FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA

UNIVERSIDAD DE CHILE

BASES DE LA MEDICINA CLÍNICA

VASCULAR

Insuficiencia Venosa de Extremidades Inferiores

Dr. Marcelo Mege Navarrete

auladigital

Medichi
Red de Aprendizaje Digital

DEFINICIÓN:

La unión internacional de flebología estableció la definición de insuficiencia venosa crónica, como aquellos cambios producidos en las extremidades inferiores resultado de la hipertensión venosa prolongada, incluyendo la híperpigmentación, eccema, dermatitis de estasia y las ulceras.

También definió las varices como venas dilatadas a consecuencia de la alteración de las válvulas y o de la pared venosa. Posteriormente se agrego el concepto de reflujo venoso para definir la presencia de varices.

Fisiología Venosa

Las venas son conductos de pared delgada, con presión baja, cuya función es el retorno de la sangre desde la periferia (extremidades inferiores) al corazón. El mecanismo que favorece este retorno involucra la presencia de valvulas venosas, la acción muscular, a través de su contracción, la pulsatilidad arterial vecina de las venas profundas y la fisiología respiratoria, por la alternancia de la presión intratorácica, entre otros mecanismos. El flujo venoso de las extremidades inferiores tiene la característica de ser centrípeto (desde las venas superficiales a las profundas) y como se mencionó anteriormente desde las las extremidades inferiores al corazón.

Anatomía Venosa

Las venas de las extremidades inferiores están divididas en 3 sistemas

1. Superficial: compuesto por la venas safena interna y safena externa y sus tributarias.

2. Profundo: Ubicado bajo la fascia , compuesto por las venas profundas que acompañan a las arterias y reciben su nombre. Responsables del 80-85% del retorno venoso.

3. Comunicante: compuesto por venas que perforan la fascia y comunican el sistema venoso superficial y profundo. Siendo el sentido del flujo desde superficial a profundo.

Epidemiología

Desde el 10% al 35% de los adultos en EEUU tienen alguna forma de trastorno venoso crónico que varía desde arañas vasculares y varices simples hasta llegar a ulceras venosas, que afectan al 4% de la población mayor de 65 años.

En España según el estudio Detec-IVC en el cual se incluyeron 21566 pacientes, el 68% de los pacientes presentaban algún signo o síntoma de insuficiencia venosa crónica, el 80.2% eran mujeres y el 19.2 % hombres.

Fisiopatología

Cuando hay destrucción o disfunción valvular aparece el reflujo valvular produciéndose aumento de la presión venosa ambulatoria, la transmisión de la hipertensión venosa a la microcirculación dérmica causa extravasación de moléculas y eritrocitos que sirven como los estímulos para desencadenar la lesión inflamatoria. La activación de la microcirculación produce la liberación de citoquinas y factores de crecimiento que permiten la migración de leucocitos al intersticio los que se localizan alrededor de los capilares y venulas postcapilares desencadenando la activación de factores de crecimiento los que se unirían a los fibroblastos desencadenando una reacción de remodelación crónica que produciría los trastornos dérmicos observados en los estados avanzados de IVC.

Etiología

Dentro de los factores predisponentes para la IVC se reconocen los siguientes.

- Genética: existiría una predisposición genética. Algunos trabajos muestran que el riesgo de desarrollar varices en hijos con ambos padres con varices llegaría hasta el 90%.
- Sexo: predominio sexo femenino en proporción 4:1
- Edad: mayor frecuencia entre 30 y 60 años.
- Peso: mayor incidencia en obesos.
- Gestación: mas frecuente en multíparas.el embarazo favorecería la aparición de IVC a través de 3 mecanismos; los cambios hormonales que tienen lugar durante el embarazo que provocan disminución del tono venoso, el incremento de la volemia y el aumento de la presión intraabominal que altera el retorno venoso.
- Raza: se ha descrito una mayor frecuencia de aparición deI VC en países nórdicos y centroeuropeos que en a países mediterráneos. Mas frecuente en raza blanca muy poco común en raza negra y asiática.
- Dieta y hábitos intestinales: la constipación favorece la aparición de varices por un aumento de la presión intraabdominal.
- Trabajo: aumenta su incidedencia en trabajos de pie.
- Tvp: la presencia de trombos en las confluencias venosas y válvulas activan una serie de fenómenos inflamatorios que producen la fibrosis de estas y posteriormente su incompetencia.

Cuadro clínico

Los síntomas de insuficiencia venosa son los siguientes

- Dolor: tipo pesadez de piernas de predominio vespertino. Debido a la distensión de la pared de la vena y al aumento de la tensión de los tejidos secundario a la hipertensión venosa.
- Prurito.
- Calambres.
- Edema: Es el aumento de líquido en el espacio intersticial como consecuencia del aumento de la presión venosa capilar que lleva la fuga de fluido desde el espacio intravascular. Clínicamente se traduce como aumento de volumen de la pierna que al ser palpado produce signo de la fóvea positiva. Generalmente es unilateral y se agrava durante el día.
- Varices
- Alteraciones cutáneas
- Ecema: eritema y descamación de la piel, afecta en un principio a la cara inferointerna de la pierna para posteriormente progresar y comprometer toda la extremidad. En estados avanzados y producto de la extravasación de eritrocitos y acumulo de hemosiderina en la dermis se produce la coloración café de la piel.

- Lipodermatoesclerosis: aumento del grosor del tejido dérmico y subdermico. Clínicamente se aprecia dermatitis ocre en el tercio distal de las piernas, con endurecimiento de la piel, la cual se encuentra adherida a planos profundos.
- Atrofia blanca: placas estrelladas, lisas, blanco marfil de consistencia esclerótica salpicados por telangiectasias y petequias rodeadas de un halo hiperpigmentado.se localizan principalmente en el tercio inferior de piernas y pies.
- Ulcera Venosa: es una solución de continuidad de la piel, sin tendencia a la cicatrización espontánea. Se localizan en las regiones perimaleolares, son de tamaño y profundidad variable pudiendo afectar toda la circunferencia de las pierna y llegar a comprometer hasta el músculo. Son de fondo sucio con fibrina y áreas de tejido de granulación.

Anamnesis

Por la anamnesis se busca conocer la duración y características de los síntomas, la presencia de otras enfermedades (hipertensión, antecedentes de tvp, isquemia crónica de extremidades inferiores, trombofilias) y la existencia de estas patologías en la familia. También corroborar que los síntomas como el dolor y el edema se deban a la patología venosa y no a otras patologías. En la patología venosa el dolor es de predominio vespertino, se acentúa con la posición de pie y se alivia con el reposo en trendelenburg.

Examen Físico

Este debe comenzar con un examen general del paciente buscando signos de enfermedades concomitantes, de alteraciones arteriales o linfaticas, de cirugías previas. Un examen segmentario poniendo especial atención en la auscultación del cuello y abdomen y grandes trayectos vasculares en busca de soplos que pudieran orientar a la presencias de otras patologías vasculares como estenosis carotídeas, aneurismas aórticos y eventuales fístulas arteriovenosas.

El examen de las extremidades inferiores debe ser realizado de pie y posteriormente decúbito. A la inspección se comparan las extremidades en cuanto a extensión y circunferencia se observan posibles alteraciones de la piel (coloración, presencia de úlceras) y su ubicación y la presencia de varices y su distribución.

La palpación permite detectar segmentos varicosos no perceptibles a la inspección, también detectar defectos en la continuidad de la aponeurosis muscular lo que puede orientar a la presencia de perforantes insuficientes. Es de suma importancia la palpación ordenada de los pulsos de las extremidades inferiores con el fin de descartar la presencia de patología arterial concomitante, lo que nos haría cambiar nuestro enfoque del paciente.

Clasificacion CEAP

En el año 1994 el american venous forum una convencion organizada por el Straub foundation en Maui , Hawai, USA realizó un documento de consenso para la clasificación y gradación de la insuficiencia crónica basada en las manifestaciones clínicas, factores etiológicos, distribución anatómica y hallazgos fisiopatológicos. con el objetivo de crear una clasificación que pudiera ser promulgada en todo el mundo.

C	Clínica	signos clínicos 0-6	Asintomática Sintomática
E	Etiología	congénita primaria	

		secundaria	
A	Anatomía	Superficial Profunda Perforantes	Aislada Combinada
P	Fisiopatología	reflujo obstrucción	Aislada Combinada

Clasificación Clínica de Insuficiencia venosa extremidades inferiores

Clase 0	sin signos visibles o palpables de insuficiencia venosa
Clase 1	telangiectasias, venas reticulares, corona maleolar
Clase 2	venas varicosas
Clase 3	edema sin cambios cutáneos
Clase 4	cambios cutáneos debidos a insuficiencia venosa (dermatitis ocre, eccema venoso, lipodermatoesclerosis)
Clase 5	cambios cutáneos, con úlcera cicatrizada
Clase 6	úlcera activa

Etiología

Ec	congénita
Ep	primaria
Es	secundaria de etiología conocida como la secuela postrombótica o postraumática

Anatomía: muestra localización de la insuficiencia venosa

As: venas del sistema superficial	
1	telangiectasias, venas reticulares, safena interna
2	en muslo
3	en pantorrilla
4	safena externa
5	no safenas
Ad: venas del sistema profundo	
6	cava inferior
7	ilíaca comun
8	ilíaca interna
9	ilíaca externa
10	gonadal, ligamento ancho
11	femoral comun
12	femoral profunda
13	femoral superficial
14	poplítea

15	tibial anterior, posterior y peronea
16	vena del gastrocnemio, del sóleo
Ap: venas perforantes	
17	del muslo
18	de la pantorrilla

Fisiopatología

Pr	reflujo
Po	obstrucción
Pro	reflujo y obstrucción

Figura 1: CEAP 1

Figura 2: IVC CEAP 2

Figura 3: IVC CEAP 2

Figura 4: IVC CEAP 4

Figura 5: IVC CEAP 6

Diagnóstico diferencial

Pueden existir otras patologías médicas que produce sintomatología similar a los de IVC. Es así como el edema sobretodo cuando es bilateral debe ser diferenciado del provocado por insuficiencia cardíaca, hepática o renal.

Los trastornos de pigmentación de la piel pueden deberse a mixedema crónico, aumentos de la presión intraabdominal como ascitis, insuficiencia cardíaca derecha, obesidad. La presencia de úlceras en las extremidades tambien pueden deberse a cáncer de la piel, discrasias sanguíneas (leucemias, talasemia, policitemia vera), vasculitis (lupus eritematoso, esclerodermia, artritis reumatoidea), enfermedad arterial periférica sola o combinada con enfermedad venosa.

Exámenes de diagnóstico IVC

EcoDoppler venoso: examen no invasivo que suministra información topográfica y hemodinámica precisa de la circulación venosa de las extremidades inferiores a tiempo real. Ha permitido la realización de un cartografía del sistema venoso, con un conocimiento morfológico y hemodinámico de la insuficiencia venosa permitiendo de esta manera una racionalización del tratamiento quirúrgico.

Demuestra la insuficiencia valvular y las venas perforantes insuficientes ademas los cambios sutiles que acompañan la resolución de los trombos. Su único punto débil es la visualización de las estructuras suprainguinales.

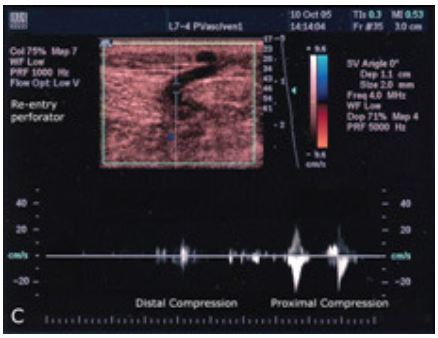

Figura: Ecodoppler Venoso

Pletismografía venosa: Examen no invasivo. Proporciona una medida objetiva de los cambios de volúmen, relacionados con la postura y la función de la bomba muscular de la pantorrilla. Actualmente ha sido reemplazada por el uso del ecodoppler venoso.

Venografía con resonancia magnética y venografía por tomografía computada: permiten evaluar de manera no invasiva el sector suprainguinal.

Venografía por punción: actualmente reservada principalmente para procedimientos terapéuticos como angioplastía venosa.

Tratamiento No Quirúrgico de la Insuficiencia Venosa Crónica

Medidas generales: tendientes a disminuir el reflujo e hipertensión venosa

- Reposo en trendelenburg: Durante el día reposar en la medida de lo posible con las piernas por sobre la altura de los muslos o dormir con las piernas sobre la altura del corazón. En la práctica se le aconseja elevar los pies de la cama 15 a 20 cms.
- Evitar estar de pie o sentado por tiempo prolongado.
- Fortalecer la musculatura de las piernas: con el objeto de mejorar la bomba muscular.

Tratamiento compresivo

No se conoce realmente porque mecanismo el tratamiento compresivo contrarresta los efectos adversos de la hipertensión venosa sobre la piel y los tejidos subcutáneos. Una explicación podría estar dada por los efectos hemodinámicos venosos de la terapia compresiva, con disminución de la presión venosa ambulatoria y la capacitancia venosa. Otra explicación podría estar dada por su efecto sobre la presión intersticial subcutánea cuyo aumento contrarresta las fuerzas de starling transcapilares y fomenta la reabsorción de líquido y resolución del edema, mejorando así la difusión de nutrientes al subcutáneo y piel.

Medias elasticada

Existen de distintos grados de compresión desde 18mmhg hasta 40mmhg. Su uso va a depender del grado severidad del compromiso venoso. Se utilizan tanto en la etapa de la úlcera activa como posteriormente con el fin de evitar recidivas. No deben utilizarse en pacientes con compromiso arterial concomitante.

Bota de pasta de gasa (Unna)

La bota de Unna consta de 3 capas de apósitos que contienen calamina, oxido de zinc, sorbitol, glicerina, salicilto de aluminio y magnesio, los cuales proporcionan compresión progresiva y tratamiento tópico. Su uso no esta muy difundido en Chile.

Vendajes elasticados

Muy utilizados en la etapa aguda de la úlcera venosa ya que permiten su facil colocación, pero conseguir los gradientes de compresión necesarios dependen mucho del operador y la técnica utilizada.

Tratamiento farmacológico

Farmacos flebotróficos:

- Diosmina micronizada (daflon 500, vesnidan, dipemina, venartel)
- Dobesilato de calcio (doxium) aumenta el flujo linfático y la proteolisis mediado por los macrofagos, disminuyendo el edema y la sintomatología de IVC

Fármacos Hemorreológicos

- Pentoxifilina: reduce la viscosidad sanguínea aumentando la deformación eritrocitaria, tambien disminuye la adherencia de las células sanguineas, inhibe la activación de los neutrofilos mediada por citoquinas y disminuye la liberación de radicales libres
- Aspirina: dosis 300mg día. No se sabe exactamente a traves de que meanismo favorecerían la curación de las úlceras venosas. Podría fomentar la curación disminuyendo la inflamación asociada o inhibiendo la agregación plaquetaria.

Barredores de los radicales libres: alopurinol, dimetilsulfoxido

Prostaglandinas

- Prostaglandina E: actúa sobre la microcirculación reduciendo la actividad leucocitaria, la agregación plaquetaria y disminuye la vasodilatación de pequeños vasos. Es administrado por via endovenosa.
- Prostaglandina F: el castaño de indias favorecería la liberación de prostglandinas de la serie PGF las que median la vasocontricción.

Tratamientos tópicos

- Gasa no adherente: evitan la adherencia al lecho de la herida, no provocan trauma en el momento de los cambios y disminuyen el dolor. Permiten el paso de exudados a traves de la malla al apósito secundario, evitando el acúmulo de secreciones y preservan el tejido de granulación.
- Tela de malla impregnada con parafinas y acetato de clorhexidina 0.5% (Bactigras)
- Gasa con acetato de celulosa impregnada con emulsión de petrolato (Adaptic)
- Tela de malla de algodón impregnada con parafina (Jelonet)

Hidrocoloides: son compuestos sintéticos de carboximetil celulosa sodica con gelatina y pectina. Presentados en forma de gel, granulos, pasta y placa. Mantienen la humedad en la lesion a traves de la absorción de líquidos por las partículas de celulosa, ademas de promover el debridamiento autolitico. Estimulan la angiogenesis, granulación y epitelización de las úlceras. No deben ser usados en úlceras muy exudativas ya que favorecerían la maceración de los tejidos adyacentes, tampoco en úlceras con exposición de tendones, músculos o huesos. Nombres comerciales Duoderm, Tegasorb.

Hidrogel: Compuestos de agua, carboximetil celulosa y propilen glicol o

polivinilpirrolidona. Algunas estan asociadas a alginato con la finalidad de aumentar la capacidad de absorción y el debridamiento químico de las úlceras. Se presentan en forma de placas y gel transparente o amorfo. No deben ser usados en heridas con exudado abundante.

Nombres comerciales: Safgel, Nugel.

Membranas regeneradoras porosas: constituidas de microfibras de celulosa cristalina bacteriana procesadas para obtenerlas como material deshidratado. Usadas en lesiones muy exudativas por su capacidad de absorver exudados. Mantienen la humedad fisiológica en el lecho de la lesión promoviendo la formación de tejido de granulación. Nombres comerciales: Tegagen, Kaltostat.

Factores de crecimiento y citoquinas: usados en forma tópica favorecerían la curación de úlceras crónicas. Aún no hay estudios a gran escala que demuestren su eficacia, pero estudios preliminares mostrarían su eficacia y seguridad.

Sustitutos de la piel

Estos productos intentarian fomentar el cierre definitivo de las heridas abiertas. Varían desde sustitutos de la piel acelulares simples a piel humana viva completa, desarrollada con bioingeniería.

Escleroterapia

Procedimiento que consiste en la inyección de la vena con una solución agresiva (esclerosante) que provoca una intensa alteración del endotelio y capa subendotelial venosa con la posterior producción de fibrosis y reabsorción de este vaso. Dentro de los esclerosantes estos se pueden dividir en 3 grupos de acuerdo a su mecanismo de acción:

- Detergentes: Polidocanol (aethoxyesclerol) mas usado en chile. Morruato sodico
- Osmoticos: cloruro de sodio hipertonico 23:4%, Glucosa Hipertonica 65%
- Corrosivos: Yoduro de sodio y potasio

Tiene su indicación principalmente en:

1. Venectasias o telangiectasias (arañas vasculares) que son vasos subdermicos menores de 1mm diámetro.
2. varices sin compromiso de los ejes safeno
3. varices residuales postoperatorios
4. Malformaciones venosas

Contraindicaciones de escleroterapia

- Generales: infecciones agudas, discrasias sanguíneas, insuficiencia hepática o renal grave, pacientes postrados, embarazo, lactancia materna, arteriopatía periférica.
- Locales: Patologías agudas y crónicas de la piel, edemas localizados o generalizados de la extremidad a esclerosar.
- Es importante tambien señalar las complicaciones secundarias a este método las cuales podemos dividir segun su gravedad.
- Leves: Red de neoformación (matting), manchas hipercromicas, tromboflebitis, pequeñas necrosis cutaneas, escotomas y cefalea, nodulos cutaneos.

- Graves: reaccion anafiláctica, grandes necrosis cutáneas, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión arterial y venosa.

Figura: Escleroterapia

Tratamiento Quirúrgico

Este va a depender del territorio venoso comprometido ya sea el sistema venoso superficial, profundo o el de venas perforantes. Para lo cual es estrictamente necesario contar con examenes venosos que nos permitan evaluar estos sistemas y definir los segmentos venosos afectados en su permeabilidad o suficiencia. Siendo de importancia fundamental el uso del ecodoppler venoso preoperatorio.

Indicaciones de cirugía

- Estética
- Sintomatología persistente a pesar de tratamiento médico
- Trastornos tróficos de extremidades inferiores secundarios a patología venosa
    - Hiperpigmentación del tobillo
    - Lipodermatoesclerosis
    - Atrofia blanca
- Antecedentes de tromboflebitis
- Antecedentes de varicorragia
- Úlcera venosa

Objetivos de la cirugía

- La eliminación permanente de las varicosidades con el origen de la hipertension venosa.
- Que el resultado sea lo mas estético posible
- Que las complicaciones sean mínimas

Cirugía sobre el sistema venoso superficial

1) cirugía tradicional

- safenectomía interna
- safenectomía externa
- ligadura de cayados de safena interna y externa

- extirpación de colaterales varicosas con técnica de crochet

2) cirugía endovenosa

- safenoablasión con laser vena safenas
- safenoablasión con radiofrecuencia de venas safenas

A través de energía electromagnética (radiofrecuencia) o laser se realiza una electrocoagulación térmica rápida de la pared de la vena y sus valvulas provocando una perdida total de la estructura de la pared venosa, su carbonización y desintegración. Los resultados a 1 a 3 años han mostrado resultados iguales o superiores a cirugía convencional.

Descripción del procedimiento:

Bajo anestesia regional o local tumescente se punciona bajo visión ecográfica la vena safena interna a nivel de cara interna rodilla y con técnica seldinger se asciende la fibra laser hasta 2 cms bajo el cayado, posteriormente se infiltra suero fisiológico helado en el espacio perisafeno con el objeto de aislar los tejidos vecinos de la temperatura alcanzada durante la safenoablasion. Luego se retira la fibra realizando disparos hasta extraerla a nivel del sitio de punción previo.

Beneficios de esta tecnica quirúrgica

- Menos dolor postoperatorio
- Menos equimosis postoperatoria
- Mas Estética : evita incisión inguinal

Figura: Laser Venoso

Figura: Safenoablasión con laser

Cirugia sistema venoso profundo

En obstrucción proximal del sistema venoso profundo (oclusión del segmento ilíaco y vena cava inferior)

Cirugía abierta

Derivación venosa púbica cruzada (técnica de Palma): utilizando la vena safena interna contralateral a la obstrucción se realiza una anastomosis safeno femoral a traves de un tunel subcutáneo suprapúbico.En los casos que no se disponga de vena safena puede utilizarse injerto protesico PTFE anillado de 8 a 10mm. Resultados 63 al 89% mejoría clínica con permeabilidad acumulada del 75% a 5 años.

Derivación protésica femorocava, iliocava o de la vena cava inferior: Indicada en la obstrucción unilateral cuando no se dispone de injerto autólogo o en la oclusión bilateral iliaca, iliocava o de la vena cava inferior.Se agrega al procedimiento una fístula arteriovenosa para mejorar la permeabilidad del injerto. permeabilidad primaria y secundaria del 37% al 54% a los 2 años.

Cirugía Endovascular

De primera elección actualmente. Se realiza una angioplastía percutánea con balón y posterior colocación de stent. Procedimiento minimamente invasivo con baja morbilidad y mortalidad.

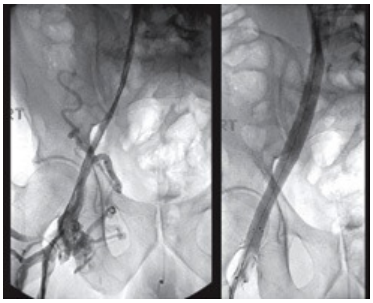

Figura: Angioplastía con stent de vena ilíaca derecha

Cirugía de las venas perforantes

Ligadura de perforantes insuficientes previamente marcadas con ecodoppler. Bajo visión con ecodoppler se realiza marcación con lápiz indeleble de las perforantes incompetentes las que se extraen con técnica de crochet y se ligan.

Ligadura endoscópica subfascial de perforantes (SEPS)

Fue publicada por primera vez por Hauer en Alemania quien utilizaba un solo puerto de trabajo para acceder al espacio subfascial.

Actualmente la técnica utiliza 2 puertos de acceso subfascial uno para la introducción de la cámara y el otro para la introducción del instrumental quirúrgico.Previo a la cirugía se realiza una exanguinación de la pierna con un vendaje de Esmarque y a traves de un torniquete en el muslo inflado a 300mmhg se mantiene el campo exangue. Mediante la insuflación de dioxido de carbono se distiende el espacio subfascial y bajo visión con cámara se introduce por el otro puerto un bisturí armónico o electrocauterio con los cuales se ocluyen y seccionan las perforantes insuficientes.

Resultados, según el North American Seps Study (Naseps) que incluyo 146 pacientes con 101 portadores de ulcera activa (CEAP 6) mostro una tasa de curación de úlceras del 88% a 2 años, con una tasa de recurrencia de úlceras del 16% al año y 28% a los 2 años.

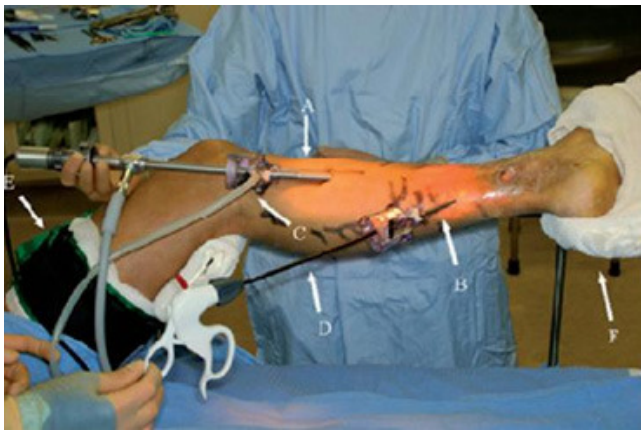

Figura: Tratamiento de perforantes (SEPS)

Otras técnicas desarrolladas

Escleroterapia de perforantes guiada por ecografía.

Tratamiento de perforantes insuficientes mediante radiofrecuencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rutherford. Cirugía vascular, 6º edicion
2. Varices y telangiectasias Diagnóstico y tratamiento (Ivanesio Merlo, Jose Ben-Hur Parente, Pedro Pablo Komlos)
3. The Vein Book
4. Anales de Cirugía cardíaca y vascular 2004

5. Tratamiento quirúrgico de las enfermedades venosas. Raju, Villavicencio. McGraw-Hill Interamericana.

6. Endovascular management of vscular disease: Current Technology and Applications Surgical clinics of North America. Oct 2004 vol 84 n 5

CASO CLÍNICO

Paciente de 50 años vendedor de centro comercial consulta por dolor tipo pesadez y edema de piernas de predominio vespertino, que se alivia al acostarse en posición de trendelenburg. Multípara de 3. No refiere otros antecedentes morbidos de importancia. Al examen físico general destaca leve sobrepeso y al examen segmentario de extremidades inferiores se aprecian grandes paquetes varicosos bilaterales asociados a alteraciones cutáneas, con pulsos arteriales presentes.

1. ¿Cual sería el diagnóstico correcto de este paciente?

1. Síndrome postflebítico
2. Insuficiencia venosa extremidades inferiores CEAP 4
3. Linfedema extremidades inferiores
4. Insuficiencia venosa extremidades inferiores CEAP 2

La respuesta correcta es insuficiencia venosa extremidades inferiores CEAP 4 , ya que esta es la clasificación actual que nos permite homologar los distintos pacientes.

2. ¿Cual sería el tratamiento inicial mas apropiado para esta paciente?

1. Uso de medias elasticadas
2. Bajar de peso
3. Uso de fármacos flebotónicos
4. Evitar uso de ropa ajustada
5. Todas las anteriores

La respuesta correcta Todas estas medidas contribuyen a evitar las molestias derivadas de la paología venosa cono asi mismo evitar la progresión de esta.

3. Si la paciente en una nueva consulta le refiriera persistencia de su sintomatología a pesar de haber realizado el tratamiento médico adecuado y habiendo descartado otras patologías. Su conducta mas adecuada seria

1. Realización de ecodoppler venoso de extremidades inferiores para evaluar eventual conducta quirúrgica
2. Agregaría tratamiento analgésico al tratamiento médico anterior
3. Sugeriría a la paciente cambio de trabajo
4. Suspendería el uso de las medias elasticadas

La respuesta correcta La conducta más adecuada sería la realización de un Ecodoppler venoso de extremidades inferiores a la paciente para objetivar su diagnóstico y poder planificar la cirugía mas adecuada para la paciente.