

COMUNICACIÓN PRELIMINAR: FLEBECTOMÍA DE LAS VÁRICES + ESPUMA ESCLEROSANTE DEL TRONCO SAFÉNICO: UNA PROPUESTA TERAPÉUTICA INNOVADORA

Por **A. Cavezzi, V. Carigi, P. Buresta, S. Di Paolo, G. Sigismondi**

Unidad Vasculuar, Clínica Stella Maris y Poliambulatorio Hipócrates, S. Benedetto del Tronto (AP)

Recibido para su publicación el 25 de julio de 2008, traducido al español por los autores. N de R.

El tratamiento de las várices de los miembros inferiores, está caracterizado por una amplia gama de opciones terapéuticas, en función de la sustancial carencia de una terapia definitiva, pero sobretodo, en virtud del hecho de que la etiopatogénesis de la enfermedad varicosa permanece desconocida.

Aparte de los métodos quirúrgicos, más o menos consolidados, los procedimientos endovenosos (láser, radiofrecuencia y escleroterapia con espuma esclerosante (EEE)), se están difundiendo en forma masiva, y en algunas publicaciones recientes han validado sus potencialidades.

La cirugía de las varices está inevitablemente afectada por una recidiva que varía del 20 al 30% a 5 años en la casuística internacional y por otro lado, probablemente la EEE pueda necesitar un re-tratamiento con el tiempo, sobretodo para safenas de grandes dimensiones, para mantener y validar los resultados a corto y medio plazo.

En forma similar la literatura y nuestro experiencia personal muestran que la tasa de recidiva es obviamente más alta en caso de realizar solo flebectomía (FLB) sin safenectomía, así como el calibre de las safenas es sumamente importante para la EEE que entonces parecería estar más indicada para vasos de calibre menor a los 10 mm.

Además puede ser útil recordar que los resultados del láser endovenoso y la radiofrecuencia “esconden” de alguna manera la obvia contribución de la FLB y/o de la EEE para el tratamiento de las várices ya que se usan en asociación con la ablación térmica de la safena.

En virtud de la anterior explicación, se han intentado potenciar los resultados de la utilización de la simple FBL o de la simple EEE, mediante la combinación entre estos dos méto-

dos, reproduciendo la combinación del láser y radiofrecuencia endovenosos que van siempre combinados con FLB y / o EEE.

Gracias a la experiencia lograda con el procedimiento “primer tiempo de la CHIVA 2” (ligadura y desconexión de la rama colateral safena refluente proximal a nivel del tronco de la safena con flebectomía asociada según necesidad), se ha podido constatar, de acuerdo con la literatura⁽¹⁾, como la vena safena interna y externa mantienen a menudo su continencia, reduciendo notablemente su calibre enseguida después de aplicar el procedimiento antes explicado; lamentablemente esta nueva y favorable condición anatómo-hemodinámica está destinada a cambiar en el tiempo (1-5 años), con el mantenimiento del reflujo safénico en la mayoría de los casos⁽²⁾, y por lo tanto, una nueva etapa quirúrgica (crosectomía) es necesaria muchas veces para estabilizar el sistema safeno, en la estrategia CHIVA (2º tiempo de la CHIVA 2).

Esta experiencia nos ha llevado a desarrollar un método basado en la combinación de la escleroterapia con espuma esclerosante, sobre el eje safénico, con la finalidad de optimizar los resultados de la cirugía “periférica” (FLB o primer tiempo del CHIVA 2). Por lo tanto, los autores han seleccionado una serie de pacientes con varices en los miembros inferiores y con incontinencia de la vena safena interna, de la vena safena accesoria anterior o de la vena safena externa (con o sin incontinencia de las respectivas válvulas terminales) y han valorado los resultados de un procedimiento terapéutico en dos tiempos, caracterizado por FLB de las várices, con ligadura y desconexión de la colateral varicosa más proximal en la base del tronco safénico en primera instancia y con escleroterapia eco-guiada con espuma esclerosante del tronco

safénico (si es refluente, de calibre medio, sobre 5-6 mm) después de la FLB, dentro de un periodo de 1-2 meses (Figura 1).

Los resultados a mediano plazo (28 meses) en los primeros 44 pacientes (de los 140 operados) que han tenido un seguimiento adecuado, son válidos desde el punto de vista clínico (desaparición de las varices en el 81% de los casos y mejora / desaparición de los síntomas en el 93% de los casos), con evidencia de reflujo en el tronco safénico, mediante examen ecoDoppler color en el 25% de los casos, mientras que la mayor parte de la safena residual ha presentado una permeabilidad con flujo anterógrado (más raramente una obliteración completa) (Figura 2). La valoración mediante examen ecoDoppler color ha demostrado que el calibre de la vena safena se ha reducido al menos del 50% en la totalidad de los casos tratados, con esta combinación FLB y EEE.

Las complicaciones verificadas después de los dos tiempos quirúrgicos y escleroterápico han sido mínimas (un caso de varicoflebitis, dos pigmentaciones, un caso de matting y uno de linfostasis transitoria), sin evidencia de mayores complicaciones y con un porcentaje inferior respecto a las posibles complicaciones encontradas utilizando solo la EEE. Los análisis estadísticos han demostrado que los mejores resultados, como era lícito pensar, se han obtenido en pacientes con válvula terminal safénica continente (los cuales corresponden a un calibre de safena inferior⁽³⁾).

Con el fin de optimizar el impacto de la EEE sobre el resultado final del método combinado, se ha procedido en el transcurso de los últimos 12 meses, a utilizar la EEE directamente durante la intervención quirúrgica de FLB, mediante un catéter endovenoso largo (40-80 cm.); esta última variación ha aportado de hecho una mejoría potencial de los resultados a corto plazo (con un seguimiento máximo de 12 meses), con un porcentaje mayor de esclerofibrosis en los vasos tratados. El posible incremento del riesgo

trombo-embólico con la EEE intra-operatoria, no ha supuesto hasta el momento problemas en los pacientes que han sido intervenidos con el método en una única vez (ningún caso de trombo-embolismo en los primeros 38 pacientes tratados, con auxilio de heparina de bajo peso molecular por el primer día); debemos subrayar que un tratamiento en una única vez reduce además la posibilidad de conservación del eje safénico, lo que es teóricamente posible con el método en dos tiempos; posiblemente el método de FLB y EEE en un único tiempo (con catéter largo intraoperatorio) debería ser reservado a los casos más avanzados (aquellos pacientes con mayor calibre de safena y varicosis masiva). De hecho se puede postular que los casos más complicados con calibres excesivamente grandes del tronco safénico no representan una óptima indicación para esta combinación, y por lo tanto en nuestra experiencia la safenectomía con FLB mantiene su indicación en una proporción (muy reducida) de pacientes varicosos.

En virtud del hecho que, la FLB y la EEE constituyen métodos de bajo coste y de renombrado valor en cuanto a estética y radicalidad, la posibilidad de sus combinación parece constituir un acercamiento terapéutico válido, tanto desde el punto de vista costo / beneficio, como a eficacia y seguridad. Además, debemos recordar que, en caso de recidiva varicosa después de esta combinación, la gran mayoría de casos pueden ser re-tratados con una sesión de EEE; igualmente se destaca que la combinación de FLB y EEE deja la zona inguinal o poplíteica totalmente intacta (ningún tratamiento quirúrgico del cayado es practicado), entonces la neovascularización en estas áreas es sustancialmente imposible y por lo tanto, el tratamiento quirúrgico se pueda realizar muy fácilmente si es necesario.

Por lo tanto, será obviamente la valoración de los resultados a más largo plazo para poder aclarar las indicaciones y la utilidad de este método que aparece a priori como suficientemente conservador y radical.

REFERENCIAS

- 1) Zamboni P, Cisno C, Marchetti F, Quaglio D, Mazza P, Liboni A. Reflux elimination without any ablation or disconnection of the saphenous vein. A haemodynamic model for venous surgery. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2001 Apr;21(4):361-9
- 2) Escribano JM, Juan J, Bofill R, Maeso J, Rodriguez-Mori A, Matas M. "Durability of reflux-elimination by a minimal invasive CHIVA procedure on patients with varicose veins. A 3-year prospective case study" *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2005
- 3) Cappelli M, Molino Lova R, Ermini S, Zamboni P. Hemodynamics of the sapheno-femoral junction. Patterns of reflux and their clinical implications. *Int Angiol.* 2004 Mar;23(1):25-8.

Figura 1: Combinación de flebectomía con gancios de las várices y escleroterapia con espuma esclerosante del tronco safénico

1° Tiempo: Flebectomía de las vena varicosas (colaterales) por abajo de la flecha, con desconexión de la colateral varicosa proximal del tronco safénico a nivel de la flecha roja.

2° Tiempo: Escleroterapia con espuma esclerosante del tronco safénico con guía ecográfica (1-2 meses después de la flebectomía) o transcateter (durante la flebectomía).



Figura 2

