

Introducción

J.M. Gutiérrez-Julian

La insuficiencia venosa crónica (IVC) continúa siendo el trastorno vascular más frecuente, como demuestran los estudios epidemiológicos españoles recientes [1,2]. Las formas clínicas varían entre las variculosis escasas y la ulceración –según clasificación CEAP (Clínica, Etiología, Anatomía, Patofisiología) [3]–, afectando a la calidad de vida de los pacientes [1,2].

La introducción de la ecografía Doppler como sistemática de exploración de la IVC ha revolucionado el tratamiento quirúrgico de las varices. Ha permitido conocer la hemodinámica venosa, definir distintos patrones e individualizar la intervención más adecuada para cada paciente [4]. Ha resultado determinante en la identificación del reflujo venoso, es decir, de los ‘puntos de fuga’, origen de la insuficiencia venosa [5]. Igualmente, la ecografía Doppler de piernas con úlceras ha demostrado que el 51-53% presentan reflujo sólo en el sistema superficial, el 32-44% en los sistemas superficial y profundo a la vez, y el 5-15 % exclusivamente en el profundo [6], aspecto que va a modificar la actitud terapéutica a se-

guir. De forma progresiva se establece también la necesidad y frecuencia de seguimiento en estos pacientes [5].

El desafío actual del cirujano vascular que trata la IVC consiste en lograr un resultado estético, hemodinámico y funcional aceptable, a la vez que una tasa baja de complicaciones y recidivas [6]. Por otra parte, el paciente, cada vez más informado, demanda al cirujano mejores resultados cosméticos mediante técnicas mínimamente invasivas –muchas veces sin ingreso– que le permitan una reincorporación rápida a su vida normal [7]. En la actualidad, una vez definido el origen de la IVC, la intervención deberá encaminarse, como ha tratado de hacerse clásicamente, a corregir la causa cerrando los puntos de fuga.

La fleboextracción de la safena interna sigue considerándose aún, por la mayor parte de los autores [6,7], el patrón de referencia para el tratamiento de las varices consecuentes al reflujo de la safena interna, el más frecuente. Sin embargo, han surgido diversas técnicas mucho menos invasivas, como la técnica CHIVA (cirugía hemodinámica de la insuficiencia venosa ambulatoria), u otras como la ablación por radiofrecuencia, por endoláser o la escleroterapia por espuma, que evitan la incisión inguinal y las complicaciones que comporta. Todas ellas habrán de evaluar las tasas de recidivas según los estándares actualizados para definirlas [8,9], en plazos suficientemente prolongados, que puedan compararse con la

Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular II. Hospital Universitario Central de Asturias (Hospital General). Oviedo, Asturias, España.

Correspondencia: Dr. José María Gutiérrez Julián. Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular II. Hospital Universitario Central de Asturias. Julián Clavería, s/n. E-33006 Oviedo (Asturias). E-mail: josemagj@telefonica.net

© 2006, ANGIOLOGÍA

técnica de fleboextracción. También podremos reflexionar sobre la ‘mejor’ gestión de la lista de espera de varices, permanente controvertida.

Existen evidencias escasas de cada una de las técnicas y aspectos descritos, aunque confío en que el

esfuerzo de actualización de cada uno de los componentes de la Mesa Redonda (expertos todos ellos en su ámbito) aporte un poco más de luz sobre los mismos, ampliando más si cabe el abanico de posibilidades terapéuticas de esta importante patología vascular.

Bibliografía

1. Gesto R, Grupo DETECT-IVC, García JJ. Encuesta epidemiológica en España sobre la prevalencia asistencial de la insuficiencia venosa crónica en atención primaria. Estudio DETECT-IVC. *Angiología* 2001; 53: 249-60.
2. Lozano F, Jiménez-Cossío JA, Ulloa J, Grupo RELIEF. La insuficiencia venosa crónica en España. Estudio epidemiológico RELIEF. *Angiología* 2001; 53: 5-16.
3. Classification and grading of chronic venous disease in the lower limbs. A consensus statement. *Phlebology* 1995; 10: 42-5.
4. Juan-Samsó J, Fontcuberta J, Senín E, Vila R. Guía básica para el diagnóstico no invasivo de la insuficiencia venosa. *Angiología* 2002; 54: 44-56.
5. Labropoulos N, León L, Kwon S, González-Fajardo JA, Kang SS, Mansur MA. Study of the venous reflux progression. *J Vasc Surg* 2005; 41: 291-5.
6. Barwell J, Davies C, Deacon J, Harvey K, Minor J, Sassano A, et al. Comparación de la cirugía y compresión frente a cirugía sola en la úlcera venosa crónica (estudio ESCHAR): ensayo controlado y aleatorio. *Lancet* 2004; 363: 1854-9.
7. Teruya TH, Ballard JL. New approaches for the treatment of varicose veins. *Surg Clin North Am* 2004; 84: 1397-417.
8. Juan-Samsó J. La recidiva varicosa: un problema de diagnóstico o de tratamiento. *Angiología* 2005; 57 (Supl 1): S75-83.
9. Perrin MR, Labropoulos N, León L. Presentation of the patient with recurrent varices after surgery (REVAS). *J Vasc Surg* 2006; 43: 327-34.