

# Cura CHIVA de las varices en las extremidades inferiores

F. Quintana - X. Cabot y A. Puig

Unidad de Angiología y Cirugía Vascular  
Hospital del Parc Taulí. Sabadell (España)

## RESUMEN

Presentamos las características de esta técnica descrita en 1988 por el médico francés **Claude Franceschi**.

En nuestra Unidad empezamos a aplicarla en mayo de 1991 y hemos sido el primer equipo de España en realizar y sistematizar dicha cura.

Hemos operado 85 pacientes hasta la fecha siendo la tasa de venas residuales del 18%.

La morbilidad es baja y leve. No hay mortalidad.

Consideramos interesante el método por no precisar hospitalización, conserva el capital venoso del paciente y por el bajo costo laboral y sanitario.

## AUTHORS'S SUMMARY

Presentation of the characteristics of this technique described by the French physician **C. Franceschi**, in 1988.

Our Department began to apply this method on may 1991 and we are the first team in Spain to carry out and systemize this cure.

Up to date, 85 patients have been treated with a residual vein percentage of 18%.

Morbidity is low and slight. There is no mortality.

This method is considered interesting as it does not require hospitalization, conserves the vein capital of the patient, and has low labour and health care costs.

## Introducción

Esta técnica ha sido descrita y publicada por el médico francés **Claude Franceschi**, en 1988. Nosotros tuvimos noticia de ella cuando su autor la presentó en 1990 en el Congreso de la Unión Internacional de Angiología, celebrado en Barcelona. El Dr. **Franceschi** halló una notable oposición a su método entre la concurrencia (2).

Nosotros, sin tomar partido «a priori», decidimos que la teoría CHIVA era atractiva y verosímil y decidimos ponerla a prueba (4).

Después de asistir unos días al Centro que el Dr. **Franceschi** posee en París, realizamos nuestra primera intervención en mayo de 1991. Actualmente tenemos 85 casos tratados.

El principio terapéutico se basa en

las Pruebas de Trendelenburg y Perthes. La técnica intenta mantener permanentemente la situación hemodinámica que el «esmarch» crea en el transcurso de estas pruebas.

El «minitorniquete» permanente sería cada una de las ligaduras venosas que practicamos en los lugares previamente seleccionados, por medio de un estudio Echo-Doppler del sistema venoso superficial y de las comunicantes con el sistema venoso profundo. Es irrelevante que éstas sean suficientes o no, porque las utilizaremos de todos modos (1).

## Material y método

Con el marcaje Echo-Doppler estudiamos y señalamos los lugares en los que una vena varicosa contacta con una vena comunicante (Fig. 1). Se procede a practicar la ligadura de la vena varicosa justo por debajo de su encuentro con la comunicante. También interrumpimos con ligaduras los «shunts» veno-venosos en el sistema superficial, que recircula la sangre en circuito cerrado, cuidando de desviar su flujo en sentido ascendente ya sea por el mismo sistema superficial o por el profundo.

Los cayados de las safenas también se ligan si son insuficientes, pero respetamos todas sus ramas: V. subcutánea abdominal, V. pudenda externa superior, V. pudenda externa inferior y V. circunfleja ilíaca superficial, al contrario que en la varicectomía clásica, a fin de asegurar una salida para el flujo safénico y evitar un fondo de saco que trombosaría el vaso (Fig. 2).

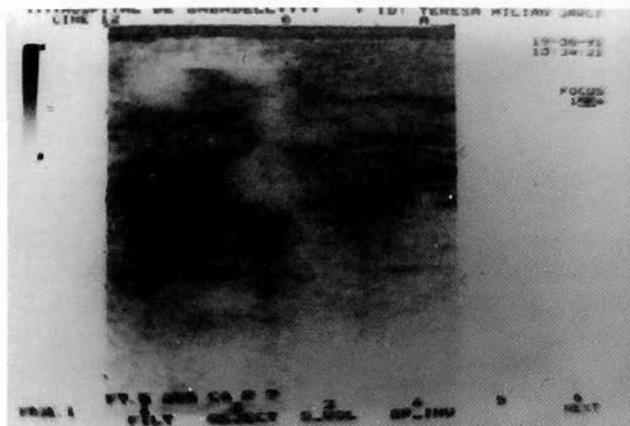


Fig. 1 - Echo-Doppler: vena varicosa en parte superoizquierda de la imagen. Comunicante vertical en el centro.



Fig. 2 - Ligadura del cayado de la Safena Interna con hilo irreabsorbible y clip.

En otros casos el flujo venoso del bajo abdomen y territorios adyacentes entra en la Safena Interna por estas ramas y desemboca en el sistema venoso profundo de la pierna a través de la primera perforante.

Pasamos a exponer algunos detalles de la sistematización que hemos fijado en nuestro Servicio para esta intervención:

El paciente es estudiado y marcado 24 horas antes de la intervención, con ayuda de Echo-Doppler. Confeccionamos la «cartografía» que junto con las señales realizadas con rotulador alcohol-resistente nos ayudarán a identificar los lugares de

sección-ligadura venosa en el Quirófano (Fig. 3).

Estas ligaduras se realizan con hilo monofilamentoso y reabsorbible e inerte, a fin de evitar reacciones inflamatorias que comprometerían la correcta cicatrización de la herida operatoria y podría perjudicar el resultado estético. Las incisiones se realizan con la punta de un bisturí del nº 11 y este mínimo tamaño les permite cicatrizar aún sin puntos de sutura. El mejor resultado se consigue si procuramos no forzar ni distender los bordes de la herida durante la manipulación de la vena. La anestesia es local con Scandicaina al 2% más bicarbonato sódico en pequeña proporción.

Terminado el acto quirúrgico colocamos un vendaje elástico en la extremidad con una venda elástica no adhesiva, de crepe o una media elástica de compresión fuerte, previamente esterilizada con gas. La paciente vuelve a su domicilio con el encargo de que a las 12 horas inicie la deambulación puesto que el método, para que sea eficaz, exige la movilización del paciente.

Si hemos utilizado puntos de sutura pueden retirarse a los 5 ó 6 días e incluso antes si los sustituimos por bandas de Steri-Strip.

El soporte elástico lo mantene- mos durante dos o tres semanas, pero desarrollando una actividad normal (5).

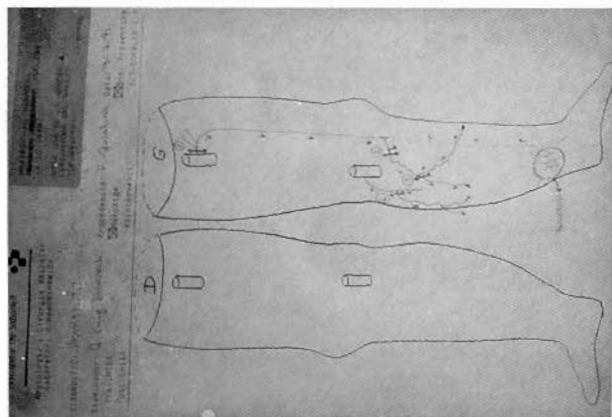


Fig. 3 - Cartografía: representación gráfica del marcaje.



Fig. 4 - Varices en cara interna pantorrilla. Resultados al 4º mes de postoperatorio.

## Resultados

En nuestro Servicio, subjetivamente los resultados han sido siempre buenos y los pacientes manifiestan un gran confort en el postoperatorio y un alivio significativo de la clínica de la insuficiencia venosa.

Objetivamente nosotros mismos nos hemos sorprendido de la bondad de la técnica en algunos casos (7).

### Complicaciones:

Puntos Exteriorizados	5 (5,9%)
Flictenas alergia «steri-strip»	2 (2,3%)
Varicotrombosis	6 (7%)
Trombosis vena safena interna	2 (2,3%)
Hematoma Ingle	3 (3,5%)
Telangiectasias	2 (2,3%)

### Resultados:

Reintervenciones (V. residuales)	18%
Mejoría pesadez	74%
Hormigueos	80%
Calambres	80%
Edema	91%
Prurito	42%
Celulitis	31%
Resolución Ulceras (2 casos)	100%
Dolor	98%
Hemosiderosis	61%

Algunos autores creen hallar mejores respuestas en pacientes jóvenes y varones. Nosotros no hemos podido confirmar este aserto (6).

## Discusión

La cura CHIVA trata, pues, de mantener el capital venoso de la extremidad para que, al menos teóri-

camente, la vena, liberada de la hipertensión de la insuficiencia valvular, recupere el tono de la pared vascular y consiga reducir las dilataciones varicosas.

Estas venas, ya restablecidas continuarán trabajando en beneficio del retorno venoso del paciente.

La ligaduras venosas escalonadas, con anestesia local y sin ingresar el paciente en Clínica u Hospital, no son ninguna novedad y se han practicado desde hace muchos años. La innovación CHIVA es la selección del lugar donde hay que ligar a fin de modificar favorablemente la presión y el sentido del flujo sanguíneo para conseguir la recuperación antes mencionada.

Esta recuperación hace que los resultados de la cura no sean siempre inmediatos y, en ocasiones, haya que esperar dos o tres meses antes de reintervenir, si quedaran algunos paquetes varicosos residuales.

Hay autores que creen el método CHIVA excesivamente complicado de realizar y comprometido a la hora de presentar los resultados inmediatos al paciente (3).

Tal como hemos indicado antes, nuestros resultados nos alejan de esta opinión y, como ha quedado dicho, no sentamos de inmediato una reintervención en caso de posibles varices residuales puesto que algunas de ellas tardarán unas semanas en recuperarse (Fig. 4).

Hay que tener en presente, por otra parte, que nuestro aprendizaje es progresivo y no es seguro que los paquetes venosos residuales sean consecuencia de fallos del método. A medida que aprendamos a hacer mejor los marcajes, mejores

serán nuestros resultados.

## Resultados

Podemos concluir que la técnica es atractiva e ingeniosa, simple, de bajo coste y eficaz. Parece reunir las condiciones necesarias para ser puesta en práctica sin detrimento de que si llega a ser preciso puede reintervenirse al paciente por la técnica clásica en el caso de que la cura CHIVA no consiguiera los resultados esperados.

## BIBLIOGRAFIA

1. FRANCESCHI, C.: *Theorie et Pratique de la Cure Conservatrice et Hemodynamique de l'Insuffisance Veineuse en Ambulatoire*. Editions de l'Armançon, 1988. Précy-sous-Thil.
2. FRANCESCHI, C.: *Cure CHIVA*. 5th Congress of the European Chapter of the International Union of Angiology. Barcelona, junio 1990.
3. MASSON, J. L.: *Methode Carsena, Eradication Ambulatoire des Varices*. p. 20-22. Solal éditeurs, 1991.
4. QUINTANA, F.; CABOT, X.; PUIG, A.: *Cura CHIVA de les varices a les cames: primeres intervencions*. Comunicació en la Societat Catalana de Angiologia y Cirurgia Vascular. Barcelona, dic. 1991.
5. FRANCESCHI, C.; QUINTANA, F., y cols.: *Workshop: Cura CHIVA de les varices a les ee.ii*. Hospital de Sabadell. Sabadell, abril 1992.
6. MAESO, J.; JUAN, J., y cols.: *Tratamiento de las Varices según el método CHIVA*. Estudio Preliminar. XXXVIII Jornadas Angiológicas Españolas. León, junio 1992. (Comunicación).
7. QUINTANA, F.; CABOT, X.; PUIG, A.: *Cura CHIVA de las Varices en las Extremidades Inferiores*. Primeros Resultados. XXXVIII Jornadas Angiológicas Españolas. León, junio 1992. (Poster).