



# Angiología

www.elsevier.es/angiologia



CEF. MESA REDONDA: ¿CUÁL ES LA MEJOR TÉCNICA PARA ELIMINAR LAS VARICES?

## Los resultados de la cirugía convencional siguen siendo superiores a los de las técnicas endovasculares

V. Martín Paredero

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular-Endovascular, Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona, España

Cerca del 80% de las venas varicosas se originan por incompetencia de la vena safena interna (VSI) y reflujo a nivel valvular de la unión safenofemoral<sup>1</sup>. Las opciones de tratamiento de las que disponemos han crecido, pero la más universalmente aceptada sigue siendo la fleboextracción clásica por avulsión de la VSI. Este procedimiento fue introducido en 1907 por Keller<sup>2</sup> y desde entonces, salvo pequeñas variaciones, la venimos practicando, es decir, llevamos más de 100 años realizando el mismo procedimiento con unos aceptables buenos resultados, que han constituido esta cirugía en el “gold standard” con el que debemos comparar el resto de técnicas, tanto las llamadas quirúrgicas como las endoluminales o mínimamente invasivas. Curiosamente, bajo mi percepción, la fleboextracción es, posiblemente, una de las primeras técnicas mínimamente invasivas que se desarrollaron, aunque no sea reconocida como tal. En las últimas décadas se han desarrollado algunos procedimientos quirúrgicos alternativos como la cura CHIVA<sup>3</sup> o la ASVAL<sup>4</sup>. En concreto, la cura CHIVA nos ha aportado, sobre todo, un mejor conocimiento del sistema hemodinámico venoso al utilizar la eco-Doppler como herramienta de diagnóstico y marcaje. Los estudios comparativos<sup>5</sup> no han demostrado que esta cura sea un método que mejore los resultados de la fleboextracción, sobre todo referente al punto clave de las recidivas, pero han aportado mucha capacidad de actuación dentro de los sistemas públicos de salud y nuestras listas de espera.

Para considerar una técnica como “gold standard” necesita una serie de requisitos que ha cumplido a lo largo de sus años de realización y sobre los cuales comparar el resto. Así, básicamente, la fleboextracción ha demostrado: bajas tasas de recurrencias; eliminación del reflujo venoso; reducción o desaparición de los síntomas del paciente, y mejora de la calidad de vida del paciente<sup>1</sup>. Posiblemente, el punto más

conflictivo sea el de las recidivas, ya que, incluso hoy en día, no tenemos claro ni universalmente establecido cuál es el “end point”: aparición de nuevas varices, en qué cantidad y después de cuánto tiempo, la demostración eco-Doppler de reflujo, la no satisfacción del paciente con los resultados, etc.

En las últimas décadas se han desarrollado una serie de métodos de tratamiento de varices. No es mi objetivo exponer ni comparara todos los que has surgido ni los que están desarrollándose. Estimo más oportuno concentrarme en los procedimientos mínimamente invasivos o endoluminales por ablación térmica (láser y radiofrecuencia) por ser los más ampliamente valorados, en solitario, sin utilizar al mismo tiempo técnicas quirúrgicas que anularían y mezclarían las posibilidades de comparación. La ablación por láser se desarrolló a partir de los estudios de Bone en 1977 y los de radiofrecuencia a partir de Creton (2002). Las ventajas iniciales de tratamiento ambulatorio quedaron rápidamente abolidas por las técnicas quirúrgicas. Otras ventajas que nos pueden ofrecer son tales como rapidez en su realización, sencillez, unos buenos resultados cosméticos así como una rápida incorporación de la persona a su actividad y trabajo cotidiano. También unas bajas tasas de morbilidad. En contra, no se puede aplicar a todos los pacientes con varices, sobre todo aquellos con VSI > 8 cm de diámetro, ni en safenas muy tortuosas. También hay que evitar pacientes muy delgados en los cuales puede dejar daños cosméticos. Por último hay que considerar la posibilidad del trombo dentro de la vena femoral.

Lo primero que se me ha ocurrido realizar es mirar lo que nosotros mismos estamos haciendo, y nada mejor que ver el Registro de Actividades de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular<sup>6</sup> que año tras año elabora y recoge la Dra. Moreno. El último publicado en el 2012 refleja la acti-

vidad de 2010 y en la tabla 14 vienen descritos los procedimientos quirúrgicos venosos. Realizamos un total de 23.044 cirugías de fleboextracción y CHIVA frente a un total de 574 de ablaciones térmicas. Por supuesto que hay muchos más datos que se podrían extraer, pero éste ya es suficientemente demoledor a favor de la cirugía convencional. Para completar estos datos, la calidad de vida<sup>7</sup> que se obtiene tras un *stripping* utilizando los tests SF36 y EuroQol nos indica que los valores obtenidos son satisfactorios y, actualmente, siguen mejorando. Por otro lado, las tasas de recurrencias tras la cirugía no están tan claras y varían mucho según el estudio realizado<sup>8</sup>. Pero al intentar valorar la recurrencia varicosa con los métodos quirúrgicos clásicos o de termoablación no es sencillo<sup>9-11</sup>. Cada uno se atribuye una serie de ventajas pero, en mi opinión, los estudios realizados son difíciles de interpretar.

En el estudio EVOLeS<sup>9</sup>, que compara la termoablación con el procedimiento Closure con el *stripping* clásico, sí parece existir diferencias de resultados en una fase inicial a favor de la radiofrecuencia. Pero en dicho estudio hay una evidente competencia de intereses con la marca comercial y volvemos a limitar el procedimiento a un tamaño y características de la VSI. La única revisión sistemática que compara dichos métodos de tratamiento de las venas varicosas es de 2009<sup>10</sup>. Abarca de 2003 a 2007, en el que se seleccionaron 17 estudios para valorar. De dicha revisión se extraen varias conclusiones interesantes: las complicaciones severas o graves son muy raras; las pequeñas complicaciones son más comunes pero limitadas, dependiendo de la variz; todos los tratamientos mostraron igualdad de eficacia; *stripping* sigue siendo el “gold standard”; las ventajas a corto termino son para el láser y la radiofrecuencia; a largo plazo gana la cirugía; el tipo de variz dicta el tipo de procedimiento, y por último, no hay un único procedimiento utilizado universalmente.

La guía clínica de la Sociedad de Cirugía Vascul y el American Forum sobre el cuidado y manejo de los pacientes con venas varicosas<sup>12</sup> publicada en 2009 puede constituir una herramienta útil a la hora de tomar decisiones según la medicina basada en la evidencia. Considera que la clasificación CEAP a la que todos estamos acostumbrados, en su forma básica, tiene un grado de evidencia 1A y es la que debemos seguir cuando hablemos sobre varices en la práctica clínica, y la forma completa cuando el propósito sea de investigación. Así el grado de evidencia del *stripping* es bajo salvo que se asocie al vendaje compresivo por una semana y, de esta forma, si alcanza el nivel de 1A. También lo hace cuando hay que operar grados extremos, con ulceraciones, de varices. La ablación térmica tampoco obtiene una buena recomendación ni en su forma de láser y menos en la radiofrecuencia.

En fin, si tuviéramos que buscar un tratamiento ideal de las varices basado en los criterios: dirigido a abolir el reflujo venoso, eliminar la sintomatología, mejorar la calidad vida del paciente, prevenir las complicaciones (úlceras, etc.) y bajas tasas de recurrencia, creo que el *stripping* cumple todos estos requisitos. Si añadimos más criterios como: me-

orar aspectos cosméticos, baja morbilidad y tiempo recuperación corto, posiblemente el *stripping* nos quedaría corto por el discomfort, la dificultad de la deambulacion precoz, los hematomas, el dolor, las posibilidades de lesión del nervio safeno y la infección de heridas, así como complicaciones linfáticas.

Como comentarios finales, me gustaría expresar que el *stripping* sigue siendo el “gold standard”, aunque se puede complementar con procedimientos quirúrgicos actuales. Con respecto a las técnicas endovasculares creo que todavía existen muchos aspectos a contemplar antes de que se aplique universalmente en los sistemas públicos de salud. No dudo que puede constituirse en un punto fuerte si dejamos de considerar a las venas como la hermana “pobre” de nuestra especialidad.

## Bibliografía

1. Cheatle T. The long saphenous vein: to strip or not to strip? *Semin Vasc Surg.* 2005;18:10-4.
2. Laurence AE. Reseña histórica. En: *Várices del miembro inferior.* Buenos Aires: Editorial Universitaria Buenos Aires; 1960. p. 15-36, 59-89 y 110.
3. Francheschi C. Theorie et pratique de la cure conservatrice de l'insuffisance veineuse en ambulatoire. Editions de L'Armacon; 1988.
4. Pittaluga P, Chastanet S, Rea B, Barbe R. Midterm results of the surgical treatment of varices by phlebectomy with conservation of a refluxing saphenous vein. *J Vasc Surg.* 2009;50:107-18.
5. Iborra-Ortega E, Barjau-Urrea E, Vila-Coll R, Ballón-Carazas H, Cairois-Castellote MA. Estudio comparativo de dos técnicas quirúrgicas en el tratamiento de las varices de las extremidades inferiores: resultados tras cinco años de seguimiento. *Angiología,* 2006;58:459-68.
6. Moreno Carriles RM. Registro de actividades de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascul, año 2010. *Angiología.* 2012;64:13-30.
7. Durkin MT, Turton EPL, Wijesinghe LD, Scott DJA, Berridge DC. The effect of long saphenous vein stripping on quality of life. *J Vasc Surg.* 2002;35:1197-203.
8. Hirsch SA, Dillavou E. Recurrent varicose veins after surgery. *Cardiovasc Surg.* 2000;8:233-45.
9. Lurie F, Creton D, Eklof B, Kabnick LS, Kistner LR, Pichot O, et al. Prospective randomized study of endovenous radiofrequency obliteration (closure procedure) versus ligation and stripping in a selected patient population (EVOLVeS Study). *Cardiovasc Surg.* 2008;49:19-26.
10. Systematic review of treatments for varicose veins. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). *Ann Vasc Surg.* 2009;23:264-76.
11. Block RG, Bush P, Flanagan J, Fritz R, Guekder T, Koziarski J, et al. Recurrent veins after thermal ablation. *J Vasc Endovas Surg.* Aceptado para su publicación.
12. Gloviczki P, Comerota AJ, Dalsing MC, Eklof BG, Gillespie DL, Gloviczki ML, et al. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. *J Vasc Surg.* 2011;53:25-48S