



EDITORIAL

Opciones terapéuticas de las varices

Therapeutic options for varicose veins



E. Roche

Servicio de Cirugía Vascular, Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona, España

Recibido el 18 de febrero de 2016; aceptado el 27 de mayo de 2016

Disponible en Internet el 22 de septiembre de 2016

El tratamiento de las varices ha sufrido una revolución en los últimos 25 años. En el siguiente número de ANGIOLOGÍA se hará una revisión de diferentes técnicas para su tratamiento. Aunque la figura de Claude Franceschi¹ y su estrategia CHIVA aún genera discusión y polémica, creo justificado reconocer el valor de sus aportaciones a finales de los años 80. El enfoque de su estrategia y la utilidad del estudio ecográfico ha supuesto un importante avance en el manejo de esta afección. Su planteamiento y la terminología específica, aparte de haber provocado una reacción muy polarizada, nos ha obligado a replantearnos ciertas prácticas. La safenectomía indiscriminada ha sido una técnica que ocasionalmente ha sacrificado venas útiles y sanas.

Bibliografía basada en algunos metaanálisis parece concluir que la estrategia hemodinámica CHIVA ofrece mejores resultados frente a la técnica clásica de safenectomía convencional en términos de recuperación física inmediata y en el índice de recidiva a los 5 años²⁻⁴. Sin embargo, debemos tener en cuenta que actualmente la cirugía conocida como convencional se está realizando mediante técnicas menos agresivas y utiliza la información obtenida mediante la exploración ecodoppler para establecer un plan terapéutico idóneo. Por ese motivo, algunos datos analizados en estos estudios actualmente no son aplicables. También conviene destacar que no existen estudios comparativos con resultados a largo plazo entre estrategia CHIVA y las técnicas intravenosas como el endoláser o la radiofrecuencia, que son cada vez más utilizados y suponen aún menos agresividad al evitar el abordaje inguinal o de la fosa poplítea.

Aunque la estrategia CHIVA sigue aplicándose de forma muy frecuente en Cataluña y en algunos hospitales del resto de España, esta no ha sido la tendencia internacional, que se ha decantado más hacia técnicas ablativas endovasculares.

Dos españoles han contribuido a la revolución de la Flebología moderna; aportaciones como la escleroterapia con microespuma de Juan Cabrera⁵ y el endoláser de Carlos Boné han supuesto 2 avances en el tratamiento de las varices que se han convertido en técnicas de práctica común. El endoláser fue publicado en una revista internacional por Min y Navarro, aunque se trata de una invención española⁶.

Lo cierto es que han sido necesarias muchas publicaciones para que tanto la ablación mediante láser como otras técnicas endoluminales, incluyendo el uso de espuma esclerosante, hayan sido aceptadas como equivalentes o potenciales sustitutos de la safenectomía convencional.

La irrupción de toda esta tecnología en el mundo de las varices supuso un punto de inflexión en cuanto al interés que suscitaba la flebología para la industria médico-sanitaria. A partir de este momento se identificó una clara oportunidad de negocio y tanto el endoláser como otros sistemas como la radiofrecuencia, cuya primera publicación se atribuye a Weiss y Weiss⁷, fueron el embrión de un nuevo mercado que se ha desarrollado de forma exponencial.

En cuanto a los resultados clínicos, podemos afirmar que los ensayos comparativos entre las técnicas endoluminales y el procedimiento clásico parecen coincidir en que a corto plazo aparecen evidentes ventajas en cuanto a efectos adversos, días de baja laboral y dolor postoperatorio⁸. Sin embargo, aún queda por demostrar su superioridad a largo plazo, ya que estas ventajas evidentes en el postoperatorio se diluyen a partir del año de seguimiento.

Correo electrónico: enric.roche@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.angio.2016.05.008>

0003-3170/© 2016 SEACV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Estos 2 sistemas endoluminales, la ablación por láser o mediante radiofrecuencia, han sido los más ampliamente utilizados; sin embargo, han existido otros procedimientos ablativos que han querido aportar ventajas a los posibles inconvenientes de la ablación térmica.

En 2011 se publicaron los primeros resultados de la ablación por vapor de agua (Van den Bos et al., 2011)⁹. Este sistema permitía tratar las varices sin necesidad de anestesia tumescente y ofrecía la posibilidad de tratar ramas tributarias. Probablemente cuestiones de precio, ergonomía del aparataje y el control del dolor puedan haber sido elementos que hayan limitado su implantación.

Más recientemente, Michael Tal ideó un sistema híbrido entre los procedimientos endoluminales y la inyección de productos esclerosantes: el sistema de ablación mecanico-química conocido comercialmente como Clarivein®¹⁰. Este procedimiento se podría aplicar en áreas no quirúrgicas, y aunque no fuera totalmente indoloro, no requería de anestesia regional ni de tumescencia. Esta técnica ha tenido gran aceptación en Estados Unidos, ya que se realiza en áreas no quirúrgicas, suponiendo un atractivo económico para el profesional, dado que exime tanto al paciente como a la aseguradora de pagar los costes de quirófano y del anestesista. De aparición más reciente y de lenta implantación, debemos recordar una nueva estrategia de ablación intravenosa basada en la utilización del cianocrilato como sistema de sellado venoso. Este sistema, desarrollado por Proebstle, utiliza el 2-cianocrilato de n-butilo para obtener una oclusión indolora de la safena interna o externa. Este nuevo sistema, aprobado por la FDA en febrero de 2015, aporta algunas ventajas a los procedimientos que utilizan fuentes de calor, pero actualmente presenta un alto coste. Probablemente este es uno de los aspectos de mayor controversia, aunque aporte como ventajas el ahorro de la anestesia tumescente y la ausencia de necesidad de llevar medias o vendajes tras el procedimiento¹¹.

Finalmente, una de las técnicas que ha experimentado un gran desarrollo a expensas de su versatilidad y bajo precio ha sido la escleroterapia con espuma. La popularización de esta técnica se la debemos a Lorenzo Tessari¹², a pesar de que fue la familia Cabrera la que mostró las posibilidades que ofrecía este tratamiento. Si bien la historia de la escleroterapia no se inició con Cabrera, fueron ellos los que sorprendieron con imágenes impactantes y con resultados nunca vistos como en las malformaciones vasculares. Aunque la microespuma patentada de Cabrera utiliza como gas una mezcla de gases fisiológicos, hoy día se practican a diario miles de sesiones utilizando gas atmosférico con una tasa de efectos adversos mínima¹³.

A pesar de que la escleroterapia ha supuesto un procedimiento clásicamente considerado complementario, algunos autores afirman que este puede suponer un sistema alternativo a la cirugía o a las técnicas intravenosas. Han aparecido algunas variantes que utilizan catéteres y realizan esclerosis asociadas a tumescencia¹⁴; sin embargo, el éxito de la técnica sigue radicando en la sencillez, su bajo precio y la posibilidad de realizarse en una consulta convencional. Una de las muestras del poder de esta técnica se refleja en el desarrollo e inversión millonaria por parte de la compañía británica BTG Corp. en la obtención de una espuma en forma de fármaco contenido en un frasco¹⁵.

Este producto, que ha requerido más de 15 años de desarrollo, es conocido como Varithena®. Fue aprobado por la FDA en 2014 y está demostrando una eficacia similar a la de sistemas endoluminales como la radiofrecuencia. Sin embargo, a pesar de ofrecer todas las garantías de estandarización frente a cualquier espuma realizada por el médico, también tiene un elevado coste.

Realmente parece que las varices lo aguantan casi todo. Las podemos ligar, arrancar, quemar, electrificar, hervir, secar, y al final todas estas técnicas realizadas correctamente parecen ser igual de efectivas a largo plazo. Existe como elemento común que, excepto en la escleroterapia convencional o la estrategia CHIVA, cualquiera de los procedimientos que utilizan dispositivos médicos encarecen el coste del procedimiento a cambio de una menor agresividad.

La cuestión del coste frecuentemente acaba siendo un elemento de discusión con los gestores sanitarios. Este encarecimiento puede ser limitante en cuanto a la implementación de estas técnicas, aunque se intente justificar con la reducción del coste social respecto a la disminución de los días de baja laboral. Lamentablemente este análisis no es común en nuestro entorno sociosanitario ni suele preocupar a los administradores hospitalarios.

Son muchas las técnicas a utilizar, pero el primer dilema que surge ante la decisión terapéutica es si preservar o no preservar la vena safena. La estrategia CHIVA requiere de una habilidad, entrenamiento y correcta formación en exploraciones hemodinámicas mediante ecodoppler. Puede suponer desde un mínimo gesto quirúrgico hasta una cirugía que puede llegar a ser invasiva si requiere la desconexión safenofemoral y largas flebectomías. Si además se realiza bajo preceptos estrictos puede requerir de varios pasos o etapas quirúrgicas, lo cual suele ser mal aceptado por los pacientes. Por todo ello, es muy importante informar al paciente de las potenciales ventajas que existen al preservar ambas safenas pensando en la posibilidad de necesitarlas en el futuro para uso como injerto.

En caso de decantarse por estrategias ablativas existen multitud de opciones que nos permitirán personalizar el tratamiento. La posibilidad de decidir qué características individuales pueden ajustarse más o menos a cada una de las diferentes soluciones técnicas supone un incentivo profesional y siempre es estimulante para el cirujano.

Opino que es muy difícil definir o crear una guía de tratamiento, dadas la gran variabilidad clínica de esta afección y la heterogeneidad profesional.

En definitiva, existen actualmente suficientes opciones que nos permiten escoger la estrategia más adecuada para cada paciente teniendo en cuenta infinidad de variables y condicionantes personales. Además, el dominio de varias de estas estrategias nos permitirá ofrecer a nuestro paciente su traje a medida y, simultáneamente, nos brindará la posibilidad de desarrollar diferentes habilidades técnicas.

Bibliografía

1. Franceschi CL. *Théorie et pratique de la cure conservatrice et hémodynamique de l'insuffisance veineuse en ambulatoire*. Précis-sous-Thil: Editions de l'Armançon; 1988.
2. Bellmunt-Montoya S, Escribano JM, Dilme J, Martínez-Zapata MJ. CHIVA method for the treatment of chronic venous insufficiency. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;7:CD009648.

3. Parés JO, Juan J, Tellez R, Mata A, Moreno C, Quer FX, et al. Varicose vein surgery: Stripping versus the CHIVA method: A randomized controlled trial. *Ann Surg.* 2010;251:624–31.
4. Carandina S, Mari C, de Palma M, Marcellino MG, Cisno C, Legnaro A, et al. Varicose vein stripping vs haemodynamic correction (CHIVA): A long term randomized trial. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2008;35:230–7.
5. Cabrera J, Cabrera J Jr. Nuevo método de esclerosis en las varices tronculares. *Pat Vasc.* 1995;4:55–73.
6. Min RJ, Navarro L. Transcatheter duplex ultrasound-guided sclerotherapy for treatment of greater saphenous vein reflux: Preliminary report. *Dermatol Surg.* 2000;26:410–4.
7. Weiss RA, Weiss MA. Controlled radiofrequency endovenous occlusion using a unique radiofrequency catheter under duplex guidance to eliminate saphenous varicose vein reflux: A 2-year follow-up. *Dermatol Surg.* 2002;28:38–42.
8. Nordon IM, Hinchliffe RJ, Brar R, Moxey P, Black SA, Thompson MM, et al. A prospective double-blind randomized controlled trial of radiofrequency versus laser treatment of the great saphenous vein in patients with varicose veins. *Ann Surg.* 2011;254:876–81.
9. Van den Bos RR, Milleret R, Neumann M, Nijsten T. Proof-of-principle study of steam ablation as novel thermal therapy for saphenous varicose veins. *J Vasc Surg.* 2011;53:181–6.
10. Elias S, Raines JK. Mechanochemical tumescentless endovenous ablation: Final results of the initial clinical trial. *Phlebology.* 2012;27:67–72.
11. Morrison N, Gibson K, McEnroe S, Goldman M, King T, Weiss R, et al. Randomized trial comparing cyanoacrylate embolization and radiofrequency ablation for incompetent great saphenous veins (VeClose). *J Vasc Surg.* 2015;61:985–94.
12. Tessari L, Cavezzi A, Frullini A. Preliminary experience with a new sclerosing foam in the treatment of varicose veins. *Dermatol Surg.* 2001;27:58–60.
13. Guex JJ, Allaert FA, Gillet JL, Chleir F. Immediate and midterm complications of sclerotherapy: Report of a prospective multicenter registry of 12,173 sclerotherapy sessions. *Dermatol Surg.* 2005;31:123–8.
14. Cavezzi A, Mosti G, di Paolo S, Tessari L, Campana F, Urso SU. Re: 'catheter-directed foam sclerotherapy of great saphenous veins in combination with pre-treatment reduction of the diameter employing the principals of perivenous tumescent local anesthesia'. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2014;48:597.
15. King JT, O'Byrne M, Vasquez M, Wright D, VANISH-1 Investigator Group. Treatment of truncal incompetence and varicose veins with a single administration of a new polidocanol endovenous microfoam preparation improves symptoms and appearance. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2015;50:784–93.