

CONSENSO

II Consenso nacional de diagnóstico y tratamiento de las patologías venosas prevalentes en la República Argentina

Coordinador general: Guzmán, Angel

**II Simposio Internacional de Procedimientos Minimamente Invasivos de Flebología
II Consenso Internacional de Láser en Flebología**

Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Argentina

15, 16 y 17 de Octubre de 2009

Presidente de II Simposio: Dr. Oscar Bottini

Presidente CACVYL: Dr. Hugo Martínez

secretaria@circulacionforum.com.ar

INTRODUCCIÓN

En este 2º Consenso Nacional de Diagnóstico y Tratamiento de las Patologías Venosas Prevalentes en la República Argentina, tuvieron una principal participación flebólogos de todas las regiones de nuestro país a quienes reiteramos nuestro profundo agradecimiento, ya que, con su colaboración en las diferentes fases del Consenso contribuyeron al éxito del mismo, permitiendo que sus conclusiones se encuentren ahora en vuestro poder. Es de resaltar la presencia de varios colegas de otros países que mostrándose interesados por esta convocatoria, novedosa para ellos, participaron también en forma activa.

Continuando con la idea de unificar criterios diagnósticos y terapéuticos para las patologías venosas y que los mismos, con la idea federalista de comienzo, puedan aplicarse en todo el país, es que decidimos encarar este 2º Consenso. Y al mismo tiempo conocer las distintas realidades médicas y las posibilidades de diagnóstico y tratamiento en las diferentes áreas de nuestro país. Un importante número de colegas respondió a esta iniciativa y más de 130 tuvieron activa participación tanto en la concreción de las encuestas como en las respectivas mesas de debate.

Las conclusiones a las que se arribó al final de los encuentros, y que se pueden ver en las páginas siguientes, son por demás claras y precisas, de un accionar médico basado en la experiencia, en los últimos avances tecnológicos, en la evidencia clínica y en la ética.

Insistimos en la necesidad de que este tipo de encuentros se realice periódicamente, ya que permite ir incorporando conceptos de diagnóstico y tratamiento e ir modificando los anteriores, adaptándolos

a la luz de los nuevos conocimientos. Así los colegas de todo nuestro país podrán mantenerse informados y con criterios unificados para el enfoque terapéutico de estas patologías.

Una vez más agradecemos a todos los participantes y a las instituciones que permitieron que este 2º Consenso se llevara a cabo: Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Colegio Argentino de Cirugía Venosa y Linfática, Hospital de Clínicas de Buenos Aires y Hospital Italiano de Buenos Aires.

MARCO TEÓRICO

La idea motivadora radica en que todos los flebólogos del país puedan contar con un *Protocolo* o *Guía de Procedimientos*, tanto diagnósticos como terapéuticos, que les permitan conducirse dentro de pautas unificadas. Esa es la base de estos dos *Consensos Nacionales de Enfermedades Venosas*, que con tanto éxito se han llevado a cabo y que han posibilitado que las diferentes áreas geográficas nacionales puedan manejar un idioma común en flebología.

El Consenso tiene una doble finalidad :

a- Brindar una guía de la especialidad para aconsejar al médico como desempeñarse en las diferentes patologías venosas, haciéndolo con responsabilidad e idoneidad. Ésta es sólo una guía, una línea de procedimientos que pretende lograr los mejores resultados y unificar conductas médicas. Su aplicación o no, es decisión personal de cada profesional,

b- Brindar un respaldo legal, ya que siguiendo las pautas elaboradas por el Consenso, el colega actúa según las conclusiones dictaminadas por un cónclave nacional de la especialidad.

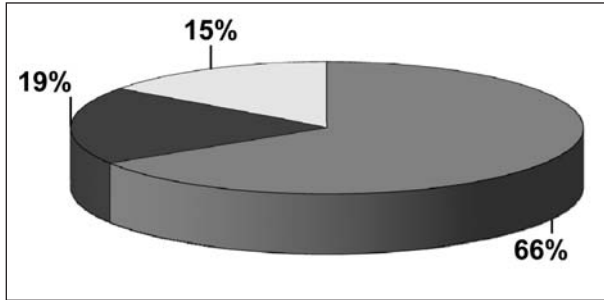


GRÁFICO 1.
DIAGNÓSTICO MEDIANTE ECO DOPPLER. ¿QUIÉN LO REALIZA?

UD. MISMO O SU GRUPO DE TRABAJO	66%
LO DERIVA A UN FLEBÓLOGO DE SU CONFIANZA	19%
LO DERIVA A UN COLEGA NO FLEBÓLOGO DE SU CIUDAD	15%

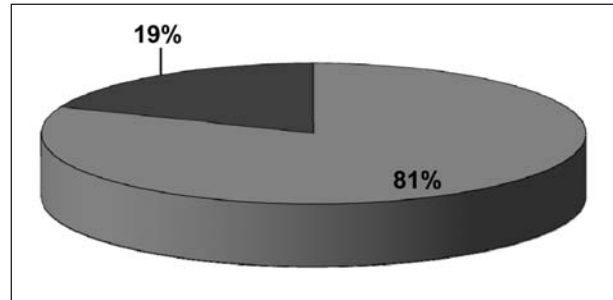


GRÁFICO 2.
¿CLASIFICA AL REFLUJO DE SAFENAS EN LEVE, MODERADO Y GRAVE?

Si	81%
No	19%

El informe que acompaña a esta introducción aconseja los requerimientos mínimos para el enfoque causal y terapéutico de la patología venosa, tanto del sistema venoso superficial como de perforantes, pudiendo utilizarse como guía de las diferentes prestaciones médicas de nuestra especialidad, siempre procurando elevar la calidad de las mismas.

Repitiendo lo que expresáramos en el 1º Consenso (2007): “Evaluando la evolución histórica de la especialidad y la búsqueda permanente de los reconocimientos formales y ministeriales para su legitimación como especialidad médica, se estima indispensable tener un documento de síntesis y uniformidad con respecto al manejo de las enfermedades propias que le dan los límites de competencia e incumbencia.” Insistimos en la necesidad de aunar criterios para lograr una flebología única que sea reconocida y aceptada en todo el territorio de nuestro país.

ALCANCE DEL CONSENSO

Tuvieron activa participación, al igual que en el 1º Consenso, colegas que representaron a las diferentes sociedades científicas de todas las regiones de nuestro país. Se pudo así compartir la experiencia de todos los concurrentes y discutir con bases científicas y éticas, cada uno de los aspectos presentados en la encuesta, para así arribar a las conclusiones que ahora se presentan (ver gráficos). Se pudo asimismo, conocer la realidad de cada área geográfica y la disponibilidad humana y tecnológica en cada una de ellas.

OBJETIVO

Completar, modificar y actualizar el documento elaborado en el 1º Consenso Nacional acerca de las

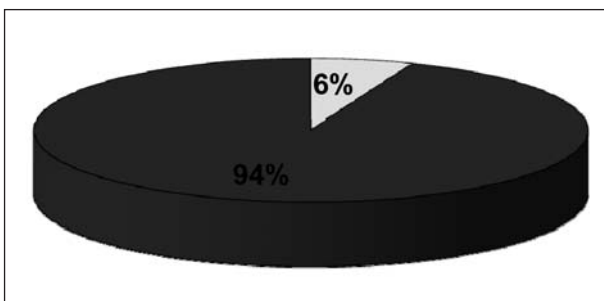


GRÁFICO 3.
¿QUÉ ELEMENTOS CONSIDERA IMPORTANTES EN EL ECO DOPPLER PARA ESTABLECER EL GRADO DE INSUFICIENCIA DE VENAS SAFENAS?

EL DIÁMETRO DE LA MISMA	0%
EL NIVEL DE REFLUJO CON VALSALVA	0%
EL NIVEL DE REFLUJO CON COMPRESIÓN-DESCOMPRESIÓN	0%
EL TIEMPO DE REFLUJO	06%
TODOS LOS ANTERIORES	94%

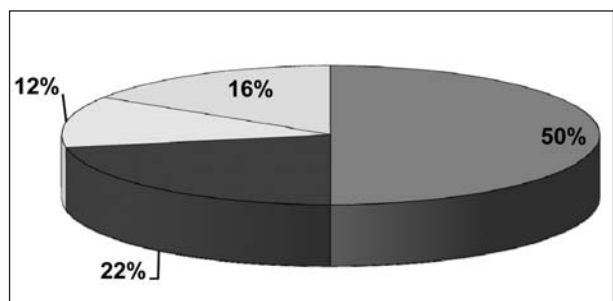


GRÁFICO 4.
EL TIEMPO DE REFLUJO ES PATOLÓGICO SI ES MAYOR DE:

1 SEGUNDO	50%
2 SEGUNDOS	22%
4 SEGUNDOS	12%
SIEMPRE ES PATOLÓGICO SI HAY REFLUJO	16%

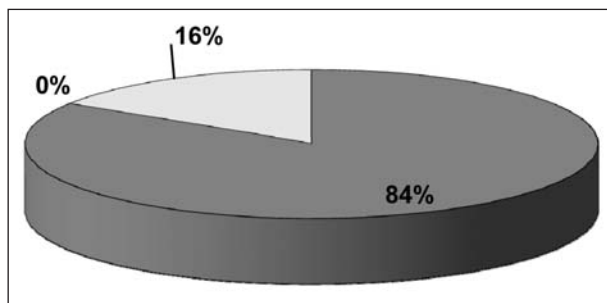


GRÁFICO 5.
EL ECO DOPPLER DEBE HACERSE

CON EL PACIENTE DE PIE	84%
CON EL PACIENTE ACOSTADO	0%
EN AMBAS POSICIONES	16%

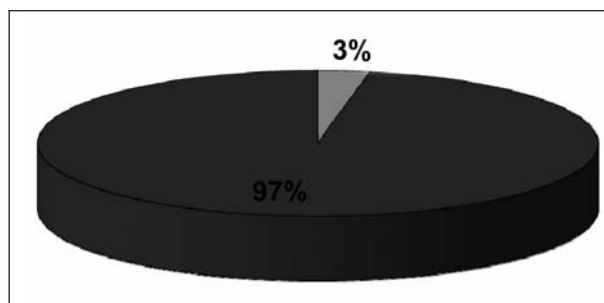


GRÁFICO 6.
EN EL ESTUDIO DE LAS VENAS PERFORANTES EL ECO DOPPLER ES IMPORTANTE:

PARA VERIFICAR SU COMPROMISO EN LA PATOLOGÍA	03%
PARA UN CORRECTO DIAGNÓSTICO FISIOPATOLÓGICO	0%
PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE PERFORANTE	0%
PARA DECIDIR LA TÁCTICA TERAPÉUTICA	0%
TODO LO ANTERIOR	97%

guías de procedimientos diagnósticos y terapéuticos para el manejo integral, completo, ético y oportuno de las patologías venosas prevalentes.

CONCLUSIONES DEL CONSENSO

Diagnóstico

◊ Se resalta la importancia de que el estudio *eco doppler* sea realizado preferentemente por el propio médico o por alguien de su propio equipo de trabajo y

adecuadamente entrenado (*gráfico 1*). Se recomiendan como mínimo dos estudios previos a la terapia: uno como diagnóstico del tipo de patología existente y otro para el marcaje preoperatorio. Se deberían además efectuar estudios ecográficos posteriores al tratamiento para ver la evolución del cuadro.

◊ El estudio debería solicitarse como cartografía venosa por *eco doppler*.

◊ Al reflujo de venas safenas se lo clasifica como leve, moderado o grave en base al diámetro de las mis-

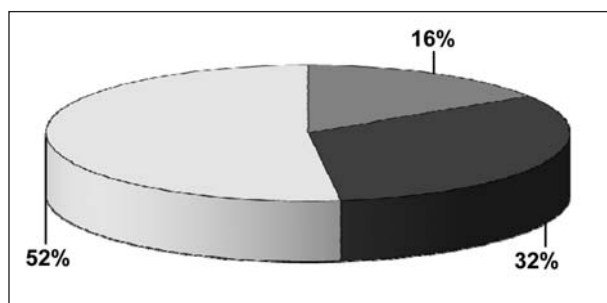


GRÁFICO 7.
CÓMO CLASIFICA AL SISTEMA VENOSO PERFORANTE

COMPETENTE/INCOMPETENTE	16%
SUFICIENTE/INSUFICIENTE	32%
DE FUGA/DE REENTRADA	52%

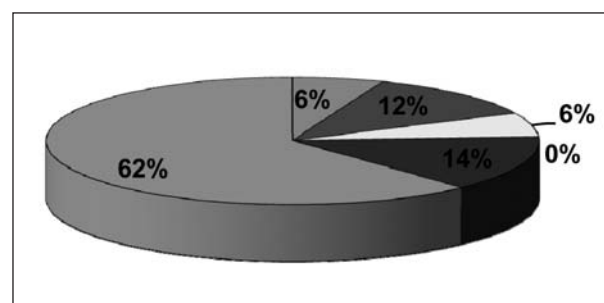


GRÁFICO 8.
MEDIANTE ECO DOPPLER QUE SIGNOS CONSIDERA IMPORTANTES PARA ESTABLECER LA INSUFICIENCIA DE UNA VENA PERFORANTE

SU DIÁMETRO	06%
FLUJO BIDIRECCIONAL ESPONTÁNEO	12%
REFLUJO ANTE VALSALVA	06%
PERSISTENCIA EN DOS O MÁS ESTUDIOS	0%
DIRECCIÓN DEL FLUJO DE PROFUNDO A SUPERFICIAL	14%
TODOS LOS ANTERIORES	62%

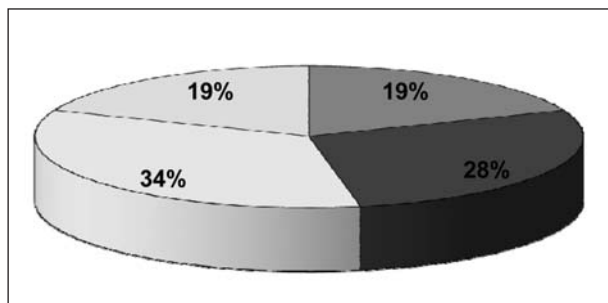


GRÁFICO 9.
CON RESPECTO AL DIÁMETRO CUANDO SE CONSIDERA QUE UNA PERFORANTE ES PATOLÓGICA

MAYOR DE 2,5 MM	19%
MAYOR DE 3 MM	28%
MAYOR DE 4 MM	34%
TODAS LAS ANTERIORES	19%

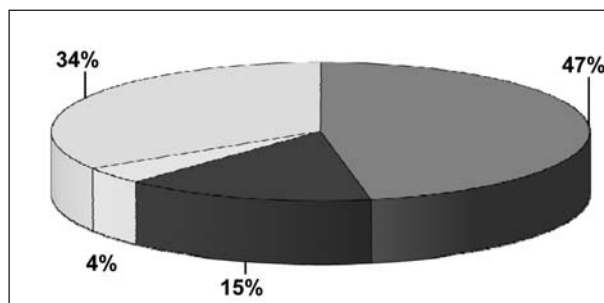


GRÁFICO 10.
ES PATOLÓGICO UN REFLUJO QUE DURA MÁS DE:

1 SEGUNDO	47%
2 SEGUNDOS	15%
3 SEGUNDOS	4%
TODOS LOS ANTERIORES	34%

mas, al nivel de reflujo con maniobra de Valsalva o de compresión-descompresión y al tiempo de duración del mismo (gráfico 2).

◇ Se considera patológico al reflujo mayor de 1 segundo, siempre de acuerdo con la clínica del paciente. Debe siempre especificarse el trayecto estudiado, así como la calidad y extensión del reflujo (gráfico 4).

◇ El estudio de las venas superficiales y perforantes, por medio del *eco doppler*, debe realizarse con el paciente de pie para visualizar mejor los reflujo y los diferentes sectores anatómicos. Para el estudio de las

venas perforantes se recomienda además completar el estudio con el paciente en posición semisentada (gráfico 5).

◇ En la investigación de las venas perforantes el eco doppler permite determinar el grado de compromiso de las mismas en la patología venosa, identificar el tipo de perforante y ayudar en la decisión terapéutica. Se hace especial énfasis en la necesidad de efectuar el estudio de la forma mas completa posible para no obviar datos que puedan después conspirar con el buen resultado terapéutico. Asimismo es imprescindible que el *eco doppler* indique la ubicación exacta de

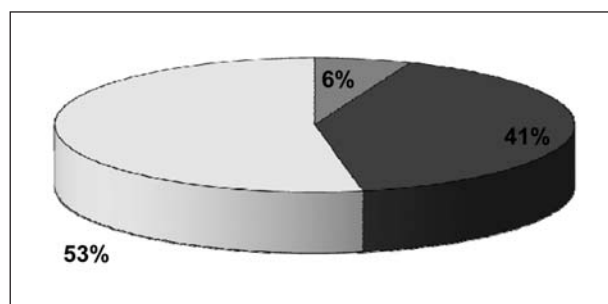


GRÁFICO 11.
¿SIEMPRE QUE EXISTE UN TRASTORNO TRÓFICO, DEBE INTERPRETARSE COMO CONSECUENCIA DE UNA INSUFICIENCIA PERFORANTE?

SI	06%
NO	41%
A VECES	53%

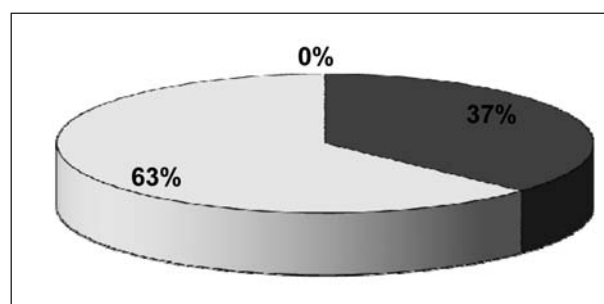


GRÁFICO 12.
LA PERFORANTE DE REENTRADA DEBE SER CONSIDERADA PATOLÓGICA

SIEMPRE	0%
NUNCA	37%
A VECES	63%

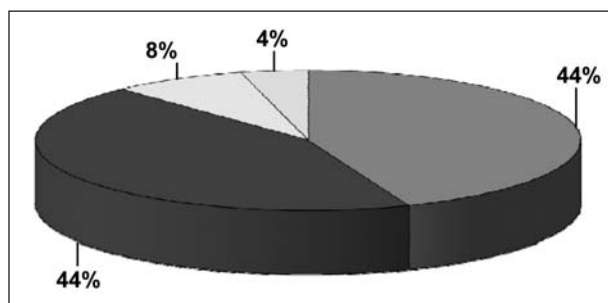


GRÁFICO 13.
ANTE UNA INSUFICIENCIA GLOBAL DE VENA SAFENA INTERNA, ¿QUÉ TRATAMIENTO REALIZA?

CIRUGÍA CONVENCIONAL	44%
CIRUGÍA LÁSER	44%
ESCLEROTERAPIA	08%
RADIOFRECUENCIA	04%

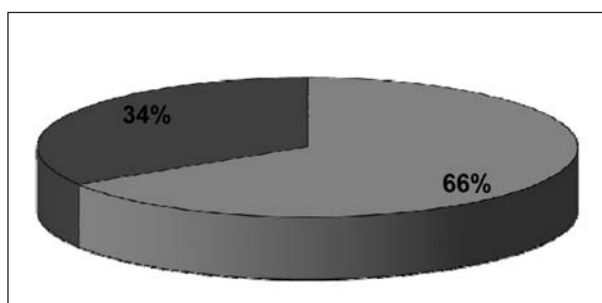


GRÁFICO 14.
¿ACTÚA DE LA MISMA FORMA EN CASO DE INSUFICIENCIA PROXIMAL O DISTAL DE VENA SAFENA INTERNA?

Si	66%
No	34%

las perforantes, por cualquiera de los métodos existentes, para un correcto marcaje y tratamiento de las mismas (*gráfico 8*).

◊ Se recomienda clasificar al sistema perforante como suficiente o insuficiente, debiendo especificarse si es una perforante de fuga o de reentrada, lo que sumado a la clínica que presente el paciente orientará a la terapéutica a realizar.

◊ Se sigue considerando que tanto el diámetro de la perforante, la presencia de flujo espontáneo bidireccional en la misma, el reflujo ante maniobra de Valsalva, su persistencia en dos o mas estudios y la dirección del flujo de profundo a superficial, son signos que ponen de manifiesto su insuficiencia.

◊ De acuerdo a las últimas investigaciones se debería considerar patológica a una perforante cuyo diámetro sea mayor de 3.9 mm. con un reflujo superior a 1 segundo. Todos estos criterios deben asociarse a la clínica del paciente (*gráficos 9 y 10*).

◊ No siempre deben existir perforantes insuficientes en cuadros de trastornos tróficos de la pierna, ya que los mismos, pueden deberse exclusivamente, a una insuficiencia del sistema venoso superficial (*gráfico 11*).

◊ La perforante de reentrada podrá ser considerada patológica según la fisiopatología, la clínica y la evolución del proceso. Y si presentan criterios de insuficiencia luego de que se hayan eliminado los puntos de fuga y tratado el sistema que los genera.

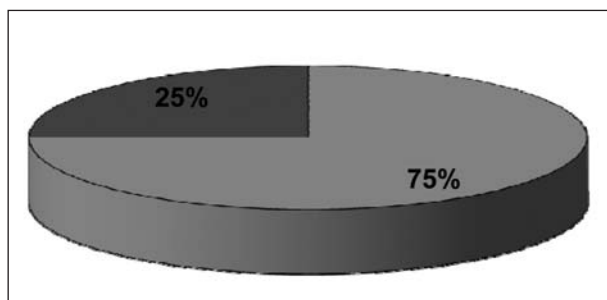


GRÁFICO 15.
¿Y EN CASO DE INSUFICIENCIA DE VENA SAFENA EXTERNA?

Si	75%
No	25%

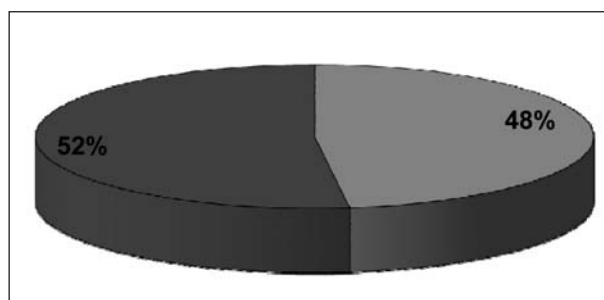


GRÁFICO 16.
EN CASO DE CIRUGÍA LÁSER, ¿EFECTÚA TRATAMIENTO DEL CAYADO DE VENA SAFENA INTERNA Y SUS TRIBUTARIAS?

Si	48%
No	52%

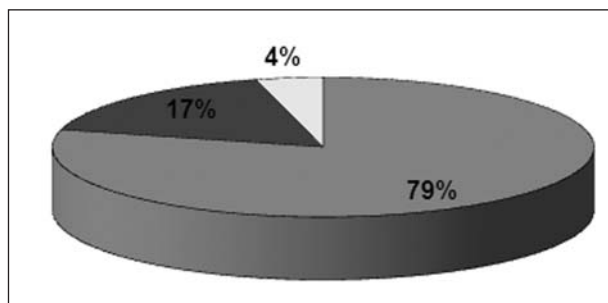


GRÁFICO 17.
¿HACE TRATAMIENTOS COMBINADOS: LÁSER EN VSI MÁS MICROCIURUGÍA VENOSA O MÁS OPERACIÓN DE SHERMAN?

Si	79%
No	17%
Otros	04%

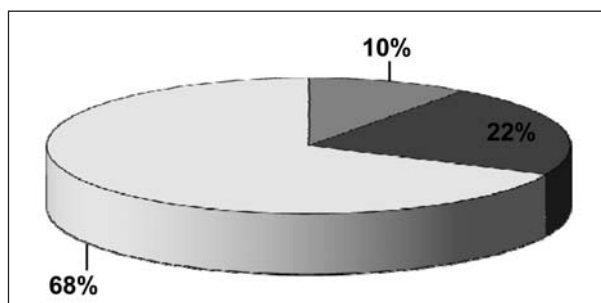


GRÁFICO 18.
A LAS COLATERALES SUPRAFASIALES LAS TRATA CON:

LÁSER	10%
ESCLEROTERAPIA	22%
MICROCIURUGÍA VENOSA	68%

TRATAMIENTO

A los fines legales se recomienda incorporar como rutina la firma del consentimiento informado por parte del paciente, lo que actúa en salvaguarda del accionar médico.

Tanto ante una insuficiencia global, proximal o distal de vena safena interna como en insuficiencia de vena safena externa, las conductas terapéuticas recomendadas, en orden prioritario, son (*gráficos 13, 14 y 15*):

- a- Cirugía convencional o cirugía láser
- b- La escleroterapia se reserva para casos específicos.
- c- La radiofrecuencia es otra posibilidad pero su experiencia es muy limitada.

Cada una de las terapéuticas deberá adecuarse al paciente, ya que todas se consideran válidas, dependiendo de la experiencia y el criterio del flebólogo.

Se insistió en el hecho de que no debería efectuarse ningún método terapéutico endovascular (láser, radiofrecuencia, escleroterapia, etc.) sin control eco guiado simultáneo ya que asegura mejores resultados, mayor seguridad y menores riesgos de complicaciones (*gráfico 22*).

◊ El tratamiento del cayado de vena safena interna mediante cirugía convencional durante una cirugía láser dependerá de la decisión del flebólogo, del diámetro del mismo y de que haya un control *eco doppler* intraoperatorio. El diámetro del cayado, a menos que sea una dilatación aneurismática, no es un impedi-

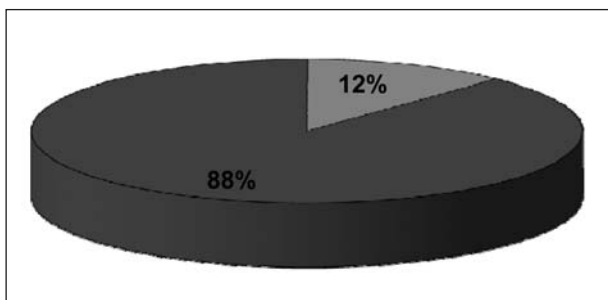


GRÁFICO 19.
LAS PERFORANTES DEBEN SER TRATADAS:

SIEMPRE	88%
A VECES	12%

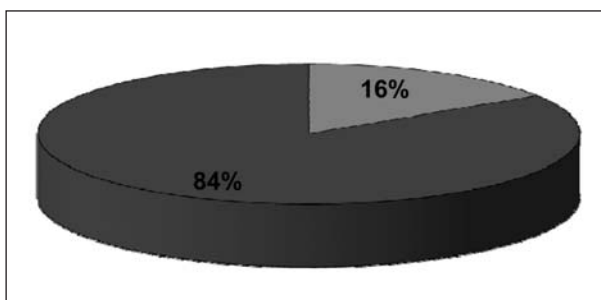


GRÁFICO 20.
EL TRATAMIENTO DEBE SER:

SUPRAAPONEURÓTICO	16%
INFRAAPONEURÓTICO	84%

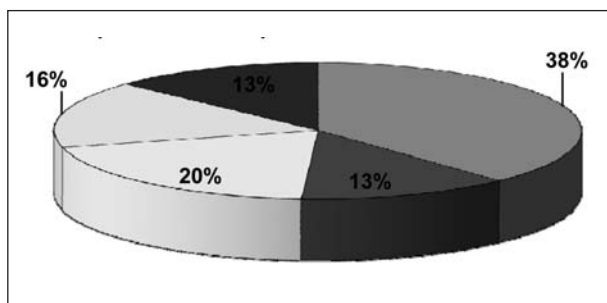


GRÁFICO 21.
 ANTE INSUFICIENCIA DE VARIAS PERFORANTES, EMPLEA:
 RESECCIÓN DE LA MISMA (OP. DE SHERMAN) 38%
 CIRUGÍA VIDEOSCÓPICA 13%
 CIRUGÍA LÁSER ECOASISTIDA 20%
 OPERACIÓN DE LA VALVA 16%
 ESCLEROTERAPIA 13%

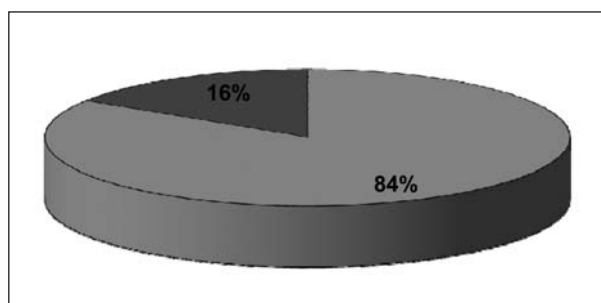


GRÁFICO 22.
 CONSIDERA QUE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS ENDOVASCULARES, LÁSER, RADIOFRECUENCIA Y ESCLEROSIS, ¿DEBEN SER ECOGUIADOS?:
 Si 84%
 No 16%

mento formal para la cirugía láser sin crosectomía simultánea. Estas posturas están sujetas a estudios multicéntricos prospectivos, a cada caso en particular y a la decisión del operador (*gráfico 16*).

A la cirugía láser se la asocia en el mismo acto quirúrgico a exéresis de colaterales por micro incisiones (microcirugía venosa) o escleroterapia, así como a cirugía selectiva de perforantes insuficientes (operación de *Sherman*) (*gráfico 17*).

◊ Las colaterales suprafaciales se tratan con microcirugía venosa o escleroterapia preferentemente (*gráfico 18*).

◊ Las perforantes deberán ser tratadas casi siempre, aunque habrá casos en que dependiendo de la clínica y del informe de *eco doppler* podrán no serlo en ese momento (*gráfico 19*). De acuerdo a las técnicas empleadas se las puede tratar tanto por vía supra o infra-neurótica, siendo importante corroborar que las mismas queden efectivamente anuladas (*gráfico 20*).

Cuando son varias las perforantes insuficientes se las puede tratar con diferentes técnicas, de acuerdo a las posibilidades y preferencias del médico, siendo todas ellas válidas (*gráfico 21*):

a- Operación de *Sherman*, mediante el uso de la valva, cirugía videoscópica.

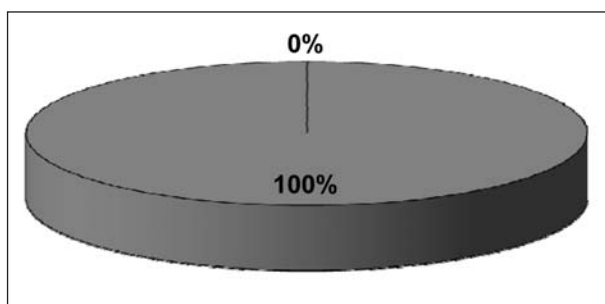


GRÁFICO 23.
 ¿EMPLEA ELASTOCOMPRESIÓN DESPUÉS DE CADA TRATAMIENTO?
 Si 100%
 No 0%

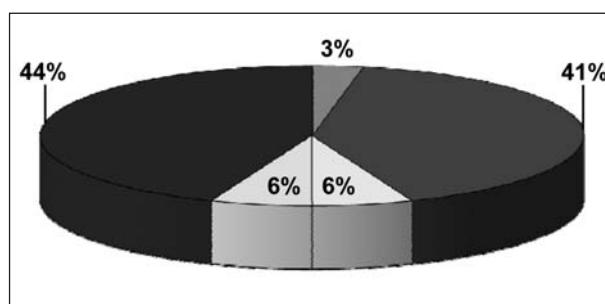


GRÁFICO 24.
 EN CASO DE CIRUGÍA LÁSER, ¿QUÉ TIPO DE ANESTESIA EMPLEA HABITUALMENTE?
 GENERAL 03%
 REGIONAL (PERIDURAL, RAQUÍDEA) 41%
 LOCAL 06%
 TUMESCENTE 06%
 COMBINACIÓN DE ALGUNAS DE LAS ANTERIORES 44%

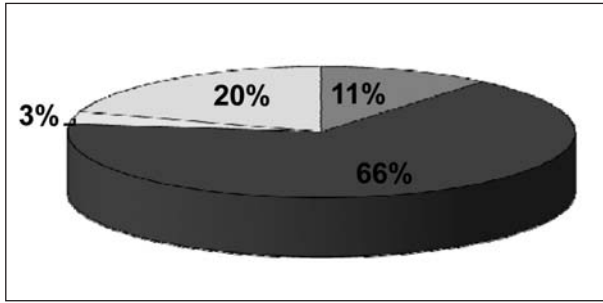


GRÁFICO 25.
¿DÓNDE REALIZA SUS INTERVENCIONES HABITUALMENTE?

HOSPITAL PÚBLICO	11%
INSTITUCIÓN PRIVADA	66%
CONSULTORIO	03%
TODOS LOS ANTERIORES	20%

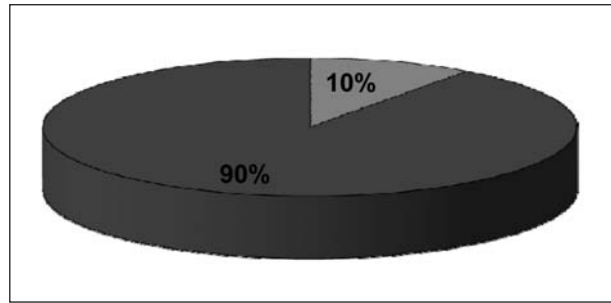


GRÁFICO 26.
¿QUÉ CANTIDAD DE PROCEDIMIENTOS ECOGUIADOS (ESCLEROSIS, LÁSER, ETC.) REALIZA EN TERAPIAS AMBULATORIAS DE CONSULTORIO?

MÁS DEL 50%	10%
MENOS DEL 50%	90%

b- Técnica láser eco asistida (siempre tener presentes los *ratios* de seguridad)

c- Esclerosis eco asistida.

◊ Es recomendable efectuar la elastocompresión después de cada tratamiento, dependiendo su duración del cuadro clínico y tipo de terapéutica empleada (*gráfico 23*).

◊ En cirugía láser los tipos de anestesia más frecuentemente empleados son (*gráfico 24*)

a- Regional

b- Tumesciente

La elección de cada una dependerá de la experiencia del médico y posibilidades del medio. Pueden realizarse combinaciones entre ellas.

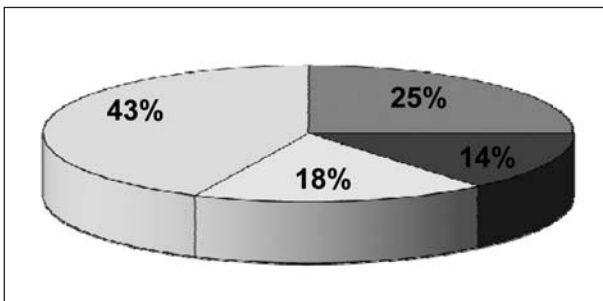


GRÁFICO 27.
¿QUÉ CANTIDAD DE PROCEDIMIENTOS ECOGUIADOS REALIZA EN TERAPIAS CON INTERNACIÓN?

HASTA EL 25%	25%
HASTA EL 50%	14%
HASTA EL 75%	18%
TODOS SON ECOGUIADOS	43%

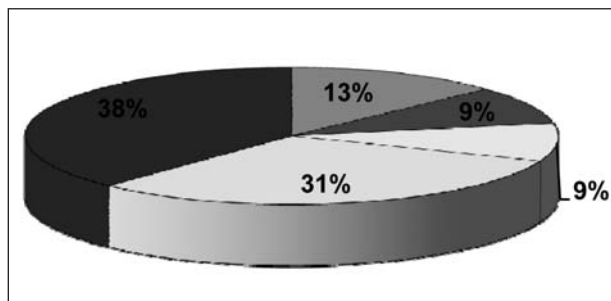


GRÁFICO 28.
¿QUÉ CANTIDAD DE MÉDICOS FLEBÓLOGOS SE DESEMPEÑAN EN SU CIUDAD O ÁREA LABORAL?

MENOS DE 5	13%
ENTRE 5 Y 10	09%
ENTRE 10 Y 20	09%
MÁS DE 20	31%
MÁS DE 50	38%