



# Clasificación clínica, etiológica, anatómica y fisiopatológica (CEAP) y escalas de gravedad de los trastornos venosos crónicos

M. Perrin

*La necesidad de una clasificación internacional de los trastornos venosos crónicos dio lugar a una revisión reciente. Si se le agregan las escalas de gravedad, se convierte en una herramienta de trabajo en común. La clasificación CEAP consta de cuatro parámetros que suministran datos sobre la clase clínica, los síntomas, la etiología, las alteraciones anatómicas y los mecanismos fisiopatológicos que presenta un determinado paciente. La clasificación se puede aplicar en dos formas: la CEAP básica y la CEAP elaborada, esta última con un modo de empleo más detallado. Algunos parámetros de la clasificación deben validarse, por lo que hay que crear clasificaciones complementarias y específicas para completar la clasificación CEAP en caso de cuadros clínicos especiales. De la misma manera, en algunas enfermedades habrá que elaborar escalas a medida para juzgar la eficacia de los diferentes tratamientos.*

© 2006 Elsevier SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras Clave:** Trastornos venosos crónicos; Enfermedad venosa crónica; Clasificación CEAP; Escalas de gravedad

## Plan

■ Introducción	1
■ Recuerdo histórico	1
Clasificaciones anteriores	1
Recuerdo histórico de la clasificación CEAP	2
■ Diferentes parámetros de la clasificación CEAP	2
■ Modo de empleo de la CEAP	3
■ Validación de la clasificación CEAP	4
■ Complementos de la CEAP	4
Várices	4
Recidiva varicosa posquirúrgica	4
Malformaciones venosas congénitas	4
■ Escalas de gravedad	4
■ Conclusión	5

## ■ Introducción

La universalización en el ámbito de la medicina se remonta a varias décadas y exige el uso de un lenguaje internacional para comunicar de una manera más fácil los adelantos en cada disciplina. La flebología no escapó a ello; el objetivo de este artículo es analizar la clasificación y las escalas de gravedad de su componente más común: los trastornos venosos crónicos.

## ■ Recuerdo histórico

### Clasificaciones anteriores

Aunque se crearon muchas clasificaciones, la mayoría de ellas abarcaba tan sólo una parte de la flebología

crónica: várices, insuficiencia venosa profunda, síndrome postrombótico, etc. Aquí sólo se mencionará la clasificación elaborada por Widmer [1], pues ésta cubría todos los trastornos venosos crónicos (TVC) y se usó en determinada cantidad de estudios epidemiológicos con resultados que hoy en día siguen siendo válidos.

De hecho, se trataba de una clasificación doble que incluía:

- una clasificación de las várices en tres tipos:
  - telangiectasias: dilataciones venulares intradérmicas;
  - várices reticulares: venas subcutáneas dilatadas y tortuosas que no interesan los troncos safenos y sus colaterales principales;
  - várices tronculares: troncos safenos mayor y menor tortuosos y dilatados, lo mismo que sus colaterales de primer y segundo orden;
- una clasificación de la insuficiencia venosa crónica que englobaba al mismo tiempo las várices y las alteraciones cutáneas resultantes en tres clases:
  - clase I: venas subcutáneas dilatadas, corona flebectásica;
  - clase II: zona de hiper o hipopigmentación, con o sin corona flebectásica;
  - clase III: úlcera abierta o cerrada de la pierna.

Esta clasificación, cuya primera parte descriptiva se omite con frecuencia, se limita por lo general a la segunda parte, que corresponde más a una escala de gravedad que a una verdadera clasificación.

Cabe señalar que esta clasificación no suministraba información sobre la etiología, los sistemas venosos anómalos o los mecanismos fisiopatológicos.

## Recuerdo histórico de la clasificación CEAP

En 1994 se elaboró una nueva clasificación a cargo de un comité internacional dependiente del American Venous Forum, el cual, tomando algunos elementos clínicos de la clasificación de Widmer, la completó con datos sobre la etiología, la anatomía y la fisiopatología, y la publicó como clasificación CEAP (clínica, etiológica, anatómica, fisiopatológica) de la enfermedad venosa crónica [2]. Traducida a ocho idiomas y publicada en 25 revistas médicas, se impuso de manera progresiva. Sus iniciadores estipularon que se podría modificar con el tiempo.

Diez años más tarde, acaba de publicarse una nueva CEAP [3]. Básicamente está poco modificada, aunque se han realizado ajustes respecto a algunos puntos (signos clínicos) y a su modo de empleo.

## Diferentes parámetros de la clasificación CEAP

Para cada parámetro considerado, un número o una letra confiere precisiones sobre la enfermedad del miembro en estudio: clasificación clínica; clasificación etiológica; clasificación anatómica; clasificación fisiopatológica.

### “ Clasificación clínica (C)

- **C0:** sin signo visible o palpable de enfermedad venosa.
- **C1:** telangiectasias o venas reticulares.
- **C2:** venas varicosas. Se diferencian de las venas reticulares en que su diámetro es igual o superior a 3 mm.
- **C3:** edema.
- **C4:** alteraciones cutáneas o del tejido celular subcutáneo en relación a una enfermedad venosa crónica. Este punto se divide en dos partes para distinguir mejor la gravedad de la enfermedad venosa:
  - **C4 a:** pigmentación y/o eczema venoso;
  - **C4 b:** celulitis indurada y/o atrofia blanca.
- **C5:** úlcera cicatrizada.
- **C6:** úlcera no cicatrizada.

Cada clase se debe completar con:

- **(A)** asintomática;
- **(S)** sintomática.

Los síntomas escogidos son los dolores, el prurito, la sensación de pesadez de las piernas, los calambres y todos los síntomas que puedan atribuirse a una insuficiencia venosa.

En la clasificación CEAP elaborada se incluyen todos los signos.

En la CEAP básica sólo se emplea la cifra más elevada.

Conviene aclarar que, si bien la clasificación de 1994 se aplicaba a la enfermedad venosa crónica, la

### “ Clasificación etiológica (E)

- **E<sub>C</sub>:** congénita.
  - **E<sub>P</sub>:** primitiva.
  - **E<sub>S</sub>:** secundaria (postrombótica).
  - **E<sub>N</sub>:** sin causa venosa identificada.
- Se permite marcar un solo punto.

### “ Clasificación anatómica (A)

- **A<sub>S</sub>:** sistema venoso superficial.
    - 1-Telangiectasias, venas reticulares.
    - 2-Vena safena mayor por encima de la rodilla.
    - 3-Vena safena mayor por debajo de la rodilla.
    - 4-Vena safena menor.
    - 5-No safena.
  - **A<sub>D</sub>:** sistema venoso profundo (D = *deep*, profundo).
    - 6-Vena cava inferior.
    - 7-Vena ilíaca común.
    - 8-Vena ilíaca interna.
    - 9-Vena ilíaca externa.
    - 10-Venas pélvicas: pudendas, ligamento ancho, etc.
    - 11-Vena femoral común.
    - 12-Vena femoral profunda.
    - 13-Vena femoral (antes vena femoral superficial).
    - 14-Vena poplítea.
    - 15-Venas de la pierna (o crurales): tibiales anteriores, tibiales posteriores y peroneas.
    - 16-Venas musculares: gastrocnemio, sóleo, otras.
  - **A<sub>P</sub>:** venas perforantes.
    - 17-En el muslo.
    - 18-En la pierna.
  - **A<sub>N</sub>:** sin lesión anatómica identificada.
- Los números que se atribuyen a las diferentes venas se usan en la clasificación CEAP elaborada. En la CEAP básica se limita a cuatro letras: S, D, P, N.

nueva versión abarca los trastornos venosos crónicos (TVC), que parece la traducción más fiel de *chronic venous disorders*. En la medida en que en la clasificación se incluyen los pacientes sintomáticos sin signo clínico de TVC y las telangiectasias, resultó difícil emplear la palabra enfermedad. Cabe señalar que el término insuficiencia venosa crónica no se usa adrede en la clasificación CEAP. Sin que ese punto se registre con precisión, hay acuerdo en reservar dicha denominación para los pacientes que presentan alteraciones de la piel y/o del tejido subcutáneo con motivo de una insuficiencia venosa (clases C3 a C6) [4].

## “ Clasificación fisiopatológica (P)

- **P<sub>R</sub>**: reflujo.
- **P<sub>O</sub>**: obstrucción.
- **P<sub>RO</sub>**: reflujo y obstrucción.
- **P<sub>N</sub>**: sin mecanismo fisiopatológico identificado.

En la CEAP básica se limita a cuatro denominaciones: R; O; R,O; N.

En la CEAP elaborada, los números que se atribuyen a las diferentes venas completan el mecanismo fisiopatológico causal.

La C no se debe emplear de forma aislada, sino junto con los demás parámetros E, A y P.

La clasificación CEAP se puede usar de dos formas.

Los cuatro parámetros de la CEAP se pueden usar de forma mínima o **CEAP básica**: sólo se proporciona la primera información de cada parámetro. Ejemplo: un paciente catalogado como C<sub>3S</sub>, E<sub>P</sub>, A<sub>S D</sub>, P<sub>R</sub> presenta un edema de origen venoso sintomático vinculado a un reflujo de causa primitiva del sistema venoso superficial y profundo.

La **CEAP elaborada** informa cada punto en detalle. El mismo paciente se describe como C<sub>2,3 S</sub>, E<sub>S</sub>, A<sub>S D</sub>, P<sub>R 2-4</sub>, 11-15, y eso permite saber que ese enfermo sin telangiectasias ni venas reticulares tiene várices y edema sintomáticos de origen venoso y causa primitiva. Se identificó reflujo en la vena safena mayor del muslo y de la pierna, la vena safena menor, el eje femoropopliteocrural (grado 4 según Kistner, quien, de acuerdo con la extensión, describió 4 grados de reflujos en la red venosa profunda infrainguinal).

En otros términos, en el parámetro C de la CEAP básica sólo se menciona el signo clínico de número más elevado, mientras que en la CEAP elaborada se informan todos los signos presentes. Conviene señalar que signo y síntoma se evalúan por separado. Un enfermo puede ser sintomático o asintomático sea cual sea su clase clínica.

## ■ Modo de empleo de la CEAP

Con el propósito de mejorar la reproducibilidad de la clase clínica entre diferentes observadores, se decidió emplear determinado número de definiciones ya publicadas [5] para ponerse de acuerdo en el signo clínico en cuestión. Su traducción literal se incluye en el recuadro «Definiciones de los signos» junto a sus equivalentes en inglés.

## “ Definiciones de los signos

- Telangiectasias (*telangiectasia*; sinónimos: *spider veins, hyphen webs, thread veins*): confluencia de vérulas intradérmicas dilatadas cuyo calibre es inferior a 1 mm.
- Venas reticulares (*reticular veins*; sinónimos: *blue veins, subdermal veins, venulectasies*): venas subdérmicas azuladas, dilatadas, de 1-3 mm de diámetro y habitualmente sinuosas. Esta definición excluye las venas normales visibles en personas de piel clara.

**Advertencia:** en la medida en que esas venas se encuentran dilatadas y son tortuosas, lo que concuerda precisamente con la definición de la Organización Mundial de la Salud para una vérice, parece que hubiera sido más apropiado el término várices reticulares.

• Várices o venas varicosas (*varicose veins*; sinónimos: *varix, várices, varicosities*): vena subcutánea cuyo diámetro es superior a 3 mm en bipedestación. Suelen ser várices sinuosas, pero las venas tubulares donde se localiza un reflujo también se deben incluir en las várices. Pueden afectar a los troncos safenos, a sus colaterales y a la red no safena.

**Advertencia:** atención con *varicosities*, porque a menudo se traduce del inglés como varicosidades, un término impropio para designar a las telangiectasias.

• Corona flebectásica (*corona phlebectatica*; sinónimos: *ankle flare, malleolar flare*): disposición en abanico de muchas venas intradérmicas pequeñas en las caras medial y lateral del tobillo o del pie. En general se admite que se trata de un signo precoz de gravedad de un TVC.

• Edema (*edema*): aumento perceptible del volumen líquido en la piel y el tejido celular subcutáneo con signo de la fóvea. El edema venoso se localiza más a menudo en el tobillo, pero se puede extender al pie o a la pierna.

• Pigmentación cutánea (*pigmentation*): manchas pardas de la epidermis como resultado de la extravasación de sangre; por lo general se localiza en el tobillo, pero se puede extender al pie o a la pierna.

• Eccema: dermatitis eritematosa capaz de provocar vesículas, supuración o escamas cutáneas en la pierna. A menudo el eczema sigue el trayecto de una vérice, pero se puede extender sobre toda la superficie de la pierna. Por lo general obedece a un TVC, pero puede tratarse de un eccema por sensibilización ante la aplicación local de un tópico.

• Hipodermitis esclerosa (*lipodermatosclerosis*): inflamación crónica localizada e induración de la piel y del tejido celular subcutáneo, acompañada a veces por retracción o acortamiento del tendón de Aquiles. En ocasiones, un edema inflamatorio difuso y eventualmente doloroso precede a la celulitis indurada. La ausencia de linfangitis, de adenomegalías de índole inflamatoria y de fiebre permite diferenciarla de la erisipela o de una celulitis aguda. La celulitis indurada es un signo grave de TVC.

• Atrofia blanca (*atrophie blanche, white atrophy*): lesión cutánea localizada blanquecina, atrófica, a menudo circular, rodeada por capilares dilatados y acompañada a veces por aumento de la pigmentación cutánea. Es un signo grave de TVC. Las zonas cicatrizales de úlcera no se incluyen en este cuadro.

• Úlcera venosa (*venous ulcer*): lesión en sacabocados de la piel, la mayoría de las veces localizada en el tobillo, que no muestra tendencia espontánea a la cicatrización y cuyo origen es un TVC.

Para el parámetro etiológico es posible una sola elección.

Por el contrario, los parámetros anatómico y fisiopatológico se especifican por separado según se use la CEAP básica o la elaborada; en la CEAP básica basta con enumerar los sistemas anatómicos anómalos (superficial, perforante, profundo); en la CEAP elaborada se menciona la vena anómala de cada sistema.

Para el parámetro fisiopatológico se pueden asociar dos mecanismos en el mismo paciente: en la CEAP básica sólo se menciona; en la CEAP elaborada se describen el reflujo y la obstrucción en cada vena anómala.

Tómese otro ejemplo. Un paciente descrito como C<sub>3</sub>, s, E<sub>S</sub>, A<sub>D</sub>, p, P<sub>O</sub>, 7, 10, R 13, 14, 18 en la CEAP elaborada presenta edema y úlcera cicatrizada, pero no vérice ni telangiectasia; es sintomático y tiene obstrucción de las ilíacas primitiva y externa, así como reflujo de las venas femoral y poplítea y de las perforantes de la pierna de causa postrombótica.

Así pues, la CEAP elaborada es mucho más detallada y ofrece una descripción más precisa del paciente.

La fecha de la exploración es la que corresponde al día en que se rellena el formulario CEAP.

Al parecer, es necesario precisar del nivel de investigación utilizado para llenar el documento CEAP. A este respecto, se han definido tres niveles:

- nivel I: exploración física con inclusión de Doppler de bolsillo;
- nivel II: procedimientos no invasivos con ecoDoppler obligatorio, con o sin plethysmografía;
- nivel III: métodos invasivos, flebografías, medición de presiones venosas, tomografía computarizada, resonancia magnética, etc.

Investigaciones epidemiológicas. Esta clasificación se puede usar en los estudios epidemiológicos en la medida en que permite incluir a pacientes con manifestaciones venosas, pero sin signo venoso ni anomalía anatómica o fisiopatológica detectables con los métodos habituales de estudio. Esos enfermos se pueden catalogar como C<sub>0</sub> S, E<sub>N</sub>, A<sub>N</sub>, P<sub>N</sub>.

## ■ Validación de la clasificación CEAP

Hasta hoy no se cuenta con la validación de la versión 2004 de la CEAP. En cambio, la versión 1995 fue motivo de buen número de evaluaciones [6, 7] y de críticas respecto al parámetro C. Las críticas fueron beneficiosas: entre otras cosas, llevaron a una definición más precisa de los signos clínicos [5] (incluida en la clasificación CEAP 2004) [3] y a varias modificaciones. Por último, en la versión CEAP 2004 se resolvieron muchas reservas acerca de los límites establecidos en la clasificación CEAP inicial [8, 9].

## ■ Complementos de la CEAP

Los TVC concentran tantas enfermedades diferentes que, de todas maneras, la CEAP no permite describir con precisión y de forma completa todos los casos especiales. Sin embargo, mediante el uso conjunto de la CEAP y de las clasificaciones complementarias se podrían suministrar precisiones suficientes.

### Várices

La clasificación CEAP no permite identificar de forma precisa la enfermedad del paciente. Aunque abarca otros

TVC, el formulario flebológico europeo parece adaptarse especialmente a las várices. Este formulario informatizado [9, 10] está disponible en cuatro idiomas y ha sido validado. Integra la clasificación CEAP y suministra datos sobre la anamnesis, la exploración física y las investigaciones. En particular, tiene en cuenta los elementos que no figuran en el parámetro C de la clasificación CEAP (corona flebectásica, movilidad del tobillo, anomalías linfáticas, etc.). También incluye cuestionarios sobre la calidad de vida.

## Recidiva varicosa posquirúrgica

La recidiva varicosa posquirúrgica (REVAS, acrónimo de REcurrent Varices After Surgery) fue motivo de una clasificación que completa la CEAP [11]. La clasificación REVAS recibió una homologación intra e interobservador que resultó satisfactoria y que junto con la CEAP se usó en dos investigaciones [12, 13].

## Malformaciones venosas congénitas

La aplicación conjunta de la clasificación de las malformaciones venosas congénitas (también conocida como clasificación de «Hamburgo») [14] y de la clasificación CEAP no fue motivo de un estudio de homologación, pero no serviría para describir con precisión las anomalías existentes: angioma, hipo o hipertrofia de los miembros, persistencia de venas embrionarias, agenesia venosa o valvular, etc.

## ■ Escalas de gravedad

La clasificación CEAP, o al menos el parámetro C, se empleó para evaluar la eficacia de un tratamiento en algunas publicaciones. Ese enfoque se vincula con el hecho de que, en la clasificación clínica, los signos se cifraron de 0 a 6 con un orden de gravedad creciente. Pero frente a la evidencia, si se utiliza la clasificación básica, un paciente catalogado como C<sub>3</sub> S puede pertenecer a un estadio más grave que uno C<sub>4a</sub> A<sub>+</sub>. El primero puede tener un edema mayor con claudicación venosa y el segundo una pigmentación moderada sin ningún síntoma venoso. La comparación del parámetro C antes de tratamiento con el C después de tratamiento es por tanto sesgada y no tiene un valor considerable.

Además, se recuerda que a la CEAP de 1994 se había añadido una puntuación de gravedad [15] que nunca fue homologada.

En la versión 2004 de la clasificación CEAP se recomienda el uso de las escalas de gravedad clínica, segmentaria y de invalidez publicadas en 2000 y auspiciadas por el American Venous Forum [16] (Cuadros I, II y III).

Esas escalas fueron objeto de algunas evaluaciones [17, 18, 19, 20] que permiten establecer las siguientes conclusiones:

- la reproducibilidad intra e interobservador satisfactoria de la puntuación de gravedad clínica es correlativa con el parámetro C de la CEAP [17];
- la puntuación de gravedad clínica es una herramienta útil para detectar la presencia o la ausencia de un TVC y es bien correlativa con el ecoDoppler [18];

**Cuadro I.**

Escala de gravedad clínica.

Parámetros: Signos Síntomas Tratamiento compresivo	Ausente = 0 Ninguno	Bajo = 1 punto Ocasional, no limita la actividad o no necesita analgésicos	Moderado = 2 puntos Cotidiano, limita poco la actividad, ocasionalmente necesita analgésicos	Grave = 3 puntos Cotidiano, limita mucho la actividad o necesita analgésicos con regularidad	Puntuación de 0 a 3
Dolor	Ninguno	Ocasional, no limita la actividad o no necesita analgésicos	Cotidiano, limita poco la actividad, ocasionalmente necesita analgésicos	Cotidiano, limita mucho la actividad o necesita analgésicos con regularidad	
Venas varicosas <sup>a</sup> (Váricos)	Ninguna	Escasas, No sistematizadas	Numerosas, afectan a la VSM en el muslo o en la pierna	Extensas, afectan a la VSM en todo su recorrido y a la VSm	
Edema venoso <sup>b</sup>	Ninguno	Aparece al final del día y se localiza en el tobillo	Aparece después del mediodía y rebasa el tobillo	Presente por la mañana, rebasa el tobillo y obliga a modificar la actividad habitual o a elevar el miembro	
Pigmentación cutánea <sup>c</sup>	Ninguna o localizada (color pálido)	Menos localizada pero confinada a una zona limitada, de instalación crónica (color pardo)	Difusa, afecta a casi toda la zona de la polaina <sup>g</sup> o de aparición reciente (color púrpura)	Rebasa por encima la zona de la polaina y es reciente	
Inflamación	Ninguna	Inflamación leve, limitada a la zona marginal periulcerosa	Inflamación moderada, afecta la zona de la polaina	Inflamación mayor, rebasa por encima la zona de la polaina o dermatitis por estasis (eczema) considerable	
Induración	Ninguna	Localizada, perimaleolar <5 cm	Medial o lateral, ocupa menos del tercio inferior de la pierna	Afecta por lo menos al tercio inferior de la pierna	
Cantidad de úlceras activas <sup>d</sup>	0	Una	Dos	Más de dos	
Duración de la úlcera activa	Sin úlcera	<3 meses	>3 meses y <1 año	>1 año	
Tamaño de la úlcera activa <sup>e</sup>	Sin úlcera	Diámetro <2 cm	Diámetro ≥2 cm y ≤6 cm	Diámetro >6 cm	
Tratamiento compresivo <sup>f</sup>	Sin compresión o enfermo incumplidor	Cumplimiento intermitente	Cumplimiento casi cotidiano	Cumplimiento cotidiano + elevación del miembro	
<b>Total (de 0 a 30)</b>					

VSM: vena safena mayor (alias safena interna); VSm: vena safena menor (alias safena externa).

<sup>a</sup> Como vena varicosa (o várice) se define una vena cuyo diámetro es superior a 4 mm con el propósito de establecer la diferencia entre C1 y C2.<sup>b</sup> Con las características de un edema venoso (es decir, pardo, conserva poco la fóvea), aumenta con la bipedestación y la elevación del miembro, y/o se acompaña de elementos clínicos de índole venosa (váricos, antecedentes de trombosis venosa profunda). Este edema se debe producir de forma regular. No hay que tener en cuenta un edema ocasional o muy moderado.<sup>c</sup> No hay que tener en cuenta una pigmentación localizada sobre un trayecto varicoso.<sup>d</sup> Como úlcera activa se define a una úlcera no cicatrizada.<sup>e</sup> El mayor diámetro de la úlcera más extensa.<sup>f</sup> Conviene tener en cuenta el cumplimiento presente y pasado.<sup>g</sup> Como polaina se define el tercio inferior de la pierna.

- las escalas de gravedad clínica son bien correlativas con las diferentes clases clínicas del parámetro C de la CEAP, pero, al parecer, las escalas son mejores que las clases clínicas de la CEAP para medir el resultado del tratamiento quirúrgico de las várices [19].

Sin embargo, las puntuaciones, sobre todo la segmentaria, resultaron difíciles de aplicar en la práctica diaria y serían más apropiadas para evaluar la eficacia del tratamiento de los TVC graves (C3-C6) [20]. En particular, esas tres puntuaciones serían inadecuadas para juzgar los resultados del tratamiento de las telangiectasias o de las várices, en la medida en que éstas no son la causa de un edema (C3) o de trastornos tróficos (C4-C6). Para esas afecciones no se dispone de una puntuación que tenga en cuenta el perjuicio estético o una cuantificación subjetiva de los signos y los síntomas (evaluados por el paciente), y objetiva de los signos (evaluada por el médico). Además, esa escala debería incorporar herramientas de

medición de la calidad de vida genérica, o mejor específica, que son más sensibles en los TVC de gravedad moderada.

## ■ Conclusiones

La aplicación de la clasificación CEAP en los estudios clínicos se hizo casi obligatoria para la publicación en las revistas científicas. En su forma elaborada, suministra informaciones suficientes para la comunicación entre los médicos. Las puntuaciones de gravedad constituyen una herramienta excelente para evaluar los resultados en las formas graves de los TVC (C3-C6). Con el fin de evaluar los resultados en las formas clínicas menos graves (C0s-C2) o en casos concretos, serían preferibles las clasificaciones complementarias y puntuaciones más específicas.

**Cuadro II.**

Escala de gravedad anatomopatológica y fisiopatológica (puntuación segmentaria). Para cada componente (reflujo u obstrucción), la puntuación se establece entre 0 y 10. Los diferentes segmentos se exploran con ecoDoppler y/o flebografía..

Reflujo <sup>a</sup>			Obstrucción <sup>b</sup>		
Coeficiente	Localización anatómica	Puntuación de 0 a 10	Coeficiente	Localización anatómica	Puntuación de 0 a 10
1/2	VSm	/		VSm	/
1	VSM	1		VSM sólo si está trombosada por completo en su segmento femoral	
1/2	Perforantes del muslo	/		Perforantes del muslo	/
1	Perforantes de la pantorrilla	/		Perforantes de la pantorrilla	/
2	Venas de la pantorrilla (si sólo son anómalas las venas tibiales posteriores, coeficiente = 1)	1		Varias venas profundas de la pantorrilla	
2	Vena poplítea	2		Vena poplítea	
1	Vena femoral (alias vena femoral superficial)	1		Vena femoral (alias vena femoral superficial)	
1	Vena femoral profunda	1		Vena femoral profunda	
1	Vena femoral común	2		Vena femoral común	
/	Venas ilíacas <sup>c</sup>	/	1	Venas ilíacas	
/	Vena cava inferior <sup>c</sup>	/	1	Vena cava inferior	
<b>Total</b>			<b>Total</b>		

VSm: vena safena mayor (alias safena interna); VSm: vena safena menor (alias safena externa).

<sup>a</sup> Para ser tenido en cuenta, el reflujo debe afectar por completo al segmento señalado.

<sup>b</sup> Para ser tenida en cuenta, la obstrucción debe ser completa (occlusión) en un punto del segmento señalado, o superior al 50% en al menos la mitad de la longitud del segmento de que se trata.

<sup>c</sup> Estas venas, al carecer de válvulas, no se tienen en cuenta para el reflujo.

**Cuadro III.**

Escala de invalidez.

0	Asintomático
1	Sintomático, pero puede dedicarse a las actividades habituales <sup>a</sup> sin tratamiento compresivo
2	Puede dedicarse a sus actividades habituales <sup>a</sup> con tratamiento compresivo y/o elevación de los miembros inferiores
3	Incapaz de dedicarse a sus actividades habituales <sup>a</sup> , ni siquiera con tratamiento compresivo y/o elevación de los miembros inferiores

Puntuación total: de 0 a 3

<sup>a</sup> Las actividades habituales se definen como aquéllas a las que el paciente se dedicaba antes de la aparición de la enfermedad venosa.

## Bibliografía

- [1] Widmer LK. *Peripheral venous disorders. Prevalence and socio-medical importance. Observations in 4529 apparently healthy persons. Basle's study III.* Bern: Hans Huber; 1978. p. 17-32.
- [2] Porter JM, Moneta GL, and an international consensus committee on chronic venous disease. Reporting standards in venous disease: an update. *J Vasc Surg* 1995;**27**:635-45.
- [3] Eklöf B, Bergan JJ, Carpentier PH, Gloviczki P, Kistner RL, Meissner MH, et al. For the American Venous Forum's International ad hoc committee for revision of the CEAP classification. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders. A consensus statement. *J Vasc Surg* 2004; **40**:1248-52.
- [4] Perrin M. Terminologie et affections veineuses chroniques. *J Mal Vasc* 2003; **28**:92-4.
- [5] Allegra C, Antignani PL, Bergan JJ, Carpentier PH, Coleridge Smith P, Cornu-Thénard A, et al. The "C" of CEAP: suggested definitions and refinements: an international union of phlebology conference of experts. *J Vasc Surg* 2003; **37**: 129-31.
- [6] Uhl JF, Cornu-Thénard A, Carpentier PH, Schadeck M, Parpex P, Chleir F. Reproducibility of the "C" classes of the CEAP classification. *Phlébol Fr* 2001; **1**:39-48.
- [7] Carpentier PH, Cornu-Thénard A, Uhl JF, Partsch H, Antignani PL. Appraisal of the information content of the CEAP classification of chronic venous disorders, a multicenter evaluation of 872 patients. *J Vasc Surg* 2003; **37**: 827-33.
- [8] Perrin M. Où en est-on avec la classification CEAP de la maladie veineuse chronique? *Phlebologie* 2003; **56**:285-7.
- [9] Cornu-Thénard A, Uhl JF, Carpentier PH. Do we need a better classification than CEAP. *Acta Chir Belg* 2004; **104**:276-82.
- [10] Uhl JF, Cornu-Thénard A, Chleir F. Le Dossier Médical Phlébologique Européen (DMPE): son fonctionnement et ses applications passées, présentes et futures. *Phlebologie* 2002; **55**:121-5.
- [11] Perrin MR, Guex JJ, Ruckley CV, DePalma RG, Royle JP, Eklof B, et al. Recurrent varices after surgery. *Cardiovasc Surg* 2000; **8**:233-45.
- [12] MacDonagh B, Sorenson S, Gray C, Huntley DE, Puttermann P, King T, et al. Clinical spectrum of recurrent postoperative varicose veins and efficacy of sclerotherapy management using the compass technique. *Phlebology* 2003; **18**:173-86.
- [13] Kostas T, Ioannou CV, Touloupakis E, Daskalaki E, Giannoukas AD, Tsetis D, et al. Recurrent varicose veins after surgery: a new appraisal of a common and complex problem in vascular surgery. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2004; **27**:275-8.
- [14] Belof VS. Classification of congenital vascular defects. *Int Angiol* 1990; **9**:141-6.
- [15] Beebe HG, Bergan JJ, Bergqvist D, Eklof B, Eriksson I, Goldman MP, et al. Classification and grading of chronic venous disease in the lower limbs. *Int Angiol* 1995; **14**: 198-201.
- [16] Rutherford RB, Padberg Jr. FT, Comerota J, Kistner RL, Meissner MH, Moneta GL. Venous severity scoring: an adjunct to venous outcome assessment. *J Vasc Surg* 2000; **31**: 1307-12.

- [17] Meissner MH, Natiello C, Nicholls SC. Performance characteristics of the venous clinical severity score. *J Vasc Surg* 2002;36:889-95.
- [18] Ricci MA, Emmerich J, Callas PW, Rosendaal FR, Stanley AC, Naud S, et al. Evaluating chronic venous disease with the new severity scoring system. *J Vasc Surg* 2003;38:909-15.
- [19] Kakkos SK, Rivera MA, Matsagas MI, Lazarides MK, Robless P, Belcaro G, et al. Validation of the new venous severity scoring in varicose vein surgery. *J Vasc Surg* 2003;38:224-8.
- [20] Perrin M, Dedieu F, Jessent V, Blanc MP. Une appréciation des nouveaux scores de sévérité de la maladie veineuse chronique des membres inférieurs. Résultats d'une enquête auprès d'angiologues français. *Phlebologie* 2003;56:127-36.

## Para saber más

Kistner RL, Ferris EB, Randhawa G, Kamida C. A method of performing descending venography. *J Vasc Surg* 1986;4:464-8.

M. Perrin, Chirurgien vasculaire, ancien interne, ancien chef de clinique des Universités, ancien assistant des Hôpitaux de Lyon (m.perrin.chir.vasc@wanadoo.fr).  
26, chemin de Décines, 69680 Chassieu, France.

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención del artículo original: Perrin M. Classification clinique, étiologique, anatomique et physiopathologique (CEAP) et scores de sévérité des affections veineuses chroniques. EMC (Elsevier SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Chirurgie vasculaire, 43-159, 2005.

Disponible en [www.emc-consulte.com](http://www.emc-consulte.com) (sitio en francés)

Título del artículo: Classification clinique, étiologique, anatomique et physiopathologique (CEAP) et scores de sévérité des affections veineuses chroniques



Algoritmos



Ilustraciones complementarias



Vídeos / Animaciones



Aspectos legales



Información al paciente



Informaciones complementarias



Autoevaluación