

Destacados del
***Servier Academy for Angiology
Latin America and Caribbean***

3 DE SEPTIEMBRE DE 2022
RÍO DE JANEIRO, BRASIL

**Enfermedades venosas:
¿hay un procedimiento estándar?**

Dr. Rodrigo Rial
Dr. Jorge Ulloa



Enfermedades venosas: ¿hay un procedimiento estándar?



Dr. Rodrigo Rial

Jefe de la Clínica de Cirugía Vascolar y Endovascular, Hospital Universitario HM Madrid/Torrelodones. Presidente del Capítulo Español de Flebología y Linfología SEACV, Madrid, España.



Dr. Jorge Ulloa

Médico cirujano especialista en Cirugía Vascolar y Angiología, Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia.

La pregunta es ¿hay un procedimiento estándar para tratar los ejes safenos o las várices? La respuesta es sí. Los que tenemos más de 45 años sabemos que sí ha existido un procedimiento estándar en el tratamiento de las várices. Hasta hace varios años solo existía la ligadura y la safenectomía, pero en 2000 todo cambió. El siglo XXI ha sido la época de oro en la patología venosa, porque ha habido muchos cambios, y se dio la vuelta al tratamiento de la enfermedad venosa crónica (EVC) y a la enfermedad tromboembólica. Empezaron a salir los primeros estudios sobre el láser y la radiofrecuencia, las dos técnicas térmicas de mayor difusión y, actualmente, el tratamiento de referencia.

En 2000, el Dr. Lorenzo Tessari democratizó la escleroterapia con espuma con un descubrimiento revolucionario, que era utilizar una llave de 3 pasos y 2 jeringas que conseguían una espuma estable. Sin embargo, en 1988 se descubrió la técnica CHIVA, que aún se sigue utilizando de forma habitual, pero que no ha tenido gran desarrollo y que requiere una pericia muy grande en el manejo del estudio ecográfico con Doppler; aun así, tiene resultados que no pueden compararse con otras técnicas actuales.

En 2009 surge la técnica ASVAL, en la que se eliminan las venas tributarias y se espera que la sangre encuentre el camino y que deje de tener hipertensión venosa sobre los ejes safenos.

En 2011 aparece la ablación mecánico química (MOCA [*mechanochemical ablation*]) y en 2013, el sellado endoluminal con cianoacrilato (CAC). En 2019 se publican los primeros resultados de la ecoterapia dirigida de alta intensidad; sin embargo, ya en 1989 se había publicado un resultado experimental sobre esta técnica. También surgen nuevos datos para la terapia farmacológica, que no estaba tan interiorizada, como las medidas de compresión con las medias elásticas.

En los últimos años se ha avanzado sobre la fisiopatología de la EVC y la acción que tienen los flavonoides en la mejora de los resultados de las cirugías y de la escleroterapia.

En la última guía de EVC de 2022 se describen las recomendaciones y los niveles de evidencia con respecto a las diferentes técnicas. Como se observa en el algoritmo de la Figura 1, no se incluyen las técnicas hemodinámicas. La primera técnica recomendada es la ablación térmica (tratamiento de referencia), también se continúa sugiriendo la cirugía clásica, la abierta, mediante la ligadura de la unión safenofemoral y el *stripping* de la safena y, al mismo nivel de evidencia, el CAC. En el último nivel están la MOCA y la escleroterapia con espuma dirigida por catéter (CDFS [*catheter directed foam sclero therapy*]) o guiada por ecografía (UGFS [*ultrasound guided foam sclero therapy*]).

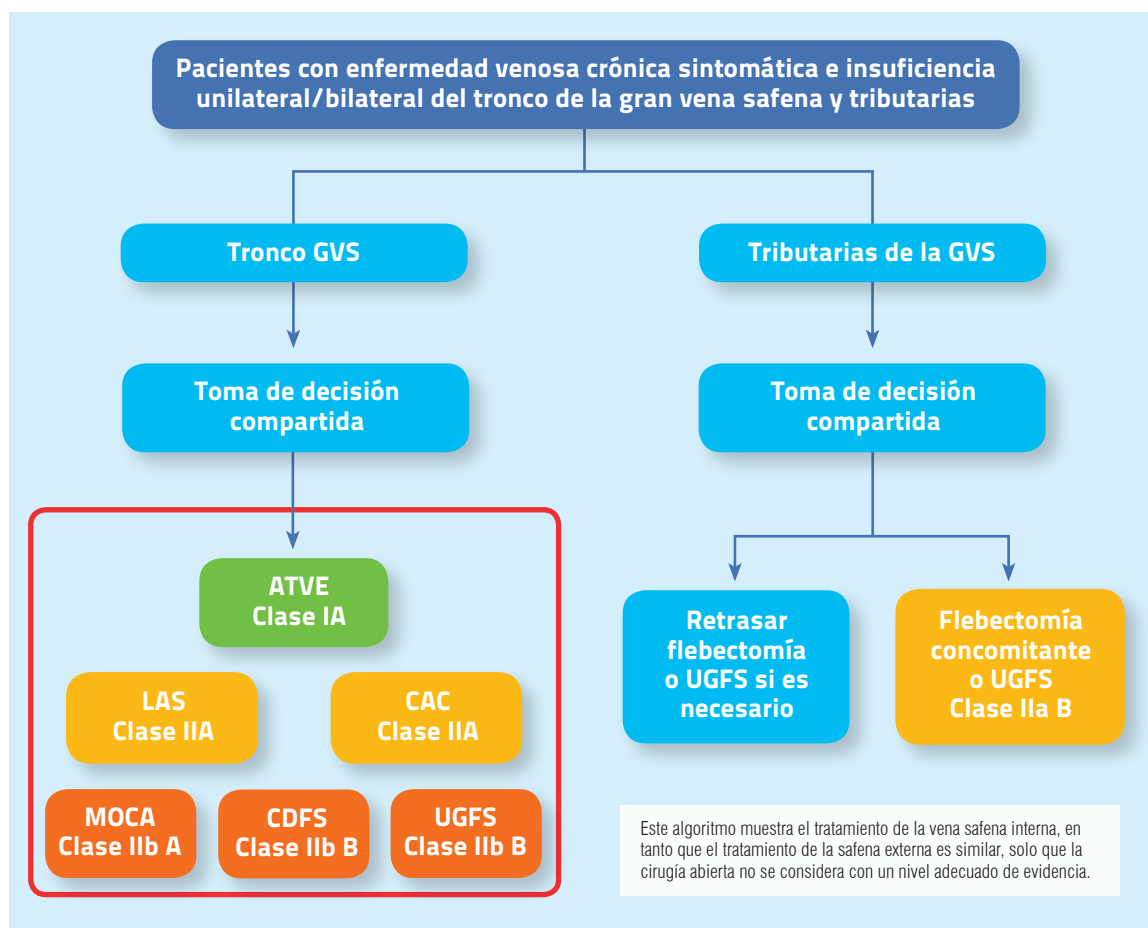


Figura 1. Algoritmo de tratamiento de la *European Society for Vascular Surgery (ESVS)* de 2022 para la enfermedad venosa crónica de las extremidades inferiores.

Adaptado de la conferencia "Enfermedades venosas: ¿hay un procedimiento estándar?" del Dr. Rodrigo Rial y el Dr. Jorge Ulloa, en el marco del *Servier Academy for Angiology Latin America and Caribbean*, llevado a cabo el 3 de septiembre de 2022 en Río de Janeiro, Brasil.

GVS, gran vena safena; ATVE, ablación térmica por vía endovenosa; LAS, ligadura alta y *stripping*; CAC, sellado endoluminal con cianocrilato; MOCA, ablación mecanoquímica; CDFS, escleroterapia con espuma dirigida por catéter; UGFS, escleroterapia con espuma guiada por ecografía.

En este algoritmo se destaca algo importante y es la decisión conjunta entre el paciente y el cirujano para cualquier procedimiento en cuanto al costo, el beneficio y los riesgos.

Casos clínicos

● Primer caso

Mujer de 67 años con enfermedad varicosa de años de evolución asociada con síndrome ortostático. En los últimos años, los síntomas aumentan, con dolor, pesadez, edema en tobillo y signos leves en piel de EVC. La paciente no utiliza soporte elástico y recibe flavonoides de manera irregular. Como comorbilidades tiene hipertensión arterial (tratada con ramipril) y dislipidemia (en tratamiento con atorvastatina). En el examen físico, las várices son visibles, de un tamaño mediano, con insuficiencia de la vena safena interna derecha o safena mayor; tiene pulsos distales y no presenta enfermedad arterial. La safena es de 8 mm, con un diámetro máximo en la unión safenofemoral de 12 mm. No hay signos de trombosis venosa profunda reciente o antigua.

¿Cuál es el mejor tratamiento? Algunos profesionales realizarían una endoablación térmica, lo cual estaría bien; muy pocos tratarían con crosectomía y safenectomía (*stripping*), en tanto que ninguno indicaría CAC o tratamiento con escleroterapia con espuma.

En esta paciente se realizó una endoablación térmica con radiofrecuencia, pero es absolutamente correcto también hacer safenectomía. Es decir, en este caso, hay varios procedimientos que se pueden utilizar con resultados similares; sin embargo, las directrices recomiendan la endoablación térmica, que no está disponible en todos los sitios.

● Segundo caso

Mujer de 42 años con várices de varios años de evolución. Refiere aumento de los síntomas, como edema y dolor, pero sin signos en la piel. La paciente no utiliza soporte elástico y recibe flavonoides de manera irregular. Trabaja como peluquera, tiene miedo a la intervención quirúrgica y no desea tener incapacidad.

La vena safena tiene un diámetro de 6.8 mm de forma regular, sin signos de trombosis venosa profunda. Se le ofrece MOCA, CAC y las diferentes formas de escleroterapia con espuma.

¿Cuál es la mejor técnica para el tratamiento de esta paciente? Muy pocos profesionales señalan que MOCA por falta de experiencia; algunos harían CAC, pero la mayoría realizaría escleroterapia con espuma.

Si esta paciente no fuera peluquera y hubiera podido dejar de trabajar, seguramente una buena opción sería el CAC, pero tal vez la mejor opción es CDFS.

● Tercer caso

Mujer de 64 años que consulta por 20 años con síntomas de pesadez, cansancio en las mañanas y calambres nocturnos en los miembros inferiores. Se observan venas várices y cambios de color en el tercio distal de la pierna izquierda. Previamente, fue tratada con escleroterapia, medidas de compresión y algunos venoactivos, no recuerda cuáles.

En el estudio ecográfico con Doppler se observa reflujo en la vena safena izquierda con perforantes insuficientes, signos de trombosis reciente. Las venas femoral y poplítea tienen reflujo moderado. La paciente refiere que presentó trombosis venosa profunda en la pierna izquierda hace algunos años.

¿Es posible realizar una endoablación térmica o un tratamiento endoluminal de la vena safena en un miembro postrombótico en esta paciente? Sí, se puede. Hay que investigar si la paciente tiene una obstrucción proximal asociada con reflujo, si tiene solo reflujo o ambas cosas.

¿Cuál es la mejor técnica para el tratamiento de una paciente con insuficiencia del sistema venoso profundo asociada con insuficiencia de la vena safena interna? Algunos profesionales consideran que lo mejor es la endoablación térmica; sin embargo, es donde menos evidencia tenemos. Es con la cirugía abierta con la que más información tenemos y es lo que recomiendan las guías.

En toda técnica hay que valorar costos, resultados y, también, riesgos. No es lo mismo realizar cirugía sobre la insuficiencia de un eje safeno en un paciente que tiene un sistema venoso profundo competente a cuando este presenta una insuficiencia, y la situación podría empeorar. Por eso, la valoración con ecografía Doppler y mapeo venoso son importantes para la toma de decisiones.

Hay que valorar muy bien al paciente con obstrucción proximal o aquel cuyo eje femoro poplítea está cerrado y solo tiene la safena interna como *bypass* natural; especialmente, en los pacientes con úlcera venosa. Si el paciente tiene síntomas leves y hay insuficiencia del sistema venoso profundo, la guía no recomienda cirugía sobre el sistema venoso superficial.

Conclusiones

- Por muchos años, la ligadura y la safenectomía fueron las técnicas de elección, pero debido a la menor invasión, a la rápida recuperación y a las menores complicaciones, hoy el tratamiento de referencia es la endoablación térmica.
- Hay un abanico de técnicas para tratar la insuficiencia venosa de forma eficaz, con buenos resultados a largo plazo.
- Las técnicas no tumescentes, no térmicas, como la MOCA y el CAC, se pueden realizar de forma ambulatoria, sin necesidad de interrumpir la actividad laboral por parte de los pacientes. Sin embargo, las técnicas térmicas están más ampliamente difundidas en los sistemas de salud y tienen un costo menor.

- Aunque la escleroterapia con espuma tiene resultados inferiores a la endoablación térmica, es una técnica de bajo costo y se puede repetir. Además, es muy demandada por el paciente. Se requiere una buena elección del perfil del paciente.
- No hay que olvidar los tratamientos adyuvantes, como los fármacos venoactivos antes, durante y después del procedimiento.
- La elección final de la técnica se basa en factores clínicos, recurrencia, tamaño de la safena, la experiencia del cirujano, la cobertura del paciente y sus elecciones.

Entonces, puede haber un tratamiento de referencia que es el más utilizado, pero no hay un procedimiento estándar para tratar a todas las venas safenas en todos los pacientes.

Referencias

- Navarro L, Min RJ, Boné C. Endovenous laser: a new minimally invasive method of treatment for varicose veins—preliminary observations using an 810 nm diode laser. *Dermatol Surg* 27(2):117-122, Feb 2001.
- Rabe E, Breu FX, Cavezzi A, Coleridge Smith P, Frullini A, Gillet JL, et al. Guideline Group. European guidelines for sclerotherapy in chronic venous disorders. *Phlebology* 29(6):338-354, Jul 2014.
- Schultz-Haakh H, Li JK, Welkowitz W, Rosenberg N. Ultrasonic treatment of varicose veins. *Angiology* 40(2):129-137, Feb 1989.
- De Maeseneer MG, Kakkos SK, Aherne T, et al. Editor's choice - European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 Clinical Practice Guidelines on the Management of Chronic Venous Disease of the Lower Limbs. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 63(2):184-267, Feb 2022.

El Departamento Editorial de i+d realizó la supervisión científica, la aplicación y adecuación de imágenes, el diseño y la adaptación literaria a esta versión impresa de la **Cobertura del *Servier Academy for Angiology Latin America and Caribbean***, llevado a cabo el 3 de septiembre de 2022 en Río de Janeiro, Brasil. Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio o soporte editorial sin previa autorización expresa de i+d. Impreso en la República Argentina, diciembre de 2022. Registro Nacional de la Propiedad Intelectual en trámite. Hecho el depósito que establece la Ley N° 11.723.