

Resumen de las II Jornadas sobre el tratamiento ambulatorio de las varices de las EE.II.

3 de mayo del 2002
Hospital Creu Roja Barcelona
Consorti Sanitari Creu Roja a Catalunya

Por segunda vez –la anterior edición fue en el 2000–, el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, bajo la dirección del Dr. Cardona Fontanet, ha organizado estas segundas Jornadas en las que se han compartido y divulgado conocimientos sobre el estado actual de algunos aspectos de la insuficiencia venosa crónica (IVC).

En un programa no menos denso que ambicioso, se desarrollaron tres mesas redondas que repasaron los criterios actuales de la IVC, así como el tratamiento de la IVC, sus indicaciones y resultados; tres conferencias trataron la cartografía venosa, la trombosis venosa profunda y las úlceras venosas, y hubo diversas sesiones de vídeo sobre ligadura endoscópica de perforantes, endoláser, escleroterapia con microespuma, cartografía venosa y la técnica CHIVA.

Primera mesa redonda: Criterios actuales de la IVC

Moderador: Dr. E. Viver Manresa

El Dr. Abad señaló la alta prevalencia de esta enfermedad en el mundo Occidental, que según algunas fuentes puede alcanzar entre el 25 y el 33% en el sexo femenino frente al 10-20% en el masculino, y un 0,3-1% de úlceras, con una tasa de recurrencia del 6-15%. Concluyó que es necesario la implicación de gestores, sociedades científicas, profesionales y usuarios para establecer criterios aplicables a las listas de espera que ocasiona esta enfermedad.

En opinión del Dr. Lapiedra Mur, la anamnesis sistematizada y una correcta

exploración clínica siguen siendo útiles como primer paso para el diagnóstico de estos pacientes.

La ecografía Doppler venosa, con el paciente de pie y aplicando las maniobras de Valsalva, la compresión manual y la prueba Paraná, se consagra como la principal exploración en esta enfermedad, según el Dr. Vila Coll. Con ella lograremos valorar gran parte del sistema venoso de las extremidades, el llamado punto de fuga (origen de la insuficiencia), las comunicaciones venovenosas y los puntos de reentrada al sistema venoso profundo o superficial.

La Dra. Iborra presentó una versión simplificada pero muy útil de la clasificación clínica, etiológica, anatómica y fisiopato-

Correspondencia:

Dr. Miguel Cardona Fontanet. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Creu Roja Barcelona. Dos de Maig, 301. E-08025 Barcelona. E-mail: miguel.cardona@consorcicreuropa.es

  2002, ANGIOLOGÍA

lógica (CEAP) que debemos de asumir para olvidarnos de una de las mayores dificultades que afrontamos a la hora de agrupar a estos pacientes, y poder hacer así un seguimiento eficaz no tan sólo de los resultados de las diferentes técnicas disponibles hoy en día, sino también para estudiar las recidivas de las mismas.

Primera conferencia: Cartografía venosa. Sistema de trabajo

Dr. J. Juan Samso

El estudio con ecografía Doppler color de la confluencia safenofemoral es, según el Dr. Samso, uno de los pasos obligados en el preoperatorio de los pacientes afectados de varices. La insuficiencia de femoral común y de safena interna nos indica una incompetencia ostial, mientras que una insuficiencia de safena interna con competencia de femoral común sugerirá que el origen (punto de fuga) no es la primera válvula ostial de la safena, sino que habrá de buscarse en alguna colateral pudenda o epigástrica. Para realizar una correcta cartografía venosa preoperatoria es necesario clasificar la hemodinámica de las venas en: R1 (venas subaponeuróticas o profundas); R2 (venas safenas), que se hallan en un desdoblamiento virtual pero ecográficamente muy notorio de la aponeurosis superficial 'signo del ojo', y R3 (venas superficiales).

Segunda conferencia: Trombosis venosa. Profilaxis y tratamiento

Dr. M. Monreal Bosch

El Dr. Monreal Bosch alertó de un número

no despreciable de pacientes que, afectados de trombosis venosa profunda, y catalogados clínicamente como negativos para tromboembolismo pulmonar, no lo son, si se realiza un estudio que comporte la práctica de gammagrafía pulmonar o TAC helicoidal. 'Con las heparinas de bajo peso molecular –comentó–, hemos asistido a un cambio sustancial en el tratamiento de los pacientes con trombosis venosa profunda o embolia pulmonar. Si hasta entonces el tratamiento comenzaba en todos los casos con el ingreso de los pacientes en el hospital durante unos días, para la administración endovenosa de heparina no es necesario el ingreso (siempre que se ajusten las dosis a los controles biológicos pertinentes), de manera que con las heparinas de bajo peso molecular se ha hecho posible el tratamiento ambulatorio de estos pacientes. Ello supone en muchos casos una mejor calidad de vida para el paciente y una disminución de los riesgos que conlleva todo ingreso en un hospital'. El ponente anunció también la próxima introducción de un nuevo fármaco: el Fondaparinux[®]. Se trata de un pentasacárido con actividad única y exclusiva del factor X activo, que ha demostrado en estudios recientes una eficacia muy superior a la de las heparinas de bajo peso molecular en la prevención de la trombosis venosa posquirúrgica, sin que ello se acompañe de una mayor tasa de hemorragias.

Segunda mesa redonda:

Tratamiento I de la IVC.

Indicaciones y resultados

Moderador: Dr. M. Matas Docampo

El Dr. Cabrera Garrido resaltó que la es-

cleroterapia con microespuma puede valorarse: 1. Según los resultados de su experiencia (1993-2002) en más de 5.000 pacientes con varices, tratados con las tradicionales técnicas quirúrgicas; en 500 pacientes con recurrencia postoperatoria de varices; en 75 pacientes con úlceras venosas, y en 50 pacientes con malformaciones vasculares (malformaciones venosas y síndrome de Klippel); 2. Según la experiencia del laboratorio Provensis (Gran Bretaña) en ensayos DDX realizados sobre 80 pacientes con varices (publicados en el 2001), y 3. Según la experiencia también de los actuales ensayos clínicos multicéntricos realizados en Europa. Comentó asimismo la alta eficacia del procedimiento y su inocuidad, con ausencia de complicaciones importantes.

El endoláser, técnica que utiliza un catéter emisor mediante el sistema de Seldinger, se realiza a través de la vena safena media o distal; el objetivo es fibrosarla en su totalidad a partir del punto de fuga. El procedimiento fue comentado extensamente por el Dr. Boné Salat. Como inconvenientes destacó el elevado coste por procedimiento y el precisar de venas safenas no tortuosas para conseguir el objetivo deseado.

El Dr. Latorre Vilallonga expuso que para el tratamiento de la enfermedad varicosa existen numerosos medicamentos 'venofármacos', cuyo objetivo fundamental es mejorar el funcionamiento del sistema venoso parietal o microcirculatorio, a fin de evitar o aliviar el sufrimiento en la unidad microcirculatoria terminal secundaria a la estasis venulocapilar. Según su nivel de actuación, se pueden considerar

tres apartados: a) aumento del retorno venoso: flebotónicos o tónicos venosos; b) disminución de la permeabilidad capilar y aumento de su resistencia: vitaminas P, y c) aumento de la reabsorción del trasudado: linfotropos.

El Dr. Alós Villacrosa señaló el papel fundamental que desempeña la compresión elástica en el tratamiento de la úlcera venosa, así como los distintos grados de compresión útiles para cada uno de los estadios clínicos de la IVC.

Tercera mesa redonda: Tratamiento II de la IVC. Indicaciones y resultados

Moderador: *Dr. J. Marinello Roura*

En la cirugía propiamente dicha de la IVC, ha despertado un interés inusitado en los últimos 10 años la aparición de una alternativa a la flebectomía convencional: la cura CHIVA. A pesar de las críticas que pueda suscitar, esta reciente técnica ha evidenciado que hoy en día la ecografía Doppler es una herramienta imprescindible para realizar una cartografía preoperatoria adecuada, como señaló el Dr. Marinello.

La flebectomía de safena (si existe insuficiencia de ésta) sigue siendo, según el Dr. Vidal-Barraquer Mayol, un procedimiento correcto en tanto no se presenten datos más concluyentes sobre cuál de las dos técnicas tiene que aplicarse, no tan sólo por los resultados a corto plazo, sino en referencia a las recidivas.

El Dr. Maeso Lebrun, miembro de los grupos pioneros en la aplicación de la cura CHIVA en España, nos presentó trabajos

comparativos de su grupo (retrospectivos) sobre ambas técnicas; en ellos había diferencias significativas favorables al procedimiento CHIVA. También estuvo de acuerdo en la necesidad de que salgan a la luz los trabajos comparativos y a largo plazo que ya se están llevando a cabo en dos centros de Cataluña.

La técnica de ligadura endoscópica de perforantes, comentó el Dr. Martín Paradero, ocupa un lugar importante para aquellos pacientes que, a pesar de haber recibido un tratamiento quirúrgico o médico adecuado de su IVC, presentan amenaza de úlcera o úlcera activa recidivante, y en los que se detectan (mediante ecografía Doppler) venas perforantes insuficientes en su lecho.

En cuanto al tipo de anestesia que ha de administrarse en estos procedimientos, el Dr. Masdeu Castellví señaló las siguientes premisas: el confort (ausencia de dolor y ansiedad) tanto en el pre como en el postoperatorio, una correcta profilaxis antitrombótica y la deambulación temprana de estos pacientes. En este sentido cree que hoy en día son aplicables la mayoría de las variantes anestésicas disponibles.

Tercera conferencia: Úlceras venosas. Diagnóstico y tratamiento *Dr. A. Corominas Macias*

El incremento de la permeabilidad parietal capilar derivado de la hipertensión venosa en los miembros inferiores es, en última instancia, el causante de los trastornos troficocutáneos presentes en la IVC de larga evolución. El incremento de per-

meabilidad parietal permite la salida al espacio intersticial de hematíes (causando hemosiderosis o dermatitis ocre), leucocitos (que generan una fibrosis del tejido celular subcutáneo o lipodermatosclerosis), macromoléculas (como el fibrinógeno, causante de un manguito pericapilar de fibrina que impide una correcta difusión de oxígeno con la consiguiente isquemia y ulceración venosa) y líquido (causante del edema y, en estadios avanzados, linfoedema por sobrecarga del sistema linfático).

Si bien existen en el mercado gran cantidad de tratamientos tópicos (antisépticos, enzimas proteolíticas, apósitos hidrocoloides, etc.), el tratamiento fundamental debe dirigirse a la corrección de la hipertensión venosa.

Sesiones de vídeo

Como en su anterior edición, las II Jornadas sobre el tratamiento ambulatorio de las varices de las EE.II. concluyeron con unas videoconferencias en las que los autores mostraron las técnicas actuales que aplican en sus respectivos centros. El Dr. Martín Paradero presentó la técnica de los SEPS (ligadura endoscópica de perforantes), el Dr. Calvo Cascalló la metodología del marcaje CHIVA, la Dra. Mundí Salvadó el tratamiento quirúrgico CHIVA, el Dr. Boné presentó el método de trabajo con el endoláser, y finalmente el Dr. Cabrera nos mostró la técnica de la esclerosis con microespuma así como un modelo experimental donde se observaba el desplazamiento de un medio líquido mediante este procedimiento.