

Enfermedad Venosa Crónica (I)

Criterios de Clasificación para el Diagnóstico de la Enfermedad Venosa Crónica

Jobst Vascular Institute, Toledo; University of Alabama at Birmingham, Birmingham;
University of Michigan, Ann Arbor, EE.UU.

Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders
8(3):342-352, May 2020

Criterios de Clasificación para el Diagnóstico de la Enfermedad Venosa Crónica

Resumen objetivo elaborado
por el Comité de Redacción Científica de SIIIC sobre la base del artículo
CEAP Classification System and Reporting Standard, Revision 2020

de
Lurie F, Passman M, Wakefield T y colaboradores

integrantes de
Jobst Vascular Institute, Toledo; University of Alabama at Birmingham, Birmingham;
University of Michigan, Ann Arbor, EE.UU.

El artículo original, compuesto por 11 páginas, fue editado por
Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders
8(3):342-352, May 2020

La clasificación CEAP (Clínica-Etiología-Anatomía-Fisiopatología) es un estándar internacional para la descripción de pacientes con enfermedad venosa crónica empleada para el informe de los hallazgos clínicos en publicaciones científicas. El American Venous Forum ha reunido a un comité de especialistas para realizar un análisis y revisión de esta guía, editada en 2004, con el fin de actualizarla de acuerdo con la nueva evidencia científica disponible.

Introducción

El desarrollo de un sistema estandarizado para la clasificación de la enfermedad venosa crónica (EVC) es necesario para comparar los métodos de diagnóstico y tratamiento y para comprender la evolución de la enfermedad. Las manifestaciones clínicas de esta afección tienen una alta variabilidad entre los pacientes, lo que vuelve dificultosa la implementación de guías clínicas y la comunicación de casos. Por este motivo, se ideó el sistema CEAP (Clínica-Etiología-Anatomía-Fisiopatología, de acuerdo con su sigla en inglés [*Clinical-Etiology-Anatomy-Pathophysiology*]) en 1996 con una revisión en 2004. Sin embargo, los avances científicos más recientes en cuanto a la EVC han vuelto imperativa una nueva revisión.

La primera clasificación de la EVC se realizó en 1978 y definió 3 estadios. Esta clasificación fue un gran avance, aunque su limitación principal fue la falta de especificidad entre el estadio I y el estadio II, lo cual limitó su empleo. En 1980 se incorporaron evaluaciones funcionales basadas en el involucreamiento de las venas profundas, perforantes y superficiales.

Durante la década de 1990 se diseñó la primera guía CEAP, basada en un documento de consenso entre especialistas, que clasificó a la EVC sobre la base de sus manifestaciones anatómicas, etiológicas, clínicas y fisiopatológicas. En esa década, se realizaron avances en el diagnóstico y el tratamiento de la EVC, lo que originó la necesidad de actualización de esta primera guía CEAP. Además, la reproducibilidad de los diagnósticos entre observadores era limitada, especialmente en los estadios más leves de la enfermedad. Por este motivo, en el año 2002 se reunió un comité de actualización, que emitió una nueva guía en 2004, la cual mejoró algunas definiciones y la clasificación de la EVC.

Esta nueva normativa requiere otra revisión, dado que el avance continuo en el conocimiento de la enfermedad re-

quiere una nomenclatura más precisa, mejores descripciones de las evaluaciones diagnósticas y mejores definiciones de la afección subyacente. Por este motivo, en mayo de 2017 el *American Venous Forum* (AVF) creó un comité para el análisis crítico y la revisión de esta edición de la guía CEAP y su posterior actualización.

Metodología

El comité de trabajo consideró los siguientes principios para la revisión y actualización de la guía CEAP: preservar la reproducibilidad, compatibilidad con versiones previas, base en evidencia y practicidad.

Se implementó un proceso Delphi modificado de cuatro fases para alcanzar un consenso entre especialistas. Cada grupo tuvo una de las categorías de la CEAP: C, E, A y P.

En la primera fase, estos grupos de trabajo analizaron publicaciones que hicieran referencia a la clasificación o que proveyeran ejemplos de su uso que sugirieron la necesidad de una revisión. En la segunda fase se compartieron las sugerencias de todos los grupos y se discutieron con todos los participantes; en este análisis se incorporaron participantes de las revisiones previas de la CEAP, con el fin de mantener la compatibilidad. La tercera fase comprendió la revisión y el pedido de aclaraciones de las recomendaciones de revisión que lo requirieron, y en la cuarta y última fase se realizó una votación sobre las actualizaciones a incluir.

Limitaciones de la versión 2004 de la Guía CEAP

La guía CEAP 2004 recibió algunas críticas en la bibliografía respecto de algunos inconvenientes. Estas críticas fueron recogidas por el comité revisor para su análisis, y algunas de ellas se listan a continuación:

La categoría C₀, diseñada para describir la ausencia de signos palpables o visibles de EVC en pacientes sintomáticos o

asintomáticos, no es tenida en cuenta por parte de los médicos en el diagnóstico. Sin embargo, los pacientes sintomáticos pueden dividirse en aquellos con síntomas venosos sin síntomas de EVC y con reflujo u obstrucción, y un segundo grupo de pacientes con síntomas venosos, pero sin signos venosos ni hallazgos patológicos.

La clase clínica C₂ incluye varicosidades de diversos orígenes con distinto tratamiento, mientras que la categoría C₃ es muy amplia y no incluye subcategorías de edema.

La corona flebectásica no está incorporada como un signo de EVC avanzada.

El empleo de números para la clasificación anatómica no es práctico.

Revisiones a la clasificación clínica (C)

Los fundamentos de la clasificación C permanecen sin cambios en esta versión. La CEAP básica debería informar el puntaje C máximo presente en un miembro, mientras que el puntaje CEAP avanzado debería presentar todas las clases C presentes en este. Cada clase clínica debería ser caracterizada por la presencia o ausencia de síntomas.

Para las clases C₂ y C₆ se incorporó el subíndice "r" que indica la recurrencia de la EVC. Las categorías C₂ y C₆ indican venas varicosas y úlceras venosas, respectivamente. La enfermedad venosa recurrente incluye a recurrencias verdaderas, venas residuales y venas varicosas generadas como consecuencia del avance de la enfermedad, aunque en algunos casos su aparición puede tener una historia natural diferente y puede requerir distintas estrategias de tratamiento.

Respecto de la clase C_{4r}, se incorporó la corona flebectásica. Este signo es un patrón de venas intradérmicas numerosas, en forma de abanico, que se puede observar en pies y tobillos, y que solía ser incorporado a la clase C₁ como telangiectasia, aunque más recientemente es considerado un signo temprano de enfermedad venosa avanzada. Los pacientes con corona flebectásica han demostrado tener un aumento en el

riesgo de úlcera de 5.3 veces, comparable a cambios de la categoría C₄. Por este motivo, además, la clase C₄ tuvo que ser dividida en 3 subcategorías –a, b y c–. La presencia de corona flebectásica corresponde a la categoría C_{4c} junto con signos como lipodermatoesclerosis y atrofia blanca. Por otro lado, la hiperpigmentación y el eczema pasaron de la categoría C_{4a} a la categoría C_{4b}. Esta clasificación corresponde a la gravedad, en la que la subclasificación "a" es la menos grave y la "c" la más grave. En la Tabla 1 se encuentra detallada la nueva clasificación clínica de la EVC propuesta.

Revisiones a la clasificación etiológica (E)

La revisión de la guía clínica CEAP del año 2004 estratifica a la etiología en diversos subgrupos: EVC congénita, primaria y secundaria. Los cambios propuestos están relacionados con el refinamiento de la definición de etiología primaria (Ep), etiología congénita (Ec) y sin etiología definida (En), y la subcategorización de la etiología secundaria (Es).

Para Ep se cambió la definición de "primaria". Antes era una EVC sin causa venosa definida, mientras que en la actualidad se la considera un proceso degenerativo de la válvula o la pared venosa que genera debilidad de la pared y dilatación con reflujo patológico. Para Es la guía previa no especificaba las dos etiologías principales de la EVC secundaria, que pueden ser intravenosas o extravenosas. Ejemplos de EVC intravenosa pueden ser la trombosis venosa profunda, las fístulas arteriovenosas, el sarcoma intravenoso o cualquier cambio en la luz del vaso, mientras que las causas extravenosas pueden ser provocadas por cualquier cuadro que afecte a la hemodinámica, como obesidad, enfermedad cardíaca congestiva y artritis, entre otras.

Respecto de la definición de Ec, que previamente incluía solo a los cuadros aparentes al nacimiento o reconocidas de forma posterior, se incorporaron los cuadros presentes al nacimiento como agenesia venosa y malformaciones venosas y arteriovenosas.

Tabla 1. Resumen de la clasificación clínica C. EVC, enfermedad venosa crónica.

Clase C	Descripción
C ₀	Sin signos visibles o palpables de enfermedad venosa
C ₁	Telangiectasia o venas reticulares
C ₂	Venas varicosas
C _{2r}	Venas varicosas recurrentes
C ₃	Edema
C ₄	Cambios en la piel y tejido subcutáneo secundarios a EVC
C _{4a}	Pigmentación o eczema
C _{4b}	Lipodermatoesclerosis o atrofia blanca
C _{4c}	Corona flebectásica
C ₅	Cicatrizada
C ₆	Úlcera venosa activa
C _{6r}	Úlcera venosa activa recurrente

Cada categoría clínica es subcaracterizada por un subíndice que indica la presencia (s) o ausencia (a) de síntomas atribuibles a la EVC

Revisiones a la clasificación anatómica (A)

En la guía clínica anterior los sitios anatómicos de la EVC se clasificaban como superficiales (As), profundos (Ad) o perforantes (Ap). Estos sistemas podían combinarse entre sí.

En esta revisión se incorpora el empleo de abreviaciones anatómicas en vez de números para los segmentos venosos, dado que una numeración es dificultosa de recordar e interpretar, a diferencia de la abreviación de un término anatómico. Además, con esta terminología se incorporaron sitios anatómicos que no eran considerados en la edición anterior.

Revisiones a la clasificación fisiopatológica (P)

La revisión anterior tenía designaciones básicas y avanzadas de la EVC. Las primeras incluyen características como reflujo (r), obstrucción (o), reflujo y obstrucción (r,o) y sin fisiopatología venosa identificada (n), mientras que las se-

gundas tenían la misma denominación, pero con la adición de los segmentos venosos de acuerdo con la clasificación A.

Se propone continuar con las clasificaciones P, pero con la incorporación de las nuevas denominaciones anatómicas de la clasificación A, y la continuación de la clasificación Pn para los casos en los que no se pueda encontrar fisiopatología venosa. En este sentido, la clasificación P no tiene variaciones en comparación con C, E y A.

Conclusiones

Desde sus primeras versiones, las guías CEAP han contribuido al progreso en el diagnóstico y tratamiento de la EVC debido a su aceptación universal. Sin bien la estabilidad de la clasificación es indispensable para el avance científico y clínico, la nueva evidencia disponible hace necesaria una revisión. Esta revisión de la CEAP, realizada en el año 2020, es resultado de un proceso riguroso.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2020
www.siicsalud.com