

11:00 h. Tema de debate III

Terapia esclerosante de las varices

Moderador
V. Ibáñez

Ponente
A.M. Mateo

Discursor
M. Martínez

V. Ibáñez

El motivo de esta "discusión - diálogo" nace de la necesidad de exponer en qué casos se han combinado o complementado, preoperatoriamente y postoperatoriamente, o deberían hacerlo, dos métodos que inevitablemente están condenados a entenderse.

Puesto que desde los que aún defienden el concepto de "cura radical de varices" mediante la cirugía convencional pensando que es la solución ideal y única de una enfermedad de etiología multifactorial, y que se escapa de nuestras manos en su "genio evolutivo", hasta los que piensan que la escleroterapia puede resolver todos los casos de las manifestaciones de la enfermedad varicosa, existe una estrecha senda en donde las dos técnicas se miran y se conjugan.

Sin embargo no es extraño encontrar argumentos como los que hace unos pocos años daba un colega europeo en contra de la cirugía: *"La cirugía de varices, de stripping, es un gesto quirúrgico anticuado, de primeros de siglo y comporta graves secuelas, pues es un tratamiento brutal, inelegante e impreciso. Arrancar colaterales es un gesto bárbaro seguido de hemorragia y formación de grandes hematomas dolorosos aunque la pierna sea vendada inmediatamente tras la intervención"*. No sé que cirugía ha visto o practicado este colega, pero evidentemente no es la misma que, por lo menos, muchos de los presentes estamos habituados a realizar.

Por contra, están los que peyorativamente acusan a los escleroterapeutas simplemente de "pinchadores de venas". Actitudes ambas que como es fácil deducir, se descalifican a sí mismas en la práctica clínica diaria. Pero hay quizás en todo este litigio una evidente causa y es la anarquía en la estructuración de la especialidad en los diferentes países que conforman nuestra Unión Europea y en América, en donde la práctica de la cirugía o de la escleroterapia está en manos de médicos de diversa formación académica. Como sabemos, en nuestro país suelen realizar terapéutica flebológica personas con diferente y/o dudoso origen formativo y con mejor o peor resultado.

Pero ambos métodos tienen sus indicaciones, aunque a veces no tan claras como pensamos, y que los últimos intentos de consenso no han podido solucionar, pues como ya conocemos hay gran disparidad de criterios respecto a ello. Sin embargo la combinación de escleroterapia y cirugía no es nueva, y muchos colegas,

la vienen realizando combinada con la cirugía desde hace ya bastante tiempo.

La idea de eliminar los reflujos a partir de una ligadura de la unión safeno femoral y una inyección peroperatoria con suero glucosado al 66% viene de Moszkowicz en 1927. Desde entonces muchos autores han utilizado esta técnica, sea en las safenas como en las perforantes. Sladen en 1986 la recomienda sobre enfermos no hospitalizados en venas safenas, y Bassi y Reinharez sobre las perforantes, ambas con ligadura de los confluente safenos.

Janssen también en 1986 nos aporta su técnica, bajo anestesia epidural (pese a que esté considerada la inmovilización del paciente, una contraindicación para la escleroterapia), con ligadura alta de la unión safeno femoral y la introducción por la safena maleolar y desde el muñón proximal, de 2 catéteres que tras un vendaje de la pierna son retirados mientras se realiza la esclerosis.

Posteriormente y con el auge de la ecografía y sobre todo con ecodoppler, la ecoescleroterapia unida a la ligadura del confluente también ha tenido su lugar, como una más de las indicaciones en la terapéutica de la insuficiencia ostial y troncular de la safena interna y en especial, con mejores resultados, de la externa per o postoperatoriamente.

La combinación de la compresión escleroterapia con ligadura alta de la safena interna bajo anestesia local, tiene para otros autores buenos resultados inicialmente, pero con una recurrencia al año cercana al 50-60%. Los resultados de estos y otros estudios (Einarson, Rutgersen 1994, junto a los ya famosos estudios de Hobs y de Hamilton Jacobsen) nos deben hacer reconsiderar estas indicaciones.

En 1996 el Dr. Vin aporta la técnica llamada 3S basada en el método SAVAS descrito por Belcaro, *et al.* Pero ya matiza que la aplica en aquellos pacientes que por consideraciones sociales, médicas, personales u otras rechazan el tratamiento tradicional quirúrgico, y nos avanza unos buenos resultados a los 5 años del 96% sin reflujo.

Parece adecuado recordar, unas frases emitidas por 2 eminentes flebólogos. Una es del Prof. Wallois el cual dijo que: *"querer esclerosar peroperatoriamente por una sola inyección a menudo masiva, sin test de sensibilidad previa, una vena que el bisturí abandona, en un paciente dormido total o parcialmente, que no es capaz*

de manifestar que la inyección es dolorosa, es sembrar las mejores condiciones para provocar una reacción intempestiva o algún accidente”.

La segunda nos la recuerda el Prof. Stemmer cuando en 1990 dijo que *“un tratamiento esclerosante no merece esta calificación, más que si la topografía de los puntos de reflujo y el calibre de las varices determinan su estrategia terapéutica, tras haber excluido las indicaciones quirúrgicas”*.

Por otra parte la ligadura alta y esclerosis complementaria de colaterales, como una justificación a la conservación de un elemento potencial para la cirugía de by-pass tiene sus reservas, según nos han referido algunas serias publicaciones.

Últimamente la mayor experiencia de la escleroterapia con ecodoppler color y mediante la angioscopia, permiten proponer no sólo un compromiso aceptable entre estética y eficacia, sino que aporta una posibilidad suplementaria de reparar los sitios de reflujo mediante ligadura simple en el peroperatorio y la realización de una esclerosis descendente. Permiten realizar interrupciones en el origen del reflujo con incisiones mínimas previa cartografía con ecodoppler y aparece como una ayuda en la perfección de la localización de las pequeñas comunicantes de < 2 mm para una más correcta utilización del controvertido método CHIVAS. Técnicas que, sin embargo, no están desprovistas de dificultades y críticas.

Nuevos métodos están apareciendo. Éstos incluyen las nuevas aplicaciones de la tecnología láser, la obliteración angioscópica mediante ligaduras, paraguas o geles químicos, así como la esclerosis segmentaria mediante inyección de polímeros modulados, con ligadura de los confluentes safenos o no, que desde el inicio de los 90 están en fase de estudio y experimentación.

Últimamente algunas voces de nuestra Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculare (SEACV) han apuntado que: *“Sin embargo, estas técnicas y las pocas publicaciones existentes, pese a que deben tenerse en consideración, no pueden ser utilizadas en vistas a una evaluación científica de sus resultados. Presentan numerosas insuficiencias desde el punto de vista metodológico. La selección de pacientes no está randomizada, los parámetros de seguimiento no han sido bien definidos ni contrastados, el tipo de varices no ha sido homogéneo, con un balance preterapéutico poco preciso en ocasiones,…”* en resumen la carencia de este tipo de estudios en la bibliografía médica hace necesario que se incrementen y tutelen para poder sacar conclusiones válidas.

Lo más a menudo es que la escleroterapia ha sido utilizada como complemento de la cirugía de varices, sea antes de la intervención para acelerar la curación de trastornos

tróficos, o para permitir diferir a demanda una operación necesaria. O sobre todo después de la operación para tratar las varices sinuosas o finas que se escapan a la intervención, las colaterales para evitar incisiones innecesarias, o al cabo de un tiempo para el tratamiento de algunas varices recidivadas o neoformadas y como complemento a la flebectomía ambulatoria.

También aparece un excelente método complementario para el tratamiento de los cavernomas tras cirugía de la safena interna y sobre todo de la externa. Así como para la esclerosis del eje safeno externo tras crosectomía simple de su cayado

Para Schadeck-1997, la escleroterapia tras la supresión de reflujo largos, es siempre tributaria en el tratamiento de las perforantes. Y Tournay ya no reserva la cirugía más que para los fracasos de la escleroterapia.

Como conclusión quisiera compartir con vosotros lo que muchos pensamos, y es que no existe la elección de muchos tratamientos para la enfermedad varicosa, sino un tratamiento óptimo para cada caso. Debe abandonarse la idea de que las varices se esclerosan, se extirpan ambulatoriamente o se operan en el hospital. Tanto médicos como pacientes deben comprender que algunas varices son quirúrgicas, otras subsidiarias de una flebectomía ambulatoria, otras tributarias de esclerosis y algunas veces incluso estos métodos pueden y deben asociarse y complementarse en el tiempo.

La cirugía de la enfermedad venosa superficial, no debe constituir la solución final del tratamiento de las varices y llevarse a efecto después de inútiles esclerosis, ligaduras de safenas o flebectomías ambulatorias, carentes de enfoque etiológico.

Con excesiva frecuencia, una ausencia de formación flebológica especializada en este tipo de terapéutica (básica e imprescindible para poder conjugar todo lo que aquí se expone) cuando no de un pobre estudio flebológico, la búsqueda de rentabilidades económicas personales o de grupo, hospitalarias o político-sanitarias, conducen a proponer una escleroterapia, una flebectomía ambulatoria, combinaciones extrañas o métodos “revolucionarios” pero no científicamente contrastados, cuyo resultado es pasajero en caso de una incontinencia ostial o cuando no se ha erradicado la perforante nutricia, con el consiguiente descrédito de la terapéutica aplicada, de la especialidad en sí misma, cuando no, del cirujano vascular en su conjunto.

El costo, las ventajas para el paciente y los inconvenientes de cada tratamiento deben evaluarse con idéntica objetividad y que el juicio de esos resultados, evaluados científicamente, a largo plazo nos orienten hacia la mejor actitud terapéutica personal a tomar en cada situación.

Tratamiento esclerosante de la HTV

Dr. A.M. Mateo Gutiérrez

La escleroterapia de las varices constituye un tratamiento paliativo y en consecuencia, no es un tratamiento etiológico.

En 1995, y con el objeto de establecer unas directrices, se reunieron 35 expertos designados por otras tantas Sociedades Nacionales de Angiología y Flebología. Este grupo elaboró una encuesta que fue respuesta por 1.008 especialistas, entre los que se inscribían Cirujanos Vasculares, Dermatólogos, Angiólogos.

De esta actuación surgió la Conferencia de Consenso sobre la Escleroterapia.

La temática del *Consensus* fue elaborada sobre cuatro aspectos: indicaciones, técnicas, métodos y resultados.

Indicaciones

Sobre el acuerdo de clasificar morfológicamente los procesos varicosos en cuatro grupos, se acordó que sobre "las venas varicosas de pequeño calibre" la escleroterapia es el tratamiento de elección, con independencia de otras alternativas como el láser o la fototerapia.

Sobre las "venas varicosas de gran calibre no safeno-dependientes" también hubo acuerdo en los buenos resultados de la escleroterapia, y un menor grado de consen-

so se obtuvo en su indicación para las "safeno-dependientes".

Técnicas y Métodos

Resulta evidente que no existe una técnica estándar y que las vivencias personales en función de los resultados obtenidos condicionan la seguida individualmente.

Cabe debatir sobre aspectos como: posición de la extremidad (declive, decúbito supino, decúbito parcial); tipos de jeringas; asociar técnicas como el "air-block"; tipo de esclerosante (concentración, dosis,); forma del mismo (líquido o "mousse"); intervalo entre sesiones; o la esclerosis guiada mediante ecografía.

Resultados

El Grupo de Consenso no pudo establecer ninguna conclusión sobre los resultados de la escleroterapia, al establecer que de la bibliografía publicada, no era factible realizar un metaanálisis. No obstante, en las series consultadas, todas con un seguimiento a menos de 10 años, las recidivas eran del 22% a los 3 años y alcanzaban el 60% a los 6 y al 90% a los 10.

Contraindicaciones

Existe un acuerdo absoluto sobre las circunstancias en las que la esclerosis venosa no debe ser realizada: alergia conocida al agente esclerosante; trombosis venosa reciente; infecciones locales o generales; enfermedad sistémica grave e isquemia arterial.