

Serie

Insuficiencia Venosa Crónica

Carga de Insuficiencia Venosa Crónica y Riesgo de Muerte Asociado

European Heart Journal 42(40):4157-4165, Oct 2021

Comentario Crítico
Dr. Federico Salazar



Sociedad Iberoamericana
de Información Científica

SERVIER 
moved by you

Carga de Insuficiencia Venosa Crónica y Riesgo de Muerte Asociado

La insuficiencia venosa crónica tiene una carga elevada en la población. Además, tiene una estrecha relación con la enfermedad cardiovascular y es fuerte predictor de mortalidad por cualquier causa en la población general, más allá de los factores de riesgo establecidos.

Introducción

La insuficiencia venosa crónica (IVC) abarca un conjunto de afecciones asociadas con el mal funcionamiento estructural y funcional del sistema venoso que ocasionan alteraciones circulatorias, hemodinámicas y vasculares. La carga de esta enfermedad es elevada en los países desarrollados e industrializados, pero los datos varían considerablemente, en función del entorno del estudio, la geografía y la metodología. Si bien se considera que hay una vinculación entre la fisiopatología de las enfermedades vasculares venosas y arteriales, esa relación aún no ha sido demostrada. Asimismo, se desconoce la relación entre las manifestaciones de la enfermedad vascular y el riesgo posterior de mortalidad para todo el espectro de IVC.

El objetivo de este estudio fue analizar la prevalencia de la IVC en la población. Además, se determinó la relación de la IVC con las comorbilidades cardiovasculares y el riesgo de muerte asociado.

Métodos

Se analizó la prevalencia específica por edad y sexo de la IVC en 12 423 participantes de entre 40 y 80 años del *Gutenberg Health Study*, un estudio poblacional prospectivo de cohorte y unicéntrico realizado en Alemania desde abril de 2012 hasta abril de 2017. Se registraron los factores de riesgo cardiovascular y las comorbilidades mediante entrevista personal, revisión de historias clínicas, exámenes clínicos y análisis de sangre venosa. Además, se analizó el estado clínico de los miembros inferiores. Los síntomas relacionados con la enfermedad venosa se evaluaron mediante una entrevista personal y el examen clínico.

La información sobre la mortalidad por cualquier causa se obtuvo de los registros estatales. La IVC se categorizó de acuerdo con la clasificación *Clinical-Etiologic-Anatomic-Pathophysiologic* (CEAP) en: C0 (sin signos visibles de insuficiencia venosa), C1 (telangiectasia y venas reticulares), C2 (venas varicosas), C3 (edema), C4 (cambios en la piel: pigmentación/eccema y lipodermatoesclerosis/atrofia blanca), C5 (úlceras venosas cicatrizadas) y C6 (úlceras venosas activas).

La presencia de IVC se definió por el estadio clínico CEAP ≥ 3 y estratificó según la gravedad de la enfermedad en moderada (C3) y avanzada (C4 a C6), y la presencia de síntomas venosos. La relación de la IVC con las comorbilidades cardiovasculares se calculó con modelos de regresión de Poisson multivariados. El riesgo de enfermedad cardiovascular incidente según la gravedad clínica de la IVC se evaluó con la puntuación de riesgo de Framingham a 10 años para la enfermedad cardiovascular.

El riesgo de muerte asociado con la IVC se determinó con análisis de supervivencia de Kaplan-Meier. Además, se aplicaron modelos estadísticos para evaluar si la IVC es un predictor independiente de muerte por cualquier causa. Los resultados se validaron de forma externa en el estudio de cohorte independiente *MyoVasc* (NCT04064450).

Resultados

La muestra incluyó a 10 664 individuos (48.8% mujeres y media de edad de 59.5 ± 10.8 años) con información completa sobre el estado clínico de la IVC. Un total de 906 participantes no presentaban signos de insuficiencia venosa (C0), mientras que 3756 presentaron telangiectasias o venectasias reticulares (C1), 1399 tuvieron várices (C2) y 4603 presentaron IVC (C3 a C6), de los cuales 3361 tenían edema (C3) y 1242, cambios cutáneos (C4 a C6). Los individuos con IVC eran mayores y tenían más probabilidades de ser mujeres en comparación con los individuos sin IVC. La presencia de IVC moderada (C3) y avanzada (C4 a C6) se asoció con una carga elevada de factores de riesgo cardiovascular y con prevalencia simultánea de enfermedad cardiovascular, en comparación con la ausencia de la enfermedad (C0) e IVC leve (C1 y C2). No se observaron diferencias notables en las características clínicas en los individuos con várices y telangiectasias (C1) o venas reticulares (C2) respecto de los sujetos sin IVC (C0). La prevalencia de telangiectasias y venectasias reticulares (C1), várices (C2) e IVC (C3 a C6) fue del 36.5% (intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 35.6% a 37.4%), el 13.3% (IC 95%: 12.6% a 13.9%) y el 40.8% (IC 95%: 39.9% a 41.7%), respectivamente. La insuficiencia venosa con edema (C3) fue el tipo de IVC con mayor prevalencia (30.1%, IC 95%: 29.2% a 31.0%), incluso en el análisis de sensibilidad que excluyó a los individuos con riesgo competitivo de edema. La frecuencia de síntomas asociados con la IVC fue mayor en las mujeres que en los varones en casi todas las categorías de síntomas y clases de CEAP. El dolor en la pierna fue el síntoma más frecuente en las clases C0 a C2 de CEAP, mientras que la inflamación y el dolor de las piernas fueron los más prevalentes en los sujetos con IVC.

En el análisis multivariable, la edad y el sexo femenino se identificaron como predictores independientes de todas las etapas del continuo de enfermedades venosas. La IVC se asoció de forma independiente con una mayor prevalencia de hipertensión arterial (razón de prevalencia = 1.04, IC 95%: 1.01 a 1.07; $p = 0.004$), obesidad (razón de prevalencia = 1.16, IC 95%: 1.14 a 1.19; $p < 0.001$), tabaquismo (razón de prevalencia = 1.09, IC 95%: 1.04 a 1.15; $p = 0.001$), y enfermedades cardiovasculares (razón de prevalencia = 1.03, IC 95%: 1.01 a 1.05; $p = 0.01$). En particular, la IVC avanzada (C4 a C6) se asoció específicamente con la enfermedad arterial periférica (razón de prevalencia = 1.13, IC 95%: 1.04 a 1.24; $p = 0.006$) y con tromboembolia venosa (razón de prevalencia = 1.18, IC 95%: 1.09 a 1.29; $p < 0.001$). Por el contrario, la insuficiencia venosa moderada (C3) no se asoció con la enfermedad cardiovascular.

En los modelos de regresión multivariable con ajuste por edad, sexo y factores de riesgo cardiovascular tradicionales, la IVC se

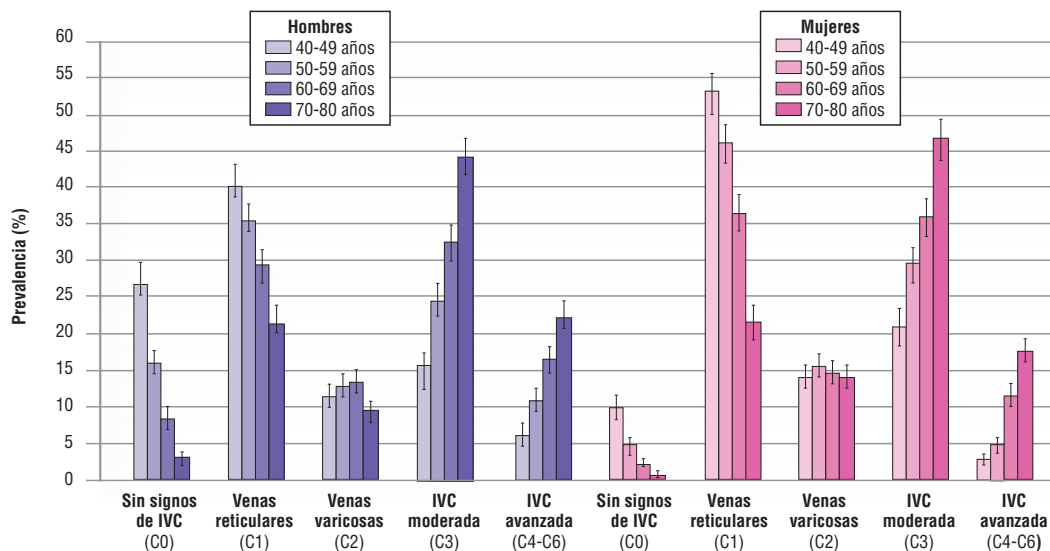


Figura 1. Prevalencia de cuadros clínicos de insuficiencia venosa crónica en la población general según la edad y el sexo. La prevalencia de las afecciones clínicas de la clasificación CEAP (*Clinical-Etiological-Anatomical-Pathophysiological*) se presenta por sexo y décadas de edad en el *Gutenberg Health Study*. Las estimaciones se proporcionan con intervalos de confianza del 95%, indicados como barras negras. IVC: insuficiencia venosa crónica. La insuficiencia venosa crónica moderada refleja la clasificación CEAP C3 (insuficiencia venosa crónica sin cambios en la piel), mientras que la insuficiencia venosa crónica avanzada refleja la clasificación CEAP C4 a C6 (insuficiencia venosa crónica con cambios en la piel).

asoció de forma independiente con la presencia de enfermedad cardiovascular clínicamente manifiesta (razón de prevalencia = 1.46, IC 95%: 1.16 a 1.84; $p < 0.001$), con una relación que aumentó de forma proporcional con los estadios más altos de CEAP, y que fue más pronunciada en los individuos con IVC sintomática (razón de prevalencia = 2.28, IC 95%: 1.75 a 2.97; $p < 0.001$). Asimismo, el riesgo de enfermedad cardiovascular incidente previsto a los 10 años aumentó con la gravedad de la IVC en los participantes sin enfermedad cardiovascular ($n = 9923$).

Durante una media de seguimiento de 6.4 ± 1.6 años, la mortalidad por cualquier causa fue significativamente mayor en los individuos con IVC (C3 a C6), en comparación con aquellos sin IVC ($p < 0.0001$). El análisis multivariado de riesgos proporcionales mostró que la IVC fue un fuerte predictor de mortalidad por cualquier causa, con independencia de la edad y el sexo, los factores de riesgo cardiovascular tradicionales, la enfermedad cardiovascular, el cáncer y la medicación cardiovascular (cociente de riesgos [CR] = 1.46; IC 95%: 1.19 a 1.79; $p = 0.0003$). El riesgo de muerte por cualquier causa aumentó de forma proporcional con la gravedad de la enfermedad. El análisis de sensibilidad en individuos sin enfermedad cardiovascular prevalente fue congruente con estos hallazgos. Asimismo, la relación independiente de la IVC con un mayor riesgo de mortalidad por cualquier causa se validó de forma externa en la cohorte *MyoVasc* (CR = 1.51; IC 95%: 1.11 a 2.05; $p = 0.009$).

Discusión

Los datos de este estudio ponen de manifiesto la carga elevada que tiene la IVC. Se observó una estrecha relación entre la enfermedad

cardiovascular y la IVC, con factores de riesgo en común. Asimismo, la IVC se identificó como un fuerte predictor de mortalidad por cualquier causa en la población general, más allá de los factores de riesgo establecidos. Poco menos del 10% de los participantes no presentaban signos de insuficiencia venosa. La mayoría de los casos de IVC fueron de insuficiencia venosa con edema (C3). La prevalencia de úlceras venosas (C5/C6) fue muy baja.

Los resultados de este estudio sugieren que existe una relación entre la enfermedad vascular arterial y venosa, que podría atribuirse a factores de riesgo y a mecanismos compartidos. En los modelos estadísticos, la IVC se relacionó con la enfermedad cardiovascular con independencia de los factores de riesgo cardiovascular tradicionales y las comorbilidades. La edad y el sexo femenino se identificaron como factores de riesgo de IVC. Esto se asocia con el envejecimiento, por un lado, y con los cambios hormonales y el uso de anticonceptivos orales, por el otro. Los individuos con IVC se caracterizaron por la alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y de comorbilidades. La edad, el sexo femenino, la diabetes mellitus, la obesidad, la hipertensión arterial, el tabaquismo y las enfermedades cardiovasculares fueron predictores independientes de IVC, mientras que sólo la edad y el sexo femenino se relacionaron con un mayor riesgo de várices, telangiectasias o venas reticulares.

Conclusiones

La IVC tiene una alta prevalencia en la población general, está relacionada con la enfermedad cardiovascular y es un factor de riesgo independiente de muerte por todas las causas.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2025
www.siic.salud.com

Título original: Chronic Venous Insufficiency, Cardiovascular Disease, and Mortality: A Population Study
Autores: Prochaska J, Arnold N, Wild P
Institución: University Medical Center of the Johannes Gutenberg University Mainz, Maguncia, Alemania
Fuente: European Heart Journal 42(40):4157-4165, Oct 2021

Comentario crítico

Insuficiencia venosa crónica: una cara más del riesgo cardiovascular que aún pasa desapercibida

**Dr. Federico Salazar**

Médico cardiólogo. Jefe de Cardiología. Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata, Argentina

Como cardiólogos, nos hemos formado para identificar y enfrentar una lista cada vez más amplia de factores de riesgo cardiovascular: hipertensión, diabetes, obesidad, tabaquismo, dislipemias. En los últimos años, el concepto del síndrome cardiorenometabólico ha logrado integrar múltiples dimensiones del riesgo vascular bajo una mirada común, reconociendo la interdependencia entre corazón, riñones y metabolismo, con especial interés en la obesidad y la inflamación de bajo grado. Sin embargo, no observamos una mención para la enfermedad venosa crónica en esta nueva clasificación. Esta exclusión, en parte, sugiere que seguimos viendo al sistema venoso como periférico, secundario, cuando en realidad podría estar desempeñando un rol mucho más profundo en el entramado del riesgo cardiovascular global.

La insuficiencia venosa crónica (IVC), muchas veces subestimada o atribuida a molestias estéticas o funcionales menores, emerge hoy como un marcador potente –y aún ignorado– de riesgo cardiovascular y mortalidad global.

El estudio publicado en el marco del *Gutenberg Health Study* (GHS) representa un llamado de atención. Con una cohorte robusta de más de 12.000 individuos entre 40 y 80 años, este trabajo no sólo documenta la elevada prevalencia de IVC en la población general –más del 40%–, sino que la vincula de manera clara e independiente con un incremento significativo en la mortalidad por todas las causas. Esta asociación, validada en una segunda cohorte independiente (*MyoVasc*), revela que la enfermedad venosa, tradicionalmente relegada a la esfera del malestar periférico, podría ser en realidad una señal de alarma para la presencia de enfermedad cardiovascular sistémica.

Desde una perspectiva cardiovascular, los hallazgos del estudio son contundentes. Las clases más avanzadas de IVC según la clasificación CEAP (*Clinical-Etiologic-Anatomic-Pathophysiologic*) se asociaron con un mayor riesgo a 10 años de enfermedad cardiovascular, incluso en personas sin antecedentes de eventos previos. Además, los determinantes de la IVC –edad, sexo

femenino, obesidad, tabaquismo e hipertensión arterial– son los mismos que delinear el perfil de riesgo de nuestros pacientes más vulnerables. En otras palabras, estamos ante un fenómeno con raíces compartidas y consecuencias entrelazadas, que trasciende lo venoso para integrarse a todo el espectro de las enfermedades vasculares.

Pero más allá de las estadísticas y las curvas de Kaplan-Meier, hay un aspecto que resulta especialmente relevante para quienes atendemos a estos pacientes: la enfermedad venosa crónica no solo deteriora la calidad de vida, sino que podría estar hablándonos –con dolor, con edema, con úlceras– de una disfunción endotelial más global, de una inflamación crónica de bajo grado, de un paciente en riesgo cardiovascular elevado que posiblemente aún no ha sido identificado como tal.

En este sentido, la IVC podría representar una nueva “ventana clínica” para abordar de manera más temprana la prevención cardiovascular. No se trata simplemente de tratar las várices con fines estéticos o funcionales. Se trata de entender que ese paciente que llega con edema crónico o con cambios cutáneos en miembros inferiores podría beneficiarse también de un abordaje más amplio: control estricto de presión arterial, evaluación metabólica integral, intervenciones sobre estilo de vida y, fundamentalmente, una actitud clínica más proactiva.

Quizás sea momento de comenzar a considerar a la insuficiencia venosa crónica como una pieza más dentro del sistema cardiovascular, y no solo como un componente periférico. La evidencia disponible sugiere que podría ser útil integrarla al análisis del riesgo cardiovascular, como parte del continuo de daño que afecta tanto al territorio arterial como al venoso. Incluso podría explorarse, en el futuro, la posibilidad de que los scores de riesgo tradicionales contemplen esta dimensión, aún poco visible en la práctica clínica actual.

Este artículo nos recuerda algo esencial: el sistema vascular es uno solo, y lo que sucede en sus venas también importa. Como médicos –y especialmente como cardiólogos–, quizás haya llegado el momento de ampliar nuestra mirada y considerar que la enfermedad venosa también tiene algo que decirnos en el terreno de la prevención. Integrar esta dimensión puede enriquecer nuestras estrategias clínicas y ayudarnos a ver al paciente en su totalidad, más allá del síntoma, más allá del órgano, más allá de la estadística.