medicina de Familia. SEMERGEN. 2022;48(2):295-366.

15.Eklöf RB, Rutherford JJ, Bergan PH, Carpentier P, Gloviczki RL, Kistner S, et al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: Consensus statement. J Vasc Surg. 2004;40(2004):1248-52.

16.Ibañez V, editor. Libro blanco sobre la patología venosa y linfática. Madrid: Capítulo Español de Flebología y Linfología. Editores Médicos; 2014.

17.Lurie F, Passman M, Meisner M, Dalsing M, Masuda E, Welch H, et al. La actualización para 2020 del sistema de clasificación CEAP y las normas de presentación de informes. J Vasc Surg. 2020;8(3):342-52.

18.Abbad C, Rial R, Ballestero M, García C. Guía de práctica clínica en enfermedad venosa clínica[Internet]. Torrejón de Ardoz: ID Médica; 2020[citado 23/05/2025]. Disponible en: https://www.capitulodeflebologia.org/wp-content/uploads/2020/06/Guias-Practica-Clinica-Enfermedad-Venosa-Cronica_431.pdf

19.Courtois MC, Zambon J. Várices e insuficiencia venosa crónica. EMC - Tratado de Medicina. 2019;23(1):1-11.

20.Carriazo G, Gómez de Las Heras C, Vázquez P, Ramos Solís M. Estudio de la insuficiencia venosa crónica mediante ecografía Doppler y realización de cartografía venosa. Radiología. 2016;58 (2016):7-15.

21.Bozkurt K, Rabe M, Sharkawy I. Insuficiencia venosa crónica: Manejo y tratamiento[Internet]. Lisboa: CDIF; 2016[citado 23/05/2026]. Disponible en: https://www.emjreviews.com/wp-content/uploads/2018/02/Insuficiencia-Venosa.

22.Gloviczki P, Lawrence P, Wasan S, Meissner M, Almeida J, Brown K, et al. Guías de práctica clínica de la *American Vein and Lymphatic*

Society para el manejo de las venas varicosas de las extremidades inferiores. J Vasco Surg Trastorno de linfats venoso. 2024;12(1):101670.

23.Kikuchi R, Nhuch C, Autran Burlier D, Rodrigues Santiago F, Coelho Neto F, de Oliveira Mauro F, et al. Diretriz brasileira de doença venosa crônica da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular. J Vasc Bras. 2023;22:e20230064

24.Morales-Galina LG, Martínez-Zamorano M, Lozada-Hernández E, Morán-Ham E, Amador-Ramírez S. Comparación entre ablación endovenosa vs. cirugía abierta convencional para enfermedad venosa crónica. Rev Mex Angiol. 2024;52(4):127-31.

25.Villamil-Alzate DA, Gómez-Vera CE, Arango F. Efecto de la terapia esclerosante mediante la técnica de Tessari en la calidad de vida de pacientes con enfermedad venosa crónica. Rev Colomb Cir. 2026;41:745-54

26.Maleti O, Orso M, Lugli M, Perrin M. Revisión sistemática y meta-análisis de la corrección de reflujo venoso profundo en la insuficiencia venosa crónica. J Vasco Surg Trastorno de linfats venoso. 2023;11(6):1265-1275.

27.European Society forVascular Surgery. Clinical Practice Guidelines on the Management of Chronic Venous Disease of the Lower Limbs. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2022;63(2):184-267.

28.Sun CR, Liu MY, Ni QH, Cai F, Tang F, Yu ZY, Zhang JB, Zhang L, Zhang WW, Li CM. Guías clínicas sobre la terapia de compresión en enfermedades venosas. Ann Vasc Surg. 2025;110 (Pt B):183-203.

29.Ramelet AA, Bousseau M, Allegra C, Nicolaides A, Carpentier C, Capelli R, et al. Veno-active drugs in the management of chronic venous disease. An international consensus statement: current medical position, prospective views and final resolution. Clin Hemorheol Microcirc. 2005;33(4):309-19.

30.Nicolaides A, Kakkos S, Baekgaard N, Comerota A, de Maeseneer M, Eklof B, et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Int Angiol. 2018;37(3):181-254.

31.Nicolaides A, Lobastov K, Mansilha A, González-Ochoa A, Blanc-Guillemaud V, Onselaer MB. Eficacia de la fracción de flavonoide purificado micronizado sobre los síntomas y signos venosos en pacientes en todas las etapas de la enfermedad venosa crónica: una revisión sistemática y un metaanálisis. Parte I: síntomas. Internacional de Angiología. 2025;44(6):445-68.

32.Fossati L, Silvan S. Cinco cosas que hay que saber sobre…la enfermedad venosa crónica. Rivista SIMG. 2025;32(04):42-5.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS