

Comentario por invitación. El tratamiento de las varices ha experimentado un notable progreso durante la última década debido a la irrupción de las tendencias terapéuticas mínimamente invasivas. Desde que Carlos Boné diera a conocer su técnica de ablación de la vena safena mediante la aplicación de calor a través de una fibra óptica en Bremen (1997), se ha producido un incremento sostenido en la aplicación de este tipo de tratamientos.

A partir de la primera publicación de Min y Navarro en 1998 [1] hasta el momento, el rechazo generado en el colectivo de cirujanos vasculares se ha ido neutralizando dados los resultados publicados estos últimos años. Algunos de los motivos por los que las escuelas clásicas de cirugía vascular menosprecian esta nueva técnica eran:

- La invención provenía de un profesional no especialista en cirugía vascular, lo cual parecía atentar contra la ortodoxia quirúrgica.
- Planteamiento puramente ambulatorio para ser realizado en una consulta médica, cuando en 1997-1999 aún no se había generalizado la cirugía ambulatoria de las varices.
- La no necesidad de abordar el cayado safeno-femoral atentaba a uno de los dogmas más arraigados en el tratamiento de las varices.
- Ausencia de visión, control y ligadura de las colaterales del cayado. Otro aspecto que atentaba a otro principio básico de toda buena cirugía ‘clásica’ de las varices.

Tanto la revisión actual como la de van den Bos et al [2] aportan datos contrastados y basados en ensayos que concluyen que la ablación térmica por endoláser es un procedimiento al menos tan efectivo como la safenectomía, pero con mejor y más precoz recuperación.

La publicación de estos resultados ha provocado, y aún mantiene, un enfrentamiento de posiciones muy parecido a lo vivido hace unos 15 años en referencia a los procedimientos endovasculares arteria-

les frente a cirugía abierta. Actualmente, postulados clásicos y algunos dogmas de la flebología nunca cuestionados están en revisión.

Después de cinco años de usar esta técnica y haber tratado más de 400 casos mediante láser 890 nm (Intermedic) en el Hospital Plató, hemos podido observar ciertas limitaciones y situaciones clínicas que nos han ayudado a definir qué casos pueden ser idóneos para su aplicación.

A favor de la indicación

- Posibilidad de realizar el tratamiento ambulatoriamente (como en la mayoría de técnicas de tratamiento de varices).
- Evita la incisión inguinal (como en la ablación por radiofrecuencia y la escleroterapia ecoguiada).
- Rapidez de aplicación.
- Sencillez de procedimiento.
- Bajo coste de la fibra óptica.
- Reclamo comercial.

En contra de la indicación

Creemos en la necesidad de seleccionar los pacientes, ya que la aplicación en determinados casos se puede asociar a efectos indeseables:

- Evitar venas safenas de gran tamaño (> 8 mm), ya que en nuestro caso se asocia a trombosis sintomáticas postoperatorias.
- Las venas safenas tortuosas favorecen la perforación y, si se asocian venomas, éstos pueden provocar flebitis molestas y hematomas importantes.
- Su aplicación en pacientes muy delgados con safenas esculpidas, a pesar de la tumescencia, tiene un riesgo elevado de neuritis y fibrosis dolorosa.

Si bien existen temas de controversia como el referente a la protrusión del trombo generado sobre el sistema venoso profundo, la necesidad o no de realizar flebectomías complementarias asociadas y la conveniencia de la terapia compresiva selectiva, parece que el tratamiento endovenoso mediante endo-

láser del eje safeno resulta seguro, efectivo y menos agresivo que la cirugía convencional.

Es interesante la aportación de este artículo, ya que si aún no existe en nuestro entorno profesional la aceptación de que la EVLT pueda ser un sustituto de la cirugía convencional mediante safenectomía, los resultados mostrados nos dan argumentos para planteárnoslo.

E. Roche-Rebollo
*Jefe del Servicio de
Angiología y Cirugía Vascular.
Hospital Plató. Barcelona, España.*

Bibliografía

1. Min RJ, Navarro L. Transcatheter duplex ultrasound-guided sclerotherapy for treatment of greater saphenous vein reflux: preliminary report. *Dermatol Surg* 2000; 26: 410-4.
2. Van den Bos R, Arends L, Kockaert M, Neumann M, Nijsten T. Endovenous therapies of lower extremity varicosities. A meta-analysis. *J Vasc Surg* 2009; 49: 230-9.