



# Patología venosa y linfática

E.M. San Norberto García, J.A. Brizuela Sanz, B. Merino Díaz y C. Vaquero Puerta

Servicio de Angiología y Cirugía Vascul. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

## Palabras Clave:

- Insuficiencia venosa
- Venas varicosas
- Trombosis venosa
- Síndrome posttrombótico
- Linfedema

## Keywords:

- Venous insufficiency
- Varicose veins
- Venous thrombosis
- Postthrombotic syndrome
- Lymphedema

## Resumen

La enfermedad venosa crónica se manifiesta por un conjunto de signos y síntomas, incluyendo arañas venosas, varicosidades asintomáticas, grandes varices dolorosas, edema, hiperpigmentación, lipodermatoesclerosis y ulceración de la piel. Las opciones de tratamiento varían desde las conservadoras (medicación, medias de compresión, cambios del estilo de vida) a las mínimamente invasivas (escleroterapia o ablación endoluminal). La trombosis venosa profunda de las extremidades inferiores puede manifestarse como asintomática, un embolismo descubierto de manera incidental o un embolismo masivo mortal. Las secuencias crónicas del tromboembolismo venoso (trombosis venosa profunda y embolismo pulmonar) incluyen al síndrome posttrombótico. El diagnóstico y el tratamiento reducen el riesgo de muerte, y una profilaxis primaria apropiada es usualmente efectiva. El edema crónico de las extremidades inferiores debido al linfedema, no solo constituye una deformidad estética, sino que también es una condición invalidante. Sus complicaciones pueden ser graves e incluyen infecciones bacterianas y fúngicas, inflamación crónica, edema, inmunodeficiencia y ocasionalmente degeneración maligna.

## Abstract

### Venous and lymphatic pathology

Chronic venous disease is manifested by a spectrum of signs and symptoms, including cosmetic spider veins, asymptomatic varicosities, large painful varicose veins, edema, hyperpigmentation and lipodermatosclerosis of skin, and ulceration. Treatment options range from conservative (eg, medications, compression stockings, lifestyle changes) to minimally invasive (eg, sclerotherapy or endoluminal ablation), invasive (surgical techniques). Deep venous thrombosis of the lower limbs, ranges from asymptomatic, incidentally discovered emboli to massive embolism causing immediate death. Chronic sequelae of venous thromboembolism (deep venous thrombosis and pulmonary embolism) include the post-thrombotic syndrome. Diagnosis and treatment can reduce the risk of death, and appropriate primary prophylaxis is usually effective. Chronic limb swelling due to lymphedema is not only a marked cosmetic deformity but, in most patients, it is also a disabling condition. Complications can be severe and include bacterial and fungal infections, chronic inflammation, wasting, immunodeficiency, and, occasionally, malignancy.

## Insuficiencia venosa crónica

El concepto de insuficiencia venosa crónica (IVC) indica la presencia clínica de signos y síntomas clínicos de origen común: la hipertensión venosa en los segmentos venosos de la extremidad.

La IVC es una de las patologías crónicas que presenta una mayor incidencia y prevalencia. La incidencia de varices es del 10-15 % de la población adulta, con una prevalencia de úlceras venosas del 1 al 2 %. El estudio Detect-IVC realizado en centros de salud por médicos de Atención Primaria ha permitido conocer cifras reales de la situación de la IVC en España<sup>1</sup>.

En este estudio epidemiológico participaron 1.068 médicos en los que se incluyeron 21.566 pacientes. De esta forma sabemos que el 68 % de los pacientes que acuden a la consulta de Atención Primaria por cualquier motivo presentan algún signo o síntoma compatible con IVC. La sintomatología más frecuente era la sensación de cansancio y pesadez en miembros inferiores, seguida de varículas, dolor en extremidades inferiores, edema vespertino, varices y úlceras venosas. Los factores de riesgo descritos incluyen vida sedentaria, antecedentes familiares, sobrepeso y profesión de riesgo.

## Etiología

La IVC puede tener una etiología primaria (idiopática) o secundaria. La primera es la más frecuente (90 %) y es de tipo congénito y, a menudo, hereditario. La segunda se presenta como consecuencia de una trombosis venosa en el sector venoso profundo o de angiodisplasias en la mayoría de las ocasiones.

Se acepta que, en ambas, el factor fisiopatológico fundamental es la hipertensión venosa, secundaria al reflujo venoso por disfunción valvular. En la primera, este factor es de tipo idiopático, y en la segunda es consecuencia de la inflamación y fibrosis secundaria a la trombosis venosa (síndrome posttrombótico), habitualmente.

El momento de la aparición de los primeros signos y síntomas aporta una información importante para realizar una orientación clínica etiológica. Si el inicio se remonta a los primeros años de vida, podrá inicialmente presuponer una angiodisplasia. Si las varices se han iniciado con posterioridad a un traumatismo o a una intervención, su etiología será secundaria a una trombosis venosa. Si, por el contrario, las varices se inician en la pubertad o con posterioridad a un embarazo y su curso evolutivo es lento y progresivo, probablemente se trate de varices esenciales, circunstancia más frecuente en la práctica clínica<sup>2</sup>.

## Clínica

### Varices tronculares

Son dilataciones de los troncos venosos superficiales principales (vena safena interna y externa) y de sus ramas principales como la safena accesoria y la vena del arco posterior de la pierna (fig. 1).

### Varices reticulares

Dilataciones venosas subcutáneas de un diámetro entre 2 y 4 mm. No presentan repercusión hemodinámica y casi siempre son asintomáticas. Pueden desarrollarse tanto en el muslo como en la pierna, aunque la localización fundamental suele ser el hueso poplíteo.

### Telangiectasias

Son dilataciones venosas intradérmicas del plexo venoso infrapapilar debidas a una hipertensión venosa localizada. Se suelen asociar con fragilidad capilar constitucional. Su diámetro oscila entre 0,1 y 1 mm. Son asintomáticas y ocasiona-



**Fig. 1. Varices tronculares dependientes de la vena safena externa. Dermatitis ocre a nivel de maléolo interno.**

das por el reflujo de una vénula o de una pequeña variz reticular que puede no ser visible por encontrarse en posición perpendicular.

La sintomatología de la IVC no siempre resulta concreta en la explicación del enfermo y, por tanto, su interpretación es difícil. El hecho de que pueda concurrir con la ausencia de varices u otros signos de IVC, y que adicionalmente otras patologías, fundamentalmente osteoarticulares, puedan cursar con síntomas semejantes son factores que hay que tener en cuenta.

La sintomatología habitualmente aceptada en la IVC se engloba en el concepto de “*neuralgia ortostática*”, síndrome integrado por la referencia de sensación de calor, pesadez, cansancio, hiperestésias y calambres musculares en pantorrillas, que aumentan con el ortostatismo y en circunstancias de calor y humedad ambiental, y se alivian con el decúbito, el frío y el ejercicio físico<sup>3</sup>.

La IVC debe siempre explorarse inicialmente con el enfermo en bipedestación, y debe consignar los siguientes signos: trofismo cutáneo, temperatura en la piel, edema, alteraciones cutáneas y úlceras. Las formas clínicas complicadas de la IVC son lesiones de la piel y del tejido celular subcutáneo, secundarias a estasis venosa mantenida y que constituyen estados preclínicos de la úlcera (tabla 1).

Existe la clasificación clínica de la IVC denominada CEAP<sup>4</sup>, la cual considera la clínica, la etiología, la anatomía y la patofisiología (tabla 2).

## Diagnóstico

Tras el diagnóstico clínico, el diagnóstico hemodinámico es el más ampliamente empleado mediante ecografía-Doppler.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3805870>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3805870>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)