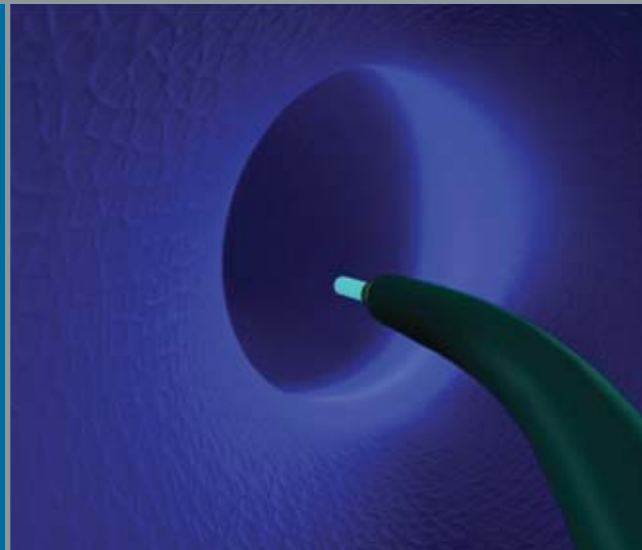


LÁSER ENDOVENOSO

Grupo GLEVE
Grupo Láser Endovenoso Español

Vicente Ibáñez Esquembre
Jesús Alós Villacrosa
Carlos Boné Salat
Carlos Miquel Abbad
Gerardo Pastor Mena



Resultados y complicaciones del láser endovenoso: revisión bibliográfica

Gerardo Pastor Mena, Vicente Ibáñez Esquembre y Javier Pérez Monreal

La revisión bibliográfica nos muestra diferentes protocolos de aplicación del LEV (láseres de diferente longitud de onda, disparos intermitentes o continuos, potencias y tiempos diversos).

La mayoría de los estudios fueron sobre tratamiento de safenas internas incompetentes y sólo tres de safena externa (Proebstle, 2003; Mackay, 2002; Min, 2004). Un estudio se realizó asociando siempre el LEV y la ligadura del cayado safeno interno (Chang, 2003).

En otro estudio se practicó de forma esporádica la ligadura del cayado de safena asociada al LEV (Anastasiu, 2003). En algunos trabajos no está claro si hubo duplicación de resultados.

Las preguntas más importantes que nos hicimos con respecto a esta técnica novedosa fueron:

1. ¿Es una técnica segura? Para ello, analizamos el porcentaje de complicaciones.
2. ¿Es una técnica eficaz? Su objetivo es evitar el reflujo de los confluentes safenos y la oclusión permanente del trayecto safeno incompetente.

La seguridad de una técnica viene contrastada por un bajo índice de complicaciones en comparación con la safenectomía tradicional y con otras técnicas endovenosas como la radiofrecuencia (Perrin, 2004).

No existe ningún estudio aleatorizado publicado que compare el LEV con la safenectomía, aun-

que se ha iniciado uno en Leeds (Inglaterra) en 2003, cuyos datos no se han presentado todavía.

Complicaciones

No se ha descrito ningún caso de infección postoperatoria con el LEV. En las safenectomías se publican un 2-8 % de infecciones postoperatorias, (Sarin, 1992).

Complicaciones locales

- Posición errónea de la fibra (2 casos) sin complicaciones sistémicas (Proebstle, 2003).
- Quemaduras cutáneas: 12 casos en 252 safenas tratadas (4,8 %) (Chang, 2002).
- Trombosis venosas profundas: 1 caso por trombofilia previa (Proebstle, 2003).
No se ha publicado ningún caso de embolia pulmonar.
- Dolor postoperatorio. En todos los estudios, la mayoría de los pacientes sintieron dolor ligero o moderado, malestar o tirantez en la zona tratada, que requirió tratamiento con AINE durante un tiempo variable (3-10 días). El dolor y las molestias postsafenectomía duraron más tiempo (hasta el 25 % a las 3 semanas (Lurie, 2003).
- Hematomas (5 %) con pigmentaciones persistentes (2,4 %) (Chang, 2002).

También más importantes en la safenectomía, entre el 4 % (Sykes, 2000) y el 52,9 % (Butler, 2002).

- Equimosis. Son frecuentes durante los primeros días postoperatorios y duran varias semanas (Anastasiu [GELEV] 2,5 %).

En las safenectomías hay mayor índice e importancia de equimosis: 30 % (Rautio et al., 2002) y 63,9 % a la semana y 5,6 % a las 4 semanas (Lurie, 2003).

- Disestesias. Muy pocos casos: 1,1 % (Proebstle, 2002) y 1,2 % (Min, 2001), que desaparecieron en 6 semanas. Sólo en un trabajo (Chang, 2002) se informó de un 2,8 % a los 6 meses, con desaparición de los síntomas al final del seguimiento (12-28 meses).

En la safenectomía también se encontró mayor porcentaje de disestesias, 4,1-23 % en fleboextracción de rodilla a cayado y 4,5-19 % en safenectomías completas (Rautio, 2002). Algún estudio describe hasta un 30,3 % al año, con disminución al 4,5 % a los 3 años (Rutgers, 1994).

Con la técnica de radiofrecuencia también hay un mayor porcentaje de disestesias: 9,4 % a los 6 meses y 5,6 % a los 2 años (Weiss, 2002).

- Induración. En cinco estudios se describe un endurecimiento subcutáneo en el trayecto de la safena tratada en todos los pacientes (100 % de los casos) en el postoperatorio inmediato. Las molestias inflamatorias suelen disminuir y desaparecer entre 3 y 4 semanas. En el tratamiento de la safena externa (Proebstle, 2003) se refiere induración en el 34 % de los casos y persistencia de las molestias durante 1-4 semanas. La induración no es un efecto colateral relevante en las safenectomías.
- Periflebitis o flebitis. Se describen en 5 estudios, variando su frecuencia entre el 3,2 y el 7,7 % que remitió con AINE (diclofenaco) y se resolvió entre 3 y 4 semanas (Proebstle, 2002; Min, 2003). Asimismo, Chang (2002)

comunicó sólo 1,6 % de periflebitis, asociando crosectomía. También Navarro y Boné (2002) describieron 1,0 % de periflebitis, sin indicar su duración. Anastasiu (GELEV) comunicó 1,7 % de casos de flebitis superficiales.

Como conclusión bibliográfica puede decirse que la técnica de LEV genera menos morbilidad y tiene menos complicaciones que la safenectomía y la radiofrecuencia.

Resultados del láser endovenoso

El objetivo principal del tratamiento con LEV es la oclusión completa y permanente del sistema safeno y/o sus colaterales, con desaparición del reflujo de los confluentes safenos. Su seguimiento objetivo se realiza en revisiones sucesivas con eco-Doppler color.

La mayoría de los estudios publican la oclusión completa de la safena interna en el 90-100 % de los casos, aunque alguna extremidad precisó reintervención. Del Giglio (2001) describe un 94 % de oclusión completa. Navarro y Boné (2001) refieren 100 % de oclusión completa en 97 piernas operadas hasta 7 meses de seguimiento. Goldman (2004) también menciona un 100 % de éxito en 24 casos a los 6 meses de seguimiento.

El período de seguimiento varía entre un mínimo de 28 días (Proebstle, 2002) y 24 meses con 121 piernas operadas, aunque 40 casos se siguieron durante 40 meses. En un total de 318 piernas intervenidas (Min, 2003), la obstrucción completa terapéutica llegó al 97,2 % al mes de seguimiento postoperatorio. Este mismo autor también aporta la experiencia de 9 casos (1,8 %) de los que 8 precisaron reintervención al mes.

También Proebstle (2002) refiere la oclusión completa de la safena interna en el 97,0 % de sus pacientes, aunque el seguimiento es corto. El mismo autor publicó en 2003 sus resultados con LEV en la safena externa, consiguiendo la oclusión com-

pleta en el 94,9 % de las piernas intervenidas; no pudo realizarla sólo en una safena externa muy tortuosa. El mismo autor, sin embargo, en una publicación de 2003 sobre 104 safenas internas comunicó una recanalización del 8,6 % a los 12 meses.

El trabajo de Chang (2002), que usó el LEV asociado a ligadura de cayado, informa de que consiguió la oclusión completa en 244 de las 252 piernas intervenidas (96,8 %) con un seguimiento medio de 6 meses. Las 8 piernas con oclusión parcial se trataron con escleroterapia, con la que se consiguió la oclusión de todas ellas.

Anastasié (GELEV, 2003) presenta 230 casos de LEV en 232 safenas internas y 79 safenas externas, con crosectomía asociada en el 10,8 % de los casos. Consiguió la oclusión completa en el 96,52 %, con un seguimiento medio de 6 meses.

Roizental (2004) comunicó la oclusión completa inicial en el 98,5 % (405 casos) y en el 96,2 % a los 6 meses.

El tiempo de seguimiento de las series actuales no permite hacer comparaciones con la safenectomía a largo plazo.

Los estudios multicéntricos, el francés GELEV con 1.000 casos y el italiano VELTA, próximamente aportarán nuevos datos estadísticos actualizados, así como el español GLEVE.

Recanalización o neovascularización

La recanalización es la restauración de la permeabilidad de la safena después de una oclusión completa, pudiendo quedar competente o no.

Los estudios de Boné y Navarro (2001) sobre 125 safenas en 105 pacientes, encontraron recanalización con incompetencia en el 4,8 % de los casos (12 meses de seguimiento medio), que se resolvieron con escleroterapia.

Chang (2002), utilizando LEV más ligadura del cayado en 252 safenas tratadas en 149 pacientes, no tuvo ninguna recanalización con un seguimiento medio de 19 meses.

Anastasié (GELEV) refiere un 2,5 % de recanalizaciones.

En safenectomías también se constata un alto porcentaje de neovascularización inguinal: 22,2 % (Campanello 1996) y 33,3 % (Hammarsten 1990) en seguimientos de 50 meses, hasta un 60 % en un seguimiento postsafenectomía de 39 años (Fischer, 2001).

En un estudio a 5 años con safenectomías completas, la recurrencia fue del 17,2 % (Dwerryhouse, 1999). También encontramos un 13,5 % de esclerosis en el postoperatorio de safenectomías (Rutgers, 1994).

Mejoría sintomática

En la mayoría de los trabajos se constata una mejoría significativa tras el LEV, un alto número de pacientes asintomáticos y también una importante disminución de los síntomas en los casos más avanzados, según la clasificación CEAP (Chang, 2002; Proebstle, 2003).

Tiempo de alta laboral o actividad habitual

En la mayoría de los trabajos se informa de una rápida reincorporación laboral o a las actividades habituales (1-2 semanas) (Gérard, 2002; Anido, 2003; Anastasié 2003), muy por debajo de la recuperación postsafenectomía (3 a 4 semanas) (Lurie, 2003).

Resumen

Según la bibliografía actual, la técnica de LEV es efectiva y consigue una oclusión completa de la safena interna, con resultados clínicos comparables a los de la safenectomía tradicional.

Parece tener menos complicaciones locales, un postoperatorio con menos molestias y un tiempo más corto de baja laboral.

ISBN 84-7429-240-9



9 788474 292404

92 | *EDITORIAL*
36 | **GLOSA**