

Destacados del  
**Congreso de Flebología,  
Linfología y Estética**

DEL 25 AL 27 DE SEPTIEMBRE DE 2021  
CIUDAD DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

Simposio

Fármacos venoactivos: de la práctica clínica a la microcirculación

**Tratamiento endovenoso de várices  
¿cuáles son las opciones actuales?  
Discusión de un caso clínico**

Dr. Armando Mansilha

Dr. Jorge Hernando Ulloa



# VeinCare

El Programa de Descuento Daflon®

Ahora es mucho más fácil

Recomiende a sus pacientes ingresar a  
**www.programaVC.com.ar**

Completando el formulario,  
su paciente recibirá por e-mail la tarjeta **VeinCare** de descuento



programavc.com.ar

Descargá tu tarjeta VeinCare

Para ingresar al programa y recibir un 25% de descuento con la tarjeta VeinCare completá el formulario con tus datos y recibirás de manera automática, un e-mail con la tarjeta que deberás presentar al momento de la compra en la farmacia, junto a la receta de tu médico.

Nombre\*

Apellido\*

DNI\*

Sin puntos. Sólo Números.



- ✓ Acceso al listado de Farmacias adheridas al programa
- ✓ Respuestas a preguntas frecuentes acerca del funcionamiento del programa
- ✓ Acceso directo a [www.dolordepiernas.com.ar](http://www.dolordepiernas.com.ar), el sitio de información completa, segura y actualizada sobre la EVC

#### DAFLON 1000 mg comprimidos recubiertos y DAFLON 1000 mg Suspensión Oral

**Composición Daflon 1000 mg comprimidos recubiertos:** Cada comprimido recubierto de Daflon 1000 mg contiene: Fracción flavonoide purificada y micronizada: 1000 mg (Correspondiendo a: Diosmina 90%: 900 mg y Flavonoides expresados en hesperidina 10%: 100 mg). **Excipientes:** Carboximetilalmidón sódico, celulosa microcristalina, gelatina, estearato de magnesio, talco. **Recubrimiento:** dióxido de titanio (E 171), glicerol, laurilsulfato de sodio, macrogol 6000, hipromelosa, óxido de hierro amarillo (E 172), estearato de magnesio. **Composición DAFLON 1000 mg Suspensión Oral:** Cada sachet de 10 ml de Daflon 1000 mg contiene: Fracción flavonoide purificada micronizada: 1000 mg (Correspondiendo a: Diosmina 90%: 900 mg y Flavonoides expresados en Hesperidina 10%: 100 mg). **Excipientes:** Maltilol en polvo, goma xantán, benzoato de sodio, aromatizante de naranja, ácido cítrico, agua purificada. **Acción terapéutica:** Vasculoprotector. **Indicaciones:** Tratamiento de las manifestaciones de la insuficiencia venosa crónica de los miembros inferiores, funcional y orgánica, Sensación de pesadez, dolor, calambres nocturnos. Tratamiento de los signos funcionales relacionados con la crisis hemorroidal. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a las sustancias activas o a alguno de los excipientes. **Advertencias y precauciones de empleo:** La administración de este producto no imposibilita el tratamiento específico de otras enfermedades anales. Si los síntomas no disminuyen rápidamente, debe practicarse un examen proctológico y el tratamiento debe ser revisado. **Embarazo:** No hay datos o estos son limitados relativos al uso de fracción flavonoide purificada micronizada en mujeres embarazadas. Los estudios realizados en animales no han mostrado toxicidad para la reproducción. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de Daflon durante el embarazo. **Lactancia:** Se desconoce si el principio activo/los metabolitos se excretan en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos/niños. Se debe decidir si es necesario interrumpir la lactancia o interrumpir el tratamiento tras considerar el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la madre. **Reacciones adversas:** Trastornos del sistema nervioso: Raras; mareos, dolor de cabeza, malestar. Trastornos gastrointestinales: Frecuentes; diarrea, dispepsia, náuseas, vómitos. Poco frecuentes: colitis, Frecuencia no conocida: dolor abdominal. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: Raras; erupción cutánea, prurito, urticaria. Frecuencia no conocida: edema aislado de la cara, labios y párpados. Excepcionalmente, edema de Quincke. **Posología y forma de administración:** Posología usual: un comprimido recubierto/ sachet por día preferiblemente por la mañana. Crisis hemorroidal: 3 comprimidos recubiertos/ sachets al día durante los primeros cuatro días y después 2 comprimidos recubiertos/sachets al día durante tres días. La ranura sirve únicamente para fraccionar y facilitar la deglución pero no para dividir en dosis iguales. MAMS Cert N° 40.987. Daflon 1000 comprimidos; Elaborado en Les Laboratoires Servier Industrie, Gidy, Francia. Daflon 100 mg suspensión oral; Elaborado en 1-3 allée de la Neste - COLOMIERS Francia. Importado por: SERVIER ARGENTINA S.A., Castañares 3222 (C1406IHS) C.A.B.A. - Tel.: 0800-777-SERVIER (7378437) Directora Técnica: Nayla D. Sabbatella - Farmacéutica, Versión: Enero/2020



SERVIER ARGENTINA S.A.  
Av. Castañares 3222 - C.A.B.A.  
Tel: 0800-777 SERVIER (7378437)  
[www.servier.com.ar](http://www.servier.com.ar)

# Tratamiento endovenoso de várices: ¿cuáles son las opciones actuales?

## Conferencistas:



### Dr. Armando Mansilha

Especialista en Angiología y Cirugía Vascul ar en el Hospital de São João; representante de la Unión Internacional de Flebología; Oporto, Portugal



### Dr. Jorge Hernando Ulloa

Cirujano vascular y jefe adjunto de la sección de Cirugía Vascul ar de la Fundación Santa Fe; presidente de la Asociación Colombiana de Cirugía Vascul ar; Bogotá, Colombia

## Moderador:



### Dr. Elvio Demicheli

Cirujano vascular y endovascular en Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende; Mar del Plata, Argentina

A través de un caso clínico podemos observar las diferentes opciones de tratamiento en pacientes con várices, y cómo la evidencia cada vez es más fuerte para recomendar el inicio temprano de fracción flavonoide purificada micronizada.

## Caso clínico



- \* Paciente femenina.
  - \* 55 años.
  - \* Presenta: cansancio, pesadez vesp eral y calambres nocturnos desde hace 16 años.
  - \* Tiene várices en ambas piernas luego de su segundo embarazo (clasificación G3P3).
  - \* Su madre es flebópata.
  - \* Tiene o ha tenido tratamiento con múltiples médicos generales y especialistas en medicina alternativa, pero manifiesta haber logrado escasos resultados en su cuadro clínico.
- Al examen físico:
- \* Grandes várices en la cara medial de ambas piernas, de predominio en miembro inferior derecho (clasificación C3).
  - \* Índice de masa corporal (IMC) de 31.6 kg/m<sup>2</sup>.
  - \* Se observan grandes várices, edema y estigmas de las telangiectasias incipientes con las que inició todo este cuadro.
  - \* La ecografía muestra una gran dilatación, con troncos safenos mayores de 27 mm de diámetro, asociados con grandes plejos epifasciales por debajo de la rodilla (infrageniculares en la cara mediana).

**+ → Armando Mansilha (AM):** ¿La paciente toma alguna medicación? ¿Qué diámetro tiene la safena desde la ingle hasta la rodilla? Si tiene un diámetro grande más o menos armonioso, es regular o tiene alguna tortuosidad es importante, por cuestiones de navegación con las técnicas que podemos o no utilizar. Además, ¿existe algún punto donde la vena pueda ser un poco más superficial y nos enfrente a alguna cuestión de seguridad técnica?

**+ → Jorge Hernando Ulloa (JU):** La paciente no ha tenido los beneficios de conocer la fracción flavonoide purificada micronizada (FFPM). El diámetro de la vena es continuo, de 24 a 27 mm en toda su extensión, desde la unión safeno-femoral hasta la región genicular. Desde allí hacia abajo encontramos cinco grandes venas epifasciales de un diámetro un poco menor. Por debajo de la rodilla, ya se observan grandes tortuosidades.

 **JU:** En la ecografía no le detecto una safena en pierna, como se observa en la gran mayoría de pacientes que encontramos en nuestro ámbito. Teniendo en cuenta la fisiopatología de la enfermedad venosa, que incluye la genética, ¿tú crees que en los próximos 20 años tendremos un competidor de los fármacos venoactivos y una terapia génica que pueda poner fin a la enfermedad varicosa o a la enfermedad venosa?

## La enfermedad venosa crónica no tiene cura, pero sí se pueden controlar los síntomas y mejorar la biomecánica de la enfermedad

 **AM:** Hace 20 años, cuando hablábamos de muchas técnicas que hoy son parte de nuestro quehacer cotidiano, no las imaginábamos. Por eso, no puedo responder con mucha previsibilidad. Si me preguntas si vamos a tener un fármaco para curar yo te diría que no. Otra cosa es que se pueda contar con medicamentos para dos cosas diferentes: controlar la sintomatología y mejorar la biomecánica de la fisiopatología de la enfermedad venosa crónica (EVC).

 **JU:** Por mi parte, opino que la epigenética juega un papel que todavía no conocemos. Es difícil llegar a pensar en algo que nos abra la ventana para trabajar sobre las mitocondrias, que son heredadas de la madre. Existe un concepto que se está comenzando a trabajar sobre enfermedad venosa y patología mitocondrial por la herencia ligada a la madre. Pero un buen 20% de pacientes tienen una herencia ligada al padre también, que no es explicable desde el punto de vista mitocondrial.

 **Elvio Demicheli (ED):** Coincido plenamente con lo que opinan; sin embargo, hay un tema fundamental y es la influencia de los factores ambientales en la población. Es muy difícil enseñar a los individuos cómo deben cuidar sus piernas, mantenerse activos físicamente, etc. Hay una gran lucha contra la genética y otra en lo que respecta a la educación del paciente sobre mantenerse con hábitos físicos, higiénicos y posturales a lo largo de la vida.

 **JU:** Entremos a otro concepto, que es si hay una progresión de la enfermedad. Si el paciente con telangiectasias que llega hoy, dentro de 20 años es un paciente con úlcera venosa o con cambios tróficos de piel, ¿es multisegmental o es segmental el proceso de la evolución del reflujo en la insuficiencia venosa crónica (IVC)?

## La enfermedad venosa crónica tiende a progresar, por lo que es relevante un diagnóstico y manejo temprano

 **AM:** Cuando hablamos de progresión hacemos referencia, una vez más, a dos teorías que son complementarias: la progresión bioquímica que da lugar a la inflamación crónica y que es responsable, en parte, de la sintomatología, y la progresión biomecánica.

 **JU:** Ambas teorías se yuxtaponen. En el estudio venoso de Edimburgo,<sup>1</sup> con una población de 880 individuos (n = 334 pacientes con EVC), se evaluó la progresión de la enfermedad venosa y el tiempo en que esta se produce. Los investigadores encontraron progresión en el 57.8% de los pacientes. Aunque no especifican en qué momento o en qué tiempo se produce la progresión, sí aportan un patrón de progresión, independientemente de cuál sea la teoría que se esté manejando. Hay una progresión en el paciente que manifiesta sintomatología inicial, por ejemplo un C2, y si lo observamos en el tiempo podríamos evaluar la posibilidad de detectar cambios tróficos de piel que pueden conllevar a ulceración. En cuanto al componente familiar, 81 pacientes presentaban componente familiar, frente a 42 individuos que no lo tenían. El *odds ratio* (OR) es de 1.91, es decir casi el doble. Armando, ¿crees que puede ser todavía más alto el número?

 **AM:** Este estudio es el más largo que yo conozco publicado en la literatura, y tiene un seguimiento de 13 años. Todos los pacientes tenían un estadio de C2 para arriba y fueron divididos en: individuos solo con C2; algunos con várices y también con señales de IVC, lo que quiere decir enfermedad más avanzada, y otros solo presentaban señales de IVC sin várices. En todos, la progresión fue elevada. Cuando se habla de los pacientes solo C, este "solo" es entre comillas de EVC, ya que se deben asociar otros aspectos, como la trombosis venosa profunda, la enfermedad tromboembólica y la parte genética.

-  **JU:** Creo que en Latinoamérica se debe efectuar una colección de datos muy juiciosa para poder tener una versión regional de qué es lo que está ocurriendo, porque existen diferencias fundamentales en términos raciales, de temperatura, de humedad y culturales que van a jugar un papel preponderante en lo que se vaya a encontrar a futuro. En cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres, ¿qué nos muestra el estudio de Edimburgo?
-  **AM:** Para pacientes con C2 para arriba está un poco de acuerdo con nuestra práctica, es decir, que la progresión es similar entre hombres y mujeres. Sin embargo, es importante comprender que para los pacientes C2 solo con várices, la obesidad es un factor que se ha relacionado de forma significativa con la progresión para estadios más avanzados –de C3 a C6–. En nuestra paciente con IMC elevado, se deben modificar los hábitos de vida.
-  **JU:** En esta paciente se hizo un tratamiento “híbrido” o conjunto, en el cual se realiza láser supragenicular con espuma infragenicular.<sup>2</sup> La tasa de oclusión observada de la sinergia de estas dos técnicas es exactamente igual a la que se obtiene solamente con termoablación en safenas, teniendo en cuenta que la gran mayoría de las safenas que encontramos en nuestro medio está acompañada de una gran safena en muslo, con epifasciales muy grandes en pierna y, probablemente, que ni siquiera se observa la safena en pierna. ¿Algún punto de vista con esto?

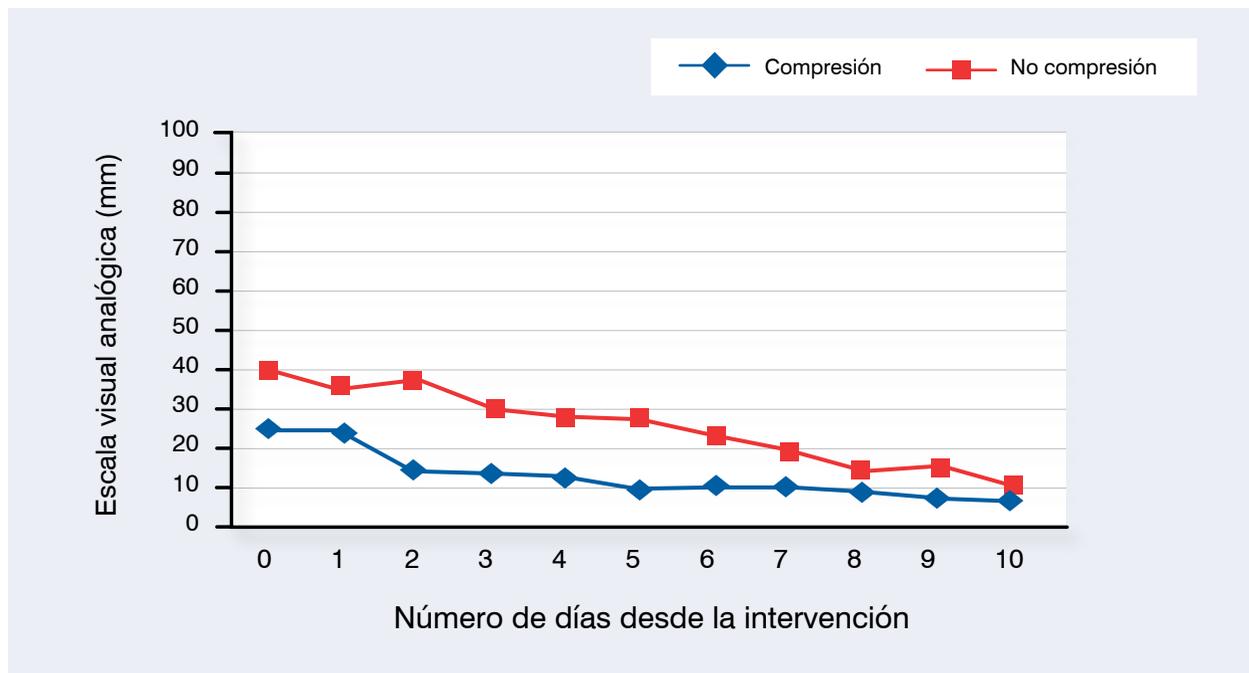
**El enfoque debe ser multidisciplinario y el tratamiento debe ser individualizado, con la técnica más adecuada para cada paciente**

-  **AM:** Hoy por hoy, existen varios tratamientos que se pueden implementar con el mismo nivel de evidencia, con la misma seguridad y con el mismo resultado estético final para la paciente. Se pueden obtener los mismos resultados con diferentes técnicas; lo importante es que se comprenda que el cirujano no debe trabajar solo, sino con compañeros, discutir caso a caso y aplicar la técnica más adecuada. Las guías de las diferentes sociedades científicas internacionales no tienen los mismos niveles de evidencia y grados de recomendación. Elvino, en este caso, ¿tú efectuarías láser en el muslo o en la safena, radiofrecuencia, espuma u otra técnica?
-  **ED:** Yo me siento más cómodo utilizando radiofrecuencia, pero creo que el secreto es saber combinar técnicas y elegir las herramientas adecuadas. En cuanto a los pacientes que tienen un IMC elevado, la educación es fundamental. En Argentina no se cuenta con angiólogos que puedan ayudar en lo referente a la parte clínica de las enfermedades circulatorias. Entonces, se debe enseñar a los pacientes lo que es la modificación de los hábitos para que las enfermedades sean lo menos progresivas posibles, lo cual es muy difícil. En gran parte de América Latina la población general se ha empobrecido, y esto lleva a que las jornadas laborales sobrepasen ampliamente las 8 horas o las 10 horas por día. Entonces, si una persona va a estar de pie 12 horas trabajando para poder tener un ingreso mínimo, es muy difícil decirle “cuando llegue a su casa a las 6/7 de la tarde con las piernas cansadas, recuerde que tiene que hacer 45 minutos de marcha”. Por otro lado, también debemos decirle “no coma tanto hidratos de carbono”, a pesar de que todos sabemos que lo que se hace con harina y agua es lo más económico, y que las proteínas y los vegetales orgánicos son lo más caro. Entonces, hay que buscarle el traje a medida a cada uno de los pacientes. Es fundamental educar porque, de lo contrario, vamos a operar a un paciente que rápidamente va a hacer recidiva.

**La educación de los pacientes es importante para la prevención de la enfermedad y para evitar su progresión o recidiva**

-  **JU:** El abordaje es multidisciplinario, con especialistas no quirúrgicos que aporten en este proceso. Un obeso es un paciente que ya empieza a bombear la grasa por fuera del abdomen. Podemos hacer lo que queramos desde el punto de vista quirúrgico o desde el punto de vista mínimamente invasivo, pero la paciente tiene una condición *ad aeternum* de hipertensión venosa que no se va a corregir con ningún *stent*. Se debe bajar de peso, por lo que una de las mejores indicaciones que se le puede dar a un paciente es caminar. En cuanto a la posterapia de oclusión endoluminal, ¿se le indican medias de elastocompresión al paciente o no se las indicamos? ¿Las medias deben utilizarse durante 8 días después de la intervención, como lo propone el estudio COMETA? (Figura 1).<sup>3</sup>

Se observó menor puntaje de la escala visual analógica en los 2-5 días posteriores en los pacientes con compresión<sup>3</sup>



- ED:** En contra de lo que establecen las guías, yo prefiero lo posible a lo ideal en cuanto a la compresión de las medias. Trato que el paciente comience y entre en la moda de usar una media de elastocompresión empleando la más suave, sabiendo de antemano que debería usar una compresión intermedia; sin embargo, lo que me interesa es que el paciente no se pelee con la media elástica todas las mañanas para colocársela y no quiera sacársela en la mitad de su jornada laboral.
- AM:** Sobre la elastocompresión hay muchas cosas para pensar. Se discute cuántos días después de la intervención, pero no se habla del tipo de intervención, de cómo está la temperatura del país donde habita el paciente, de cuál es el IMC del paciente, de qué grado de compresión requiere, etcétera. Lo que interesa al final es la adhesión al tratamiento. Ese es el punto para la EVC, y lo mismo para la trombosis venosa profunda. Los estudios demuestran que, a los 6 meses y al año, la tasa de adhesión es muy baja. Por ello, se debe individualizar al paciente.
- JU:** En el estudio de Giancesini y col.<sup>4</sup> se muestran los grados de recomendación de las compresiones, que son diferentes según las guías. ¿Qué podemos ampliar al respecto?
- AM:** Para discutir el grado de compresión posintervención es necesario evaluar el tipo de operación (safenectomía, láser, radiofrecuencia, entre otras), el tiempo de la intervención, el IMC, el tipo de anestesia, entre otros factores. Se incluyen variables anatómicas, hemodinámicas y clínicas. Por eso, diferentes sociedades ofrecen distintos niveles de evidencia para la importancia de la compresión, porque existen varias técnicas en el mismo análisis estadístico.
- JU:** Veamos qué pasa en esta revisión sistemática de la literatura disponible en todo lo que tiene que ver con la FFPM y la sulodexida, disponible en México y en Venezuela, pero no en Colombia. ¿Qué puedes explicar sobre esto? ¿Qué sucede con el algoritmo?

**Los fármacos venoactivos son efectivos para la sintomatología, para todos los estadios y las clases de la EVC**

 **AM:** En esta publicación de *International Angiology Journal*<sup>5</sup> lo que intentamos fue identificar ensayos clínicos con pacientes que han sido operados y que han utilizado fármacos venoactivos antes, durante o después de la intervención. Incluimos 5 artículos (todos usaron FFPM, y solo uno sulodexida). Ningún estudio fue aleatorizado ni comparativo. Entre las conclusiones, se observó que los pacientes con FFPM tuvieron menos dolor, menos hemorragias asociadas con los procedimientos y también menos sintomatología. En las últimas guías del *European Venum Forum* hay evidencia para cada síntoma, para los adultos mayores, para la calidad de vida, etcétera. Entre los pacientes operados, la gran mayoría son asintomáticos por el beneficio de los fármacos venoactivos; sin embargo, se deben promover más estudios en los períodos preintervención y posintervención.

 **AM:** La hemodinámica es la discusión fundamental porque existen muchas técnicas mínimamente invasivas para hacer lo mismo. Otro punto importante es tratar la sintomatología del paciente, lo cual tiene impacto en la calidad de vida.

 **JU:** La calidad de vida es algo muy importante y es un factor en el que, tal vez, la fundamentación y el soporte por parte de la literatura sean más fuertes para la administración de la FFPM.

---

## Referencias

1. Lee AJ, Evans CJ, Allan PL, Ruckley CV, Fowkes FG. Lifestyle factors and the risk of varicose veins: Edinburgh Vein Study. *J Clin Epidemiol* 56(2):171-179, 2003.
2. Ulloa JH, Comerota A, Figueroa V, Cifuentes S. Great saphenous vein occlusion rates after combined treatment with laser and foam sclerotherapy. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord* 9(6):1437-1442, Nov 2021.
3. Bootun R, Belramman A, Bolton-Saghaoui L, Lane TRA, Riga C, Davies AH. Randomized Controlled Trial of Compression after Endovenous Thermal Ablation of Varicose Veins (COMETA Trial). *Ann Surg* 273(2):232-239, Feb 2021.
4. Gianesini S, Obi A, Onida S, Baccellieri D, Bissacco D, Borsuk D, et al. Global guidelines trends and controversies in lower limb venous and lymphatic disease: Narrative literature revision and experts opinions following the vWINTER international meeting in Phlebology, Lymphology & Aesthetics, 23-25 January 2019. *Phlebology* 34(1 Suppl):4-66, Sep 2019.
5. Mansilha A, Sousa J. Benefits of venoactive drug therapy in surgical or endovenous treatment for varicose veins: a systematic review. *Int Angiol* 38(4):291-298, Ago 2019.