

HIGHLIGHTS DEL AVF | 2019

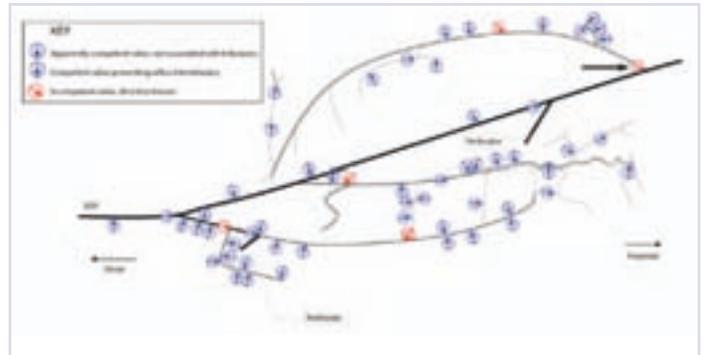
31° Congreso Anual del *American Venous Forum*
Del 19 al 22 de febrero de 2019
Rancho Mirage, EE.UU

En esta edición se continuó con la sección dedicada a la innovación y a la investigación básica en los distintos campos de la flebología.

Los cambios en las microválvulas de las venas superficiales pequeñas son clave para las modificaciones en la piel de la insuficiencia venosa

El Dr. Van Rij describe la presencia de microválvulas en las venas muy pequeñas, lo que puede ser crítico para determinar si se producen cambios en la piel en la insuficiencia venosa. El concepto puede explicar por qué algunas personas con venas varicosas no presentan úlceras venosas. Además, el profesional detalla los cambios degenerativos en la red de las venas muy pequeñas en la piel de las piernas que pueden relacionarse con la aparición de venas reticulares, corona flebectática y telangiectasias. Estos cambios degenerativos aparecen sin la necesidad de que estén presentes las venas varicosas, pero son mucho peores cuando ocurren juntos. Los estudios descritos por el Dr. Van Rij se efectuaron en miembros cadavéricos, amputados, pero previamente estudiados con el paciente *in vivo*. Se realizaron moldes de alta resolución por relleno con resina y corrosión del tejido. Además, de manera novedosa se utilizó el ultrasonido de muy alta resolución y el verde de indocianina para demostrar estos mecanismos *in vivo*.

La conclusión señaló que las microválvulas desempeñan un papel clave en la evolución de las lesiones características de los estadios avanzados de la insuficiencia venosa crónica.

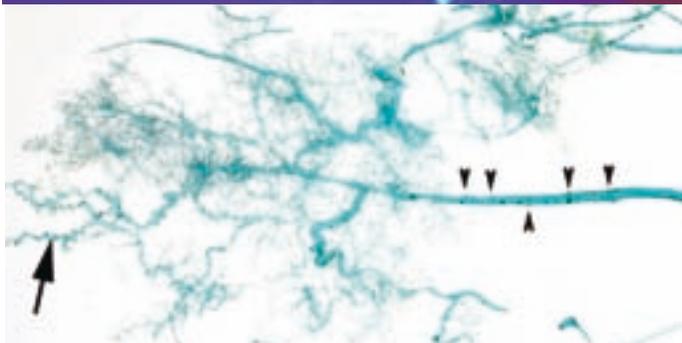
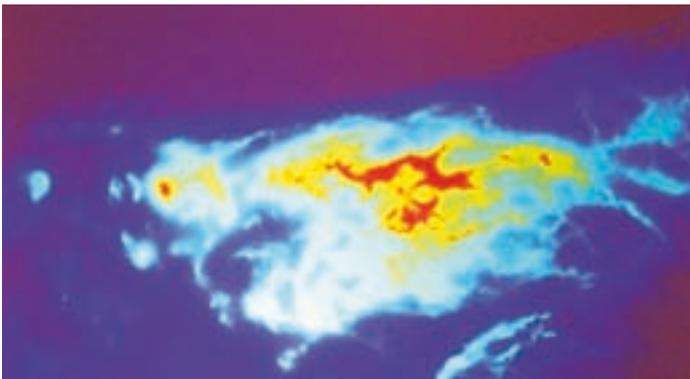


<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301562917324584>

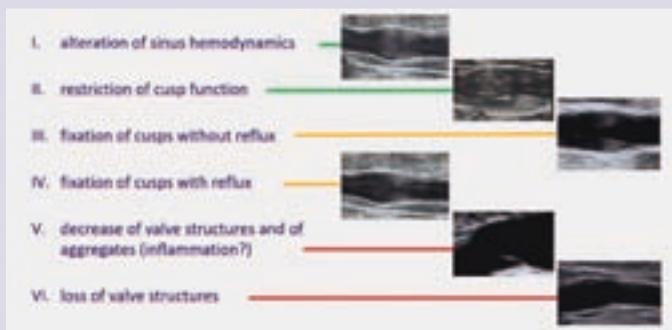
Enfermedad venosa: detección en etapas tempranas (*venous aggregates*)

Un dispositivo diferente del ultrasonido con imágenes mejoradas (> 14 MHz, resolución detallada, cuantificación de bajo flujo) prepara el escenario para una nueva era en la flebología: la detección de estadios muy tempranos de la enfermedad venosa; en particular, la insuficiencia.

Encontramos que los agregados de partículas de sangre resistentes al movimiento alrededor de las válvulas venosas sirven como predictor e indicador de enfermedad venosa. Estos agregados son diferentes de los lodos (potencialmente móviles) y los trombos (plaquetas fijadas con fibrina). Después de examinar más de 1000 válvulas de venas safena y superficial, podemos reconocer al menos seis etapas diferentes de la morfología de la válvula de ultrasonido. En el caso de la hipervolemia (reflujo por dilatación), que se produce rápidamente, existe un mecanismo que pasa por alto la etapa IV.



Las consecuencias de estas descripciones aún se desconocen, pero están en curso diversas investigaciones sobre prevención en estadios tempranos.



Blood particle aggregates in consecutive stages of acquired valve damage.
© Ragg JC 2018.



https://www.venartis.org/docs/proj/en/Venous_disease_early_stages.pdf

EVRA Trial: estudio de ablación del reflujo venoso temprano en la úlcera venosa. Estudio multicéntrico y prospectivo en el Reino Unido.

Aunque faltan datos epidemiológicos contemporáneos, del 1% al 2% de las personas mayores de 65 años sufrirán ulceraciones en las piernas.

Dada la información que demuestra que las heridas crónicas son más difíciles de curar, previamente se consideraba que poner en práctica vías de derivación de úlceras en las piernas para garantizar que se alcance un diagnóstico preciso lo antes posible era una prioridad; sin embargo, este enfoque no se ha adoptado ampliamente.

Si bien las barreras para la derivación temprana, la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de las úlceras en las piernas probablemente varían entre los diferentes sistemas de atención médica, la falta de pruebas de "nivel 1" de ensayos controlados y aleatorizados que muestren que la intervención temprana para la ulceración venosa es clínica y rentable no mejora el escenario.

Aunque el ensayo ESCHAR, publicado hace casi 15 años, demostró que la cirugía convencional para reducir el reflujo venoso superficial reduce la recurrencia de la úlcera, no pudo

comprobar que esta intervención mejora la curación. Además, muchos pacientes con úlceras venosas en las piernas no se consideraron adecuados para la cirugía, ya fuera por oclusión de las venas profundas, úlceras secundarias a malignidad, alto riesgo quirúrgico, entre otros, por lo que fueron excluidos.

Por lo tanto, muchos colegas no estuvieron convencidos de que la intervención quirúrgica temprana confiriera un beneficio adicional sobre el tratamiento conservador con compresión. La intervención venosa ha avanzado considerablemente desde el ensayo ESCHAR.

La mayoría de los pacientes con reflujo venoso superficial sintomático recibe un mejor tratamiento con métodos endovenosos (particularmente, ablación endotérmica y escleroterapia con espuma guiada por ultrasonido [*ultrasound-guided foam sclerotherapy*, UGFS]) en lugar de la cirugía convencional. Esto es especialmente cierto para los pacientes ancianos y frágiles. Como resultado, ha habido una tendencia creciente a ofrecer una intervención endovenosa con anestesia local en la mayoría de los pacientes con úlceras venosas activas en lugar del tratamiento histórico de compresión y la cirugía convencional posterior para reducir la recurrencia en un grupo seleccionado de pacientes.

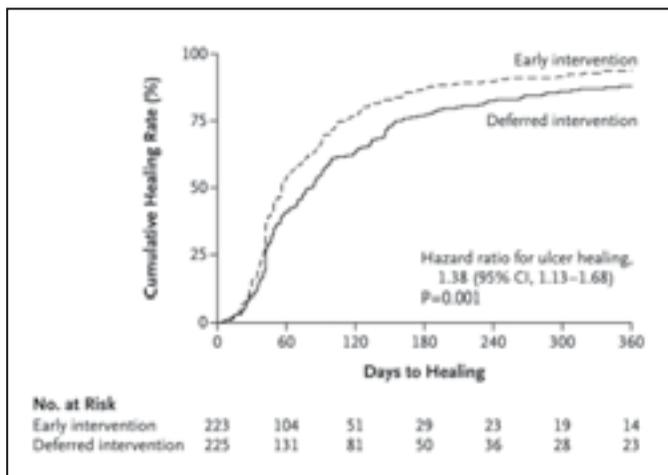
Concretamente, en la práctica, este cambio no se ha demostrado y la "creencia" entre los especialistas vasculares de que este fue el enfoque correcto no ha sido suficiente para convencer a muchos practicantes de la comunidad a referir pacientes con úlceras en las piernas. Afortunadamente, la base de información se ha transformado por la publicación reciente de un ensayo del Reino Unido para la investigación de la salud y la evaluación de la tecnología de la salud financiado por el *Early Venous Reflux Ablation* (EVRA). Este ensayo asignó al azar a 450 pacientes con úlceras venosas en las piernas que se presentaron en 20 centros vasculares especializados dentro de las 2 semanas (intervención temprana) o después de los 6 meses (diferida) de la ablación del reflujo troncal superficial por vía endovenosa y del tratamiento de compresión estándar. La ablación temprana por vía endovenosa se asoció con una reducción en el tiempo de curación de una mediana de 82 a 56 días. El índice de riesgo para la cicatrización de la úlcera fue de 1.38 y la tasa de cicatrización de la úlcera a las 24 semanas fue del 85.6% y del 76.3% en los grupos de intervención temprana y diferida, respectivamente. La ablación temprana se asoció con el aumento significativo en el tiempo libre de úlcera durante los 12 primeros meses (306 frente a 278 días), junto con la reducción significativa en la puntuación de la gravedad clínica venosa y la mejora en la calidad de vida; además, el procedimiento fue altamente rentable. Se permitió a los clínicos usar su técnica endovenosa preferida, más comúnmente UGFS, que se empleó sola o en combinación con otros métodos en más del 50% de los casos.

Este ensayo histórico debería anunciar un cambio importante en el pensamiento y la práctica con respecto al tratamiento de las úlceras en las piernas.

EVRA ahora proporciona información clara que señala que la ablación temprana por vía endovenosa acelera la cicatrización de la úlcera y reduce la recurrencia, al menos hasta 12 meses. Las normas tendrán que volver a escribirse.

Aunque EVRA es, sin duda, un ensayo importante, se requieren datos de seguimiento a más largo plazo para poder determinar el impacto total de la intervención temprana por vía endovenosa

en la recurrencia. Se precisan ensayos adicionales para definir mejor la atención basada en la evidencia para los pacientes con úlceras en las piernas que no fueron objeto de los ensayos EVRA, incluidos los sujetos con úlceras venosas crónicas (más de 6 meses) y aquellos con enfermedad arterial, en quienes la intervención temprana por vía endovenosa puede, incluso, ser más efectiva porque la compresión total está contraindicada.



Kaplan-Meier curves for time to ulcer in the two treatments groups.



<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1801214>



<https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMdo005294/full?requestType=popUp&relatedArticle=10.1056%2FNEJMoa1801214>

Resultados iniciales de un estudio de viabilidad clínica para la formación de una válvula venosa profunda autóloga para tratar la insuficiencia venosa crónica

Este trabajo presenta un prototipo de dispositivo endoluminal para la formación de una válvula venosa profunda autóloga en los pacientes con insuficiencia venosa profunda (BlueLeaf® de InterVene). Históricamente, los enfoques terapéuticos para el reflujo venoso profundo implicaban procedimientos quirúrgicos difíciles y mórbidos, o intentos fallidos de implantar válvulas. Los objetivos del estudio fueron evaluar la seguridad y la eficacia de la formación endovenosa de válvulas en venas profundas autógenas.

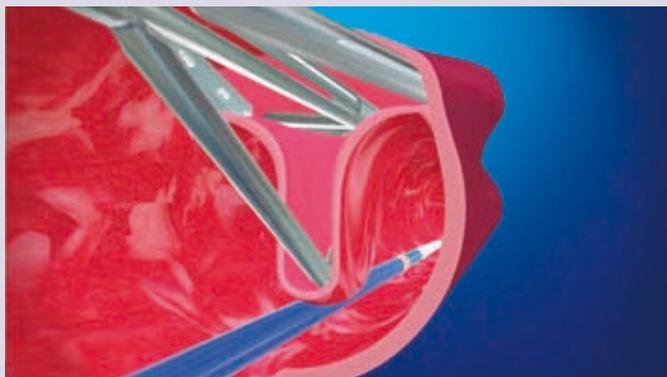
El estudio está en curso y se presentan los resultados para los 10 primeros pacientes tratados. Se utiliza un sistema de formación valvular autóloga endovenosa en 4 centros en Nueva Zelanda y Australia. El acceso percutáneo retrógrado se obtuvo a través de la vena femoral común; la venografía de contraste y la ecografía intravascular (IVUS [intravascular ultrasound]) se utilizaron para evaluar el reflujo e identificar los posibles sitios de tratamiento. Si el sujeto se consideró elegible, se introdujo el dispositivo de estudio 16Fr y se utilizó para formar una válvula monocúspide. Las válvulas en segmentos de la vena femoropoplítea abarcan 7 mm a 11 mm de diámetro. Se utilizaron IVUS y venografía para evaluar su funcionalidad. Una o más válvulas monocúspides se formaron eficazmente en 9 de 10 sujetos. Se completó una formación de válvulas en 4 pacientes, 2 formaciones en 4 participantes y 3 formaciones en un sujeto, en tanto que la anatomía no se ajustó a la formación eficaz de válvulas en un paciente.

El seguimiento varió de 30 a 210 días, con una mediana de 30 días. Durante este tiempo no se informaron casos de trombosis venosa profunda oclusiva, pero se detectaron eventos adversos relacionados con el dispositivo o el procedimiento.

A los 30 días hubo un cambio medio de 0.3 (-1.9 a 4.3) en el tiempo de reflujo (segundos) en la vena femoral proximal, de 0.4 (-1.4 a 5.6) en la vena femoral distal y de 0.2 (-3.3 a 6.7) en la vena poplítea media. Siete de 10 sujetos tuvieron una mejoría de > 4 puntos en la puntuación de la gravedad clínica venosa.

Como conclusión, la formación valvular endovenosa en el sistema venoso profundo es factible, y la experiencia inicial sugiere que puede ser un tratamiento seguro y eficaz para la insuficiencia venosa crónica.





Dispositivo endoluminal para la formación de una válvula venosa profunda autóloga en los pacientes con insuficiencia venosa profunda.



<https://www.intervene-med.com/>

tratada en esta cohorte con ulceraciones por estasis venosa activa o curada. Este estudio buscó evaluar si la presencia de un perforante patológico predice la presencia de una estenosis venosa central ipsilateral. El trabajo se basó en una revisión retrospectiva de una base de datos institucional mantenida en forma prospectiva. Se identificaron pacientes consecutivos a los que se les realizó una ablación con láser de un perforante patológico. La mayoría de los pacientes no fue sometida a imágenes venosas centrales dedicadas. Se identificaron los pacientes en los que se efectuaron imágenes abdominales incidentales que permitieron la evaluación de las venas centrales (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada, venograma/IVUS). Los pacientes fueron divididos según tuvieran, o no, imágenes. De los pacientes sometidos a imágenes, el resultado principal fue la presencia de una estenosis venosa central ipsilateral, medida por una reducción del diámetro ortogonal de > 50% en imágenes axiales, o por una reducción del área de superficie de sección transversal de > 50% mediante IVUS.

Como resultado, las 63 extremidades de pacientes sometidas a ablación de un perforante patológico demostraron estenosis venosas centrales ipsilaterales en el 83.3% de los casos frente a las extremidades contralaterales, que presentaron estenosis venosas centrales en el 44.4%.

Como conclusión, este estudio sugirió que la mayoría de los pacientes sometidos a un tratamiento para un perforante patológico tiene estenosis venosa central ipsilateral. La identificación de la estenosis venosa central en las extremidades con un perforante patológico tratado respalda el concepto de que la enfermedad de múltiples niveles puede ser la causa de insuficiencia venosa grave, trastorno que, por lo general, es mal diagnosticado y tratado. La evaluación continua demostrará si la identificación y el tratamiento de la estenosis venosa central en pacientes con una perforante patológica darán mejores resultados.



[https://www.jvsvenous.org/article/S2213-333X\(19\)30029-0/fulltext](https://www.jvsvenous.org/article/S2213-333X(19)30029-0/fulltext)

Una perforante patológica puede predecir la presencia de una estenosis venosa ipsilateral central

El tratamiento de una perforante de reflujo está indicado en la insuficiencia venosa grave (es decir, perforante patológico), pero no hay datos suficientes que caractericen la presencia de una estenosis venosa central concomitante. En consecuencia, la estenosis venosa central puede estar infradiagnosticada y no



Contenidos adaptados por el
Dr. Martín Mazzurco

Flebólogo, Cirujano y Ecografista Vascular; miembro de la Asociación de Flebología de Rosario y del Colegio Argentino de Cirugía Venosa y Linfática. Staff Sanatorio Mapacé, Rosario, Argentina.



Para mayor información de nuestros productos escanee el código QR o diríjase a nuestra página web: www.servier.com.ar.
SERVIER ARGENTINA S.A. Av. Castañares 3222 – Capital Federal (C1406IHS) C.A.B.A., Tel.: 0800 777 SERVIER (7378437).
Material para uso exclusivo del profesional. Prohibida su exhibición y/o entrega a pacientes, consumidores y/o al público en general.