

CASO CLÍNICO 3

Enfermedad

Venosa Crónica

---

DR. ERASTO ALDRETT LEE

**Autor**

Dr. Erasto Aldrett Lee  
Médico Angiólogo  
Cirujano vascular y endovascular

**Caso clínico**

Paciente femenino de 58 años de edad.

**Antecedentes**

Madre y dos hermanas con várices.  
Obesidad grado II (IMC 35), niega HTA, diabetes mellitus, no alergias.  
Gestas 5, partos 4, abortos 1, cesáreas 0.  
La paciente utilizó anticonceptivos orales durante 7 años para control de natalidad.

**Padecimiento actual**

La paciente acude quejándose de edema importante de la extremidad inferior derecha, con predominio vespertino, acompañado de sensación de pesantez, ardor y dolor localizado en la región de tercio distal de pierna, cara anterior y medial. Así mismo refiere “calambres” en la pierna derecha de predominio nocturno y dolor “punzante” en la misma zona. Aparición de dos heridas en la pierna que no han cicatrizado, con salida de líquido y dolor.

**Exploración física****Signos vitales**

TA: 133/83 mm Hg  
Frecuencia cardiaca:  
83 latidos por minuto  
Frecuencia respiratoria:  
14 respiraciones por minuto  
Temperatura: 36.3 °C  
SO<sub>2</sub>: 92 %

Cardiopulmonar normal, abdomen normal. En el miembro pélvico derecho, se aprecia edema de la pierna y coloración ocre en el tercio medio y cara interna, además de franca hiperpigmentación ocre perimaleolar interna derecha y trayectos venosos dilatados en cara anterolateral (por su redundancia, se veían un poco mediales, pero eran ramas de la safena mayor). Así mismo, se aprecian dos úlceras en tercio distal y cara anterior de pierna de aproximadamente

1 x 1 cm y 0.7 x 0.7 cm rodeadas de piel, con coloración ocre al final de trayectos varicosos, fondo granulado, y fibrina. Llama la atención la presentación clínica unilateral. Pulsos de ambas extremidades femoral, poplíteo, tibial posterior, dorsal y pedio presentes y de características normales. La extremidad derecha se encuentra con llenado capilar normal y temperatura normal (Figura 1 y Cuadro 1).

**SOSPECHA DIAGNÓSTICA**

- Insuficiencia venosa crónica por enfermedad varicosa primaria, muy probablemente asociada con reflujo safeno femoral
- Probable secuela posttrombótica con datos de insuficiencia venosa crónica



▶ Figura 1



### Cuadro 1. Clasificación CEAP

|   |                |  |
|---|----------------|--|
| C | Clínica        | CO: sin signos visibles ni palpables<br>C1: telangiectasias o venas reticulares<br>C2: várices<br>C3: edema<br>C4: cambios cutáneos sin úlcera<br>C5: cambios cutáneos con úlcera cicatrizada<br>C6: cambios cutáneos con úlcera activa<br>A: asintomático<br>S: sintomático |
| E | Etiología      | Ec: congénita<br>Ep: primaria<br>Es: secundaria (postraumática o postrombótica)  |
| A | Anatomía       | As: venas del sistema superficial<br>Ad: venas del sistema profundo<br>Ap: venas perforantes   |
| P | Fisiopatología | Pr: reflujo<br>Po: obstrucción<br>Pro: reflujo y obstrucción   |

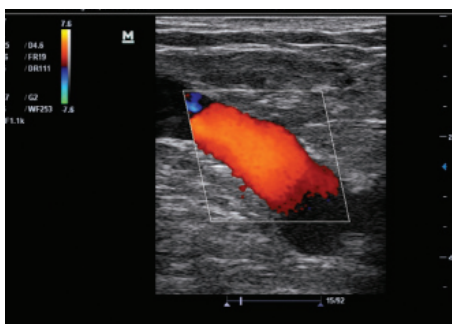
## ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO

Se realizó ultrasonido dúplex venoso de ambas extremidades inferiores, por ser el método de diagnóstico fundamental y de elección para esta patología.

Se debe investigar la permeabilidad del sistema venoso profundo, la presencia de reflujo venoso en alguno de los sistemas safenos mayor o menor y si este es mayor a 500 ms (0.5 seg), lo cual confirma la presencia de un reflujo patológico que requiere tratamiento.<sup>1</sup> Así mismo, se deberán investigar las diversas venas perforantes del muslo y

pierna, realizar una medición de las mismas y evaluar la presencia de reflujo al realizar maniobras de Valsalva y/o compresión con el mismo criterio: si el reflujo es mayor de 0.5 seg se considera patológico y deberá realizarse tratamiento del mismo (Figuras 2, 3 y 4).<sup>2</sup>

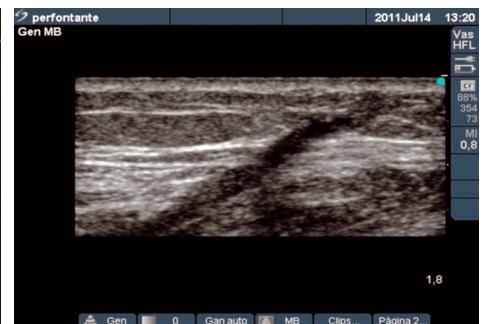
En el caso de nuestra paciente se encontró permeabilidad del sistema venoso profundo y superficial, así como reflujo a nivel safenofemoral de 0.8 seg. Se encontró una perforante en tercio distal de pierna, medial, con reflujo de 0.7 seg.



▶ Figura 2. Reflujo venoso del cayado safeno femoral francamente patológico



▶ Figura 3. Vena safena dilatada en tercio medio del muslo derecho



▶ Figura 4. Vena perforante de pierna patológica



## DIAGNÓSTICO FINAL

Insuficiencia venosa safeno femoral de miembro pélvico derecho con insuficiencia de vena perforante para tibial posterior, a 7.3 cm del maleólo interno. La clasificación CEAP para esta paciente fue C6s Ep Asp Pr.<sup>1</sup>

## TRATAMIENTO

El tratamiento para esta paciente fue aplicar todas las medidas de cuidado venoso conocidas, incluyendo compresión elástica al muslo 20-30 mm Hg, junto con diosmina-hesperidina 450/50 mg cada 12 horas y sulodexida 250 LRU vía oral cada 12 horas (por la evidencia de que existe sobre su uso ante la presencia de úlceras de origen venoso), además de realizar, en este caso, ablación endovenosa con láser de vena safena mayor derecha y de vena perforante.<sup>3</sup>

## DISCUSIÓN

El tratamiento moderno de la insuficiencia venosa crónica secundaria a reflujo safeno femoral es evidentemente multimodal,<sup>4</sup> por un lado es fundamental la modificación en el estilo de vida, realización de ejercicio dirigido y sistemático, pérdida de peso controlada, y por el otro lado los pilares fundamentales del tratamiento como la compresión elástica graduada, los medicamentos flebotónicos y los que recuperen el glicocalix del endotelio venoso. Además, es importante la corrección del reflujo venoso, el cual puede realizarse mediante técnicas mínimamente invasivas de ablación térmica.<sup>5</sup>

Con este abordaje la posibilidad de cierre definitivo de la úlcera es del 97 % en 55 días y la recidiva menos del 5 % a 10 años.<sup>2</sup> Así mismo, se puede brindar tratamiento adicional en caso de reflujo residual posoperatorio mediante escleroterapia venosa terapéutica,<sup>6</sup> la cual tiene excelentes resultados además de bajo costo y morbilidad.

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Raju S, Neglén P. Chronic venous insufficiency and varicose veins. *N Eng J Med.* 2009;360:2319-23.
2. Singer AJ, Tassiopoulos A, Kirsner RS. Evaluation and management of lower-extremity ulcers. *N Eng J Med.* 2017;377:1559-67.
3. Gohel MS, Heatley, F, liu X, Bradbury A., Bulbulia R, Cullum N, Warwick J. A randomized trial of early endovenous ablation in venous ulceration. *N Eng J Med.* 2018;378:2105-14.
4. Brittenden J, Cotton SC, Elders A, Ramsay CR, Norrie J, Burr J, Earnshaw J. A randomized trial comparing treatments for varicose veins. *N Eng J Med.* 2014;371:1218-27.
5. Liu ZX, Guo PM, Zhang IL, Shi MJ, Wang RH, Meng QY. Efficacy of endovenous laser treatment combined with sclerosing foam in treating varicose veins of the lower extremities. *Adv Ther.* 2019;36:2463-74.
6. Cuffolo G, Hardy E, Perkins J, Hands IJ. The effects of foam sclerotherapy on ulcer healing: a single-centre prospective study. *Ann R Col Surg England.* 2019;101:285-9.

