



## EDITORIAL

### La vena lo soporta todo

### The vein withstands all

R. Fernández-Samos Gutiérrez



Servicio de Angiología y Cirugía Vascul, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

Recibido el 4 de mayo de 2015; aceptado el 14 de mayo de 2015

Disponible en Internet el 22 de junio de 2015

Los principios del tratamiento quirúrgico de las varices establecidos por Perthes, Keller, Mayo y Babcock, que se fundamentaban en la ligadura de la unión safenofemoral o safenopoplíteas, el *stripping* de la safena insuficiente y la flebectomía de las venas varicosas, han permanecido invariables más de un siglo<sup>1</sup>.

En la actualidad se está produciendo un replanteamiento del tratamiento de las varices, influido decisivamente por varios motivos: el predominio estético en las indicaciones, la demanda de cirugía «no invasiva» o ambulatoria bajo anestesia locorregional, la presión político-asistencial de las listas de espera y las diferentes concepciones entre medicina pública y medicina privada. En muchas ocasiones es la medicina privada quien sale al «rescate» y asume el tratamiento de las varices por «insuficiencia» de la pública.

Y en estos cambios no podemos obviar el papel que representan los medios de comunicación, la publicidad<sup>2</sup>, el *marketing*, los costes del tratamiento y su financiación, las nuevas tecnologías<sup>3</sup>, la presión del complejo médico-industrial<sup>4</sup>, las preferencias del médico, las preferencias del paciente y el masivo desembarco de las que podemos denominar «especialidades afines» (radiología, dermatología, estética) y otros peligrosos «intrusismos» no médicos.

El objetivo real del tratamiento no debería ser si es más o menos invasivo, sino si es curativo. Evidentemente, si es curativo, mejor que sea poco invasivo. Pero ¿qué estamos tratando?: ¿enfermedad venosa, trastorno venoso, enferm@s venosos o trastornad@s venosos?

Hoy en día podemos dividir el tratamiento de las varices en: quirúrgico (*stripping*, *chiva*), endovenoso (láser, radiofrecuencia, espuma, pegamento) y mecánico-químico. Desde el punto de vista conceptual podríamos también dividirlo en: destructivo (*stripping*, láser, radiofrecuencia, espuma, pegamento, mecánico-químico) y conservador (*chiva*).

El advenimiento de las nuevas técnicas ha cambiado profundamente el tratamiento de las varices, pero la cirugía tradicional es todavía la más ofertada<sup>4</sup>. Las otras terapias varían mucho en función de su conocimiento, disponibilidad, financiación, países, sistemas sanitarios, hospitales, costes, etc.

El *stripping* puede considerarse un procedimiento agresivo para una enfermedad no grave, pero todas las alternativas terapéuticas se comparan con él<sup>5</sup>. Se pone en duda ahora la seguridad y eficacia del *stripping* porque los estudios a corto plazo apoyan los tratamientos menos invasivos al estar asociados a menos dolor y malestar perioperatorio<sup>6,7</sup>.

El avance más decisivo en el tratamiento de las varices ha sido la exploración hemodinámica mediante eco-Doppler, que demuestra que hay muchos trayectos venosos normales, competentes y sin reflujo. Lo correcto sería replantear el *stripping*: hacerlo en trayectos cortos, solo los necesarios, extirpar por invaginación, conservar capital venoso normal y realizar mini-incisiones y varicectomías. El *stripping*, según cómo y por quién sea practicado, también puede ser una técnica «poco» invasiva.

Hay centenares de publicaciones comparando todo tipo de opciones en donde hay resultados para todos los

Correo electrónico: [rafasamos@telefonica.net](mailto:rafasamos@telefonica.net)

gustos, donde se introducen los costes, el tiempo quirúrgico, el tiempo de baja laboral, el dolor postoperatorio, las complicaciones o reacciones adversas, los daños colaterales, etc. Todos los tratamientos parecen eficaces pero se necesitan estudios de más calidad<sup>8,9</sup>.

El tipo de insuficiencia varicosa es el que debería determinar el tratamiento a escoger, no hay un único tratamiento empleado universalmente. Podríamos afirmar que *la vena lo soporta todo*.

Las técnicas «poco» invasivas parecen ser, hoy en día, tan efectivas como la cirugía, y mejoran al *stripping* en cuanto a la posibilidad de hematomas, hemorragias, infecciones, incapacidad, dolor y parestesias.

Los procedimientos endovenosos obtienen resultados similares al *stripping* para mejorar la hemodinámica de retorno, corregir el estasis venoso, aliviar los síntomas, evitar las complicaciones, restituir la estética y minimizar la recidiva<sup>10</sup>. A medio y largo plazo parecen eliminar o reducir al máximo el reflujo safeniano, son más estéticos, con una incorporación rápida a la vida normal, con menos o mismas complicaciones y menos dolor. Aunque dependen mucho del diámetro de la vena safena insuficiente.

Un aspecto poco estudiado es el de la recurrencia<sup>11</sup>, en donde muchos factores están implicados: técnica, táctica y habilidades quirúrgicas, neovascularización, fracaso de cierre del punto de fuga, fracaso en el drenaje del sistema venoso superficial, aparición de nuevos puntos de fuga, recanalización de safenas tratadas, progresión de la enfermedad, etc. La mayor parte de fracasos de cierre del punto de fuga se dan en la región inguinal<sup>12</sup>. Pero en los procedimientos endovasculares «*sensu stricto*», no debe practicarse crosectomía, y al no haber incisión ni disección quirúrgica de la ingle, puede que se minimice la alteración hemodinámica al preservarse el drenaje fisiológico venoso de la pared abdominal.

Los avances en estas técnicas y en el equipamiento probablemente mejorarán los resultados, pero ¿conseguirán reducir las recidivas? También es cierto que la recanalización anatómica no siempre va acompañada de recidiva varicosa visible, con signos y síntomas venosos leves (insuficiencia venosa «mental»).

El tratamiento óptimo no es fácil<sup>13</sup>. Para conseguir resultados excelentes, hay que establecer una estrategia individual adaptada a cada paciente, la mayor parte de las veces empleando la combinación de varias técnicas, aunque la definición de un resultado óptimo no está bien aclarado en las publicaciones: un buen resultado puede ser diferente tanto para el cirujano como para el paciente.

Las varices son tan viejas como la vida misma y la moda viene y va. La cirugía de las varices es uno de los procedimientos electivos más comunes, pero los cirujanos todavía tienen dilemas de cómo y cuándo tratarlas. La crosectomía con *stripping* es el tratamiento estándar, pero su uso tiene algunos efectos desagradables. Aunque no hay evidencias claras provenientes de ensayos controlados y randomizados, las técnicas «poco» invasivas han cambiado el paisaje del tratamiento de las varices<sup>14</sup>.

Los cambios acontecidos en la pasada década son probablemente los precursores de la siguiente generación, pero deberemos mantener siempre nuestro sentido común y combinar experiencia y resultados.

Punto y aparte merece este comentario final: ¿quién trata en España a los pacientes con varices? Porque en 2 de cada 3 hospitales públicos de nuestro país no hay especialistas en cirugía vascular, por lo que son habitualmente los cirujanos generales quienes deben asumir estas intervenciones, cuya formación, especialización y posibilidades de actualización no son siempre las más adecuadas para el manejo de esta dolencia tan prevalente<sup>15</sup>.

## Bibliografía

1. Fenney PW. Surgical treatment of varicose veins; a survey of the methods of treatment with a description of intraluminal stripping and its results. *Ann Surg.* 1951;133:386–93.
2. Maeso-Lebrún J. Publicidad engañosa. *Angiología.* 2003;55:84–5.
3. De Maeseneer M. The endovenous revolution. *British J Surg.* 2011;98:1037–8.
4. Jupiter J, Burke D. Scott's parabola and the rise of the medical-industrial complex. *Hand (N Y).* 2013;8:249–52.
5. Mowatt-Larssen E, Shortell CK. Treatment of primary varicose veins has changed with the introduction of new techniques. *Semin Vasc Surg.* 2012;25:18–24.
6. Biemans AA, Kockaert M, Akkersdijk GP, van den Bos RR, de Maeseneer MG, Cuypers P, et al. Comparing endovenous laser ablation, foam sclerotherapy, and conventional surgery for great saphenous varicose veins. *J Vasc Surg.* 2013;58:727–34.
7. Murad MH, Coto-Yglesias F, Zumaeta-Garcia M, Elamin MB, Duggirala MK, Erwin PJ, et al. A systematic review and meta-analysis of the treatments of varicose veins. *J Vasc Surg.* 2011;53 Suppl 5:S49–65.
8. Siribumrungwong B, Noorit P, Wilasrusmee C, Attia J, Thakintian A. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials comparing endovenous ablation and surgical intervention in patients with varicose vein. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2012;44:214–23.
9. Leopardi D, Hoggan BL, Fitridge RA, Woodruff PW, Maddern GJ. Systematic review of treatments for varicose veins. *Ann Vasc Surg.* 2009;23:264–76.
10. McBride KD. Changing to endovenous treatment for varicose veins: How much more evidence is needed? *Surgeon.* 2011;9:150–9.
11. De Maeseneer M, Biemans AA, Pichot O. New concepts on recurrence of varicose veins according to the different treatment techniques. *Phlebologie.* 2013;66:54–60.
12. Brake M, Lim CS, Shepherd AC, Shalhoub J, Davies AH. Pathogenesis and etiology of recurrent varicose veins. *J Vasc Surg.* 2013;57:860–8.
13. Pichot O, de Maeseneer M. Treatment of varicose veins: Does each technique have a formal indication? *Perspect Vasc Surg Endovasc Ther.* 2011;23:250–4.
14. Van den Bremer J, Moll FL. Historical overview of varicose vein surgery. *Ann Vasc Surg.* 2010;24:426–32.
15. Morales-Cuenca G, Moreno-Egea A, Aguayo-Albasini JL. Los cirujanos generales frente a la cirugía de las varices. *Cir Esp.* 2009;85:205–13.