

Primer Consenso Argentino de Escleroterapia

18 y 19 de Marzo de 2011 - Hotel Emperador - Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

 PRIMER CONSENSO
ARGENTINO DE **ESCLEROTERAPIA**


Asociación Médica
Argentina





PRIMER CONSENSO ARGENTINO DE ESCLEROTERAPIA

18 y 19 de marzo de 2011 - Hotel Emperador - Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina



Autoridades y Miembros titulares del Primer Consenso Argentino de Escleroterapia.

De Izquierda a derecha de pie: Dres. Oscar Eduardo Regalado, José Luis Ciucci, Miguel Avramovic, Néstor Arnaldo Chaperó, Daniel Guillermo Balboni, Alejandro Pedrazzoli, Roberto Simkin, Ángel Estéban Guzmán, Diego Javier Ferrari Tropper, Antonio Pietravalle, Daniel Duverges, Orallo Gonzalo, Roberto Almeida Chetti, Juan Carlos Krapp, Carlos Simkin, Daniel Onorati, Sergio Abel Garbarz, Roberto José Mirabile, Daniel Forte.

De Izquierda a derecha de sentados: Dres. Raúl Lapid, Félix Francisco Pace, Jorge Alberto Fernández, Víctor Spano, Benilde C. Aroca De Fracchia, David César Lesnik, Aurora Avramovic, Osvaldo Ramón Andoniades, María Fernanda Bigliani, Eduardo Tkach, Néstor Impemba, Julio Ayguavella.

TÍTULO DE LA OBRA
"Primer Consenso Argentino de Escleroterapia"
1º Edición: mayo de 2011
Cantidad de ejemplares: 1000 ejemplares

CATALOGACIÓN
Daniel Guillermo Balboni
Primer Consenso Argentino de Escleroterapia
1ª ed.- Buenos Aires: Nayarit, 2011
64 páginas: il. : 28 cm. x 20 cm.

ISBN 978-987-21801-6-4

1. Flebología - 2. Escleroterapia - 3. Telangiectasias I. Título

CDD 616.142

Fecha de catalogación: 03 de mayo de 2011

EDITORIAL **NAYARIT**, de Enrique Ángel Peralta
Av. Monroe 3677 Piso 2º Depto. "2"
C1430BLA - Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
nayaritagencia@gmail.com
TE: (54-11) 4547-0992 / 15-5843-2211

Protegidos todos los derechos. Queda hecho el depósito que establece la ley 11.723

Este libro no puede reproducirse total o parcialmente por ningún método gráfico, electrónico o mecánico, incluyendo los sistemas de fotocopia, registro magnetofónico o de almacenamiento de datos, sin el expreso consentimiento del editor.

Esta edición se terminó de imprimir en mayo de 2011 en Gráfica Pinter S. A.
Impreso en Buenos Aires, Argentina. Printed in Argentina.

Queridos colegas

Es para mí como Presidente del *Primer Consenso Argentino de Escleroterapia* un gran placer presentar este primer Consenso Nacional organizado por nuestra Sociedad Argentina de Flebología y Linfología, en donde esperamos que los resultados de tan importante evento no pasarán desapercibidos para la flebología internacional, habida cuenta que la escleroterapia en la Argentina es muy bien considerada por la calidad profesional y por los resultados obtenidos con el empleo de sus técnicas.

Como sabemos, durante los años recientes cambios importantes se han sucedido en el campo de la escleroterapia en busca de tratamientos de mejor calidad, que han generado un fuerte impacto en el trabajo del flebólogo. Y si hay lugares destacados para observar esos cambios, éste Consenso es uno de ellos. En el se reflejan, a través del análisis de los resultados científicos y técnicos las experiencias personales de cada participante y su habilidad para influenciar positivamente a través de sus conocimientos.

Ante una necesidad del mundo flebológico para analizar la escleroterapia y generar una opinión científica es que planteamos este Consenso. El Consenso no es normativo. Buscó aunar conceptos científicos generando una opinión científica estimuladora para orientar a futuros flebólogos y/o profesionales en el campo de la flebología.

Es verdaderamente importante dejar en claro que una recomendación no es una imposición rígida en la práctica médica sino un concepto de prácticas correctas que puede tomarse como referencia para evaluar las necesidades de cada paciente, por ello no son reglas absolutas. Es con este espíritu que llevamos adelante este Consenso.

Queremos destacar con énfasis el apoyo del Laboratorio Craveri, sin él todos estos esfuerzos no hubieran fructificado. Nuestro más sincero agradecimiento institucional.

En este Consenso de Escleroterapia buscamos compartir experiencias, investigaciones, conocimientos, preocupación, retos y propuestas para hacer avanzar esta importante área de la flebología en aras de mejorar la vida de nuestros pacientes, por lo que los invito a compartir con nosotros los resultados del *Primer Consenso Argentino de Escleroterapia*.

Dr. Daniel Guillermo Balboni

Después de dos días vibrantes y emotivos, el objetivo del *Primer Consenso Argentino de Escleroterapia* se cumplió ampliamente, en donde el saber y el deseo de mejorar nuestros conocimientos y el legar sus resultados a la flebología mundial fueron nuestra meta.

Mi agradecimiento a todos los que lo hicieron posible: a los disertantes, a las autoridades de este Consenso, al coordinador doctor Sergio Garbarz, a los secretarios, al coordinador ejecutivo señor Enrique Angel Peralta, al personal técnico de la empresa Lanzilotta, a la empresa Claudia Srur Viajes, y nuevamente a Laboratorios Craveri Argentina por su apoyo y confianza para que este Consenso fuera posible.

Agradecer especialmente al Presidente del Colegio de Cirugía Venosa y Linfática, doctor Angel Esteban Guzmán; al Presidente de la Unión Internacional de Angiología, doctor Roberto Simkin; al profesor titular de la Cátedra de la Universidad de El Salvador, doctor Antonio Pietravallo; al profesor titular de la Carrera de Flebología de la UCA, doctor Oscar Eduardo Regalado, y también a todos los representantes de cada una de las provincias que están aquí: Tucumán, Córdoba, Chaco, Santa Fé, a las provincias cuyanas nucleadas en ACUFLA, y a las provincias patagónicas.

A quienes colaboraron con sus ponencias, y a todos los presentes que compartieron sus opiniones y experiencias, todos con un único fin, aprender y también para enseñar, para compartir gratos momentos y también legar a la flebología mundial una opinión estimuladora generada en una de las escuelas de flebología más importantes del Mundo, la Argentina.

A cada uno de ustedes, un cordial saludo, esperando encontrarlos nuevamente en el *I Consenso Latinoamericano y II Consenso Argentino de Escleroterapia*, que se va a realizar en Buenos Aires en marzo de 2012.

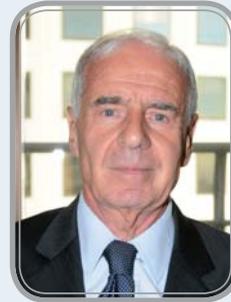
Muchas gracias.

Dr. Daniel Guillermo Balboni

PRIMER CONSENSO ARGENTINO DE ESCLEROTERAPIA



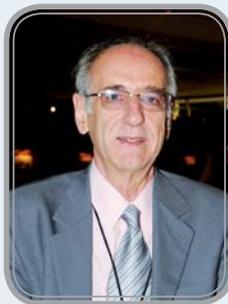
Dr. Daniel Guillermo Balboni
PRESIDENTE



Félix Francisco Pace
VICEPRESIDENTE



Dra. Aurora Avramovic
DIRECTOR



Dr. Osvaldo Ramón Andoniades
DIRECTOR



Dr. Never Rosli
DIRECTOR



Dr. Eduardo Tkach
DIRECTOR



Dr. Sergio Abel Garbarz
COORDINADOR



Dra. María Fernanda Migliani
SECRETARIA



Dr. Roberto Almeida Chetti
SECRETARIO



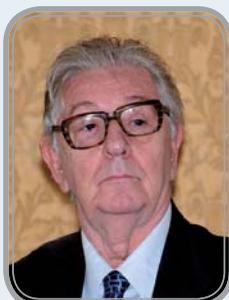
Dr. Orallo Gonzalo
SECRETARIO



Dr. Carlos Simnkin
SECRETARIO DE ACTAS

PARTICIPANTES

PRIMER CONSENSO ARGENTINO DE ESCLEROTERAPIA



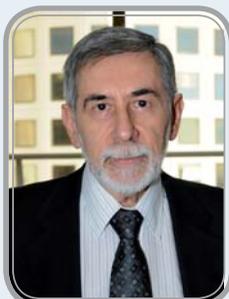
Dr. Edgardo Altman Canestri
MIEMBRO TITULAR



Dra. Benilde C. Aroca De Fracchia
MIEMBRO TITULAR



Dr. Miguel Avramovic
MIEMBRO TITULAR



Dr. Julio Ayguavella
MIEMBRO TITULAR



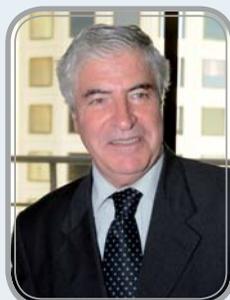
Dr. Néstor Arnaldo Chapiro
MIEMBRO TITULAR



Dr. José Luis Ciucci
MIEMBRO TITULAR



Dr. Daniel Duverges
MIEMBRO TITULAR



Dr. Jorge Alberto Fernández
MIEMBRO TITULAR



Dr. Diego Javier Ferrari Tropper
MIEMBRO TITULAR



Dr. Daniel Forte
MIEMBRO TITULAR



Dr. Ángel Eestéban Guzman
MIEMBRO TITULAR



Dr. Néstor Impemba
MIEMBRO TITULAR

PRIMER CONSENSO ARGENTINO DE ESCLEROTERAPIA



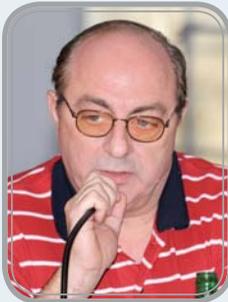
Dr. Juan Carlos Krapp
MIEMBRO TITULAR



Dr. Raúl Lapid
MIEMBRO TITULAR



Dr. David César Lesnik
MIEMBRO TITULAR



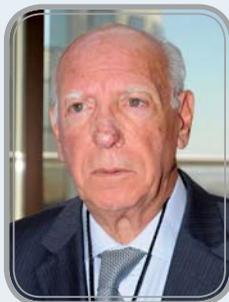
Dr. Roberto José Mirabile
MIEMBRO TITULAR



Dr. Daniel Onorati
MIEMBRO TITULAR



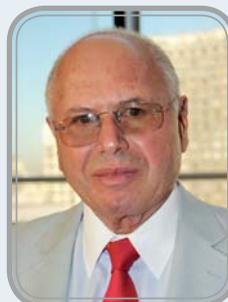
Dr. Alejandro Pedrazzoli
MIEMBRO TITULAR



Dr. Antonio Pietravallo
MIEMBRO TITULAR



Dr. Oscar Eduardo Regalado
MIEMBRO TITULAR



Dr. Roberto Simkin
MIEMBRO TITULAR



Dr. Víctor Spano
MIEMBRO TITULAR

Modalidades del Consenso

El consenso consta de ocho sesiones ordenadas por capítulos de la siguiente manera:

- Capítulo I  Definiciones y conceptos 1
- Capítulo II  Definiciones y conceptos 2
- Capítulo III  Materiales y métodos 1
- Capítulo IV  Materiales y métodos 2
- Capítulo V  Patología a tratar
- Capítulo VI  Escleroterapia práctica
- Capítulo VII  Complicaciones
- Capítulo VIII  Aspectos legales y Conclusiones

En cada sesión científica tenemos temas de coincidencia y temas de debate. Los primeros temas son los que hemos seleccionado a partir del multiple choice que hemos enviado a método de screening previo, y que alguna postura ha sido votada por mayoría. Esas son las sesiones de coincidencia. En estas sesiones no hay debate; lo único que vamos a hacer es votar afirmativamente, negativamente o abstención. Esto es para ratificar o no lo que hemos votado en su momento a través del multiple choice.

Los segundos temas son de debate. Ahí tenemos programados dos oradores por cada tema .

Una vez realizadas las votaciones, se va a clasificar según los siguientes niveles de consenso:

Clase I: consenso generalizado (>75%) hay una firme recomendación o indicación.

Clase II: consenso mayoritario (>50<74.9%) método aconsejable.

Clase III: consenso minoritario (30-49.9%) no hay recomendación.

Clase IV: Menos del 30% se considera que no hay consenso.

Hechas estas aclaraciones damos la bienvenida a la escleroterapia.

Dr. Sergio Abel Garbarz

CAPÍTULO I – DEFINICIONES y CONCEPTOS 1

PRIMERA SESIÓN DEFINICIONES y CONCEPTOS 1

Preguntas de coincidencia

LA IMPORTANCIA DEL VASOESPASMO	18
IMPORTANCIA DE LA VENA VACÍA	19

Preguntas de debate

VALOR DEL ECODOPPLER EN EL TRATAMIENTO DE LAS TELANGIECTASIAS.....	19
TRATAMIENTO ECODIRIGIDO.....	19

CAPÍTULO II – DEFINICIONES y CONCEPTOS 2

SEGUNDA SESIÓN DEFINICIONES y CONCEPTOS 2

Preguntas de coincidencia

LA ESCLEROTERAPIA EN MANOS EXPERTAS ES UN MÉTODO EFICAZ PARA RESOLVER PATOLOGÍAS VENOSAS DE PEQUEÑOS, MEDIANOS Y GRANDES VASOS.	22
TIPO DE ELASTOCOMPRESION QUE UTILIZA EN TELANGIECTASIAS	23

Preguntas de debate

¿DIFERENCIA TIPOS DE ESPUMA EN SU PRÁCTICA COTIDIANA?.....	23
EL HECHO DE UTILIZAR ESPUMA EN LOS TRATAMIENTOS DONDE UNO LA APLICA, ¿PERMITE BAJAR LA CONCENTRACIÓN Y LA CANTIDAD DE SUSTANCIA ESCLEROSANTE A UTILIZAR?.....	24
¿CUÁL ES EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO ESCLEROTERÁPICO?	25

CAPÍTULO III – MATERIALES y MÉTODOS 1

TERCERA SESIÓN MATERIALES y MÉTODOS 1

Preguntas de coincidencia

UTILIZACIÓN DE ESCLEROSANTE LÍQUIDO EN TELANGIECTASIAS Y ESPUMA PARA GRANDES VASOS.....	28
OBTENCIÓN DE ESPUMA (FOAM) A TRAVÉS DE UNA LLAVE DE TRES VÍAS O TUBULADURA	29

Preguntas de debate

CANTIDAD DE LÍQUIDO ESCLEROSANTE A UTILIZAR EN UNA SESIÓN PARA TRATAR TELANGIECTASIAS.....	29
CANTIDAD DE ESPUMA A UTILIZAR EN UNA SESIÓN PARA TRATAR TELANGIECTASIAS	30
VARIACIÓN DEL CALIBRE DE LA AGUJA EN FUNCIÓN DE UTILIZACIÓN DE ESCLEROSANTE EN FORMA LÍQUIDA O DE ESPUMA.	31

CAPÍTULO IV – MATERIALES y MÉTODOS 2

CUARTA SESIÓN MATERIALES y MÉTODOS 2

Preguntas de coincidencia

AGUJAS DE DIFERENTE CALIBRE PARA EL TRATAMIENTO DE TELANGIECTASIAS CON BUEN RESULTADO.....	34
AMPLIO USO DEL POLIDOCANOL EN TELANGIECTASIAS	35
LA TROMBECTOMÍA ES UTILIZADA OCASIONALMENTE, EN EL CASO DE SER NECESARIO.....	35

Preguntas de debate

¿INDICA HEPARINOIDES U OTRA SUSTANCIA TÓPICA LUEGO DE LA ESCLEROTERAPIA?	35
¿UTILIZA EN GRANDES VASOS MEDICACIÓN ORAL (AINES, FLEBOTÓNICOS, CORTICOIDES U OTROS) EN FORMA PREVENTIVA?	36
JUSTIFICACIÓN DEL USO DEL TRANSLUMINADOR O LA FALTA DEL MISMO EN EL TRATAMIENTO DE LAS TELANGIECTASIAS	37

CAPÍTULO V – PATOLOGÍA A TRATAR

QUINTA SESIÓN

Preguntas de coincidencia

LA MAYORÍA DE LOS PARTICIPANTES REALIZA ESCLEROSIS EN TODO TIPO DE VASOS (PEQUEÑOS, MEDIANO Y GRANDES).....	40
LA GRAN MAYORÍA UTILIZA POLIDOCANOL Y/O TETRADECIL SULFATO DE SODIO PARA TRATAR GRANDES VASOS.....	41

Preguntas de debate

¿QUÉ CANTIDAD DE FOAM UTILIZA HABITUALMENTE EN GRANDES VASOS?	41
DIÁMETRO DE SAFENA QUE TRATA CON ESCLEROTERAPIA.....	42
CONCENTRACIONES HABITUALES DE POLIDOCANOL EN PEQUEÑOS, MEDIANOS Y GRANDES VASOS.	42
¿LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA PREVIA ES O NO UNA CONTRAINDICACIÓN PARA EL TRATAMIENTO ESCLEROSANTE?	43

CAPÍTULO VI – ESCLEROTERAPIA PRÁCTICA

SEXTA SESIÓN

Preguntas de coincidencia

POSICIÓN UTILIZADA PARA TELANGIECTASIAS.	46
TIEMPO DE VENDAJE EN MEDIANOS Y GRANDES VASOS.....	47
MEJORES RESULTADOS AL USAR ESPUMA (RESPECTO DEL ESCLEROSANTE LÍQUIDO) EN EL TIPO DE PATOLOGÍA LA ESCLEROSAR QUE LA APLICA; SE REFIERE A LA ESPUMA.....	47
AL ESCLEROSAR CON FOAM UN VASO GRANDE, EL MÉTODO PROGRESIVO EN CUANTO A DOSIS Y CONCENTRACIONES ES EL ELEGIDOPOR LA MAYORÍA.....	47

Preguntas de debate

TIEMPO DE VENDA ELÁSTICA EN TELANGIECTASIAS.....	47
SITIO DE PUNCIÓN DE LA SAFENA INTERNA CON REFLUJO DESDE EL CAYADO.....	48

CAPÍTULO VII – COMPLICACIONES

SEPTIMA SESIÓN

Preguntas de coincidencia

HEMATOMAS, INDURACIONES, PIGMENTACIONES Y EL TROMBO ENDOLUMINAL SON CONSECUENCIAS INHERENTES AL TRATAMIENTO ESCLEROSANTE.....	52
ANTE LA POSIBLE ALERGIA AL POLIDOCANOL DEL PACIENTE, LA MAYORÍA UTILIZA OTRO ESCLEROSANTE.....	53
CUANDO SE REALIZA ESCLEROTERAPIA CON POLIDOCANOL Y APARECE PIGMENTACIÓN, SE ATRIBUYE AL EFECTO TROMBOGÉNICO EN EL TRAYECTO TRATADO Y DEPENDIENTE DE LA CONCENTRACIÓN.....	53

Preguntas de debate

¿CUÁL ES EL MOTIVO DE LA PIGMENTACIÓN POST ESCLEROTERAPIA?.....	53
TRATAMIENTOS PARA LA PERIFLEBITIS Y FLOGOSIS (DRENAJE, AINE, HIELO, CORTICOIDES, FLEBOTÓNICOS).	54
¿QUÉ CONDUCTA USTED TOMA ANTE LA INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA ESCLEROSANTE QUE PASA FUERA DEL VASO?	55

CAPÍTULO VIII – ASPECTOS LEGALES y CONCLUSIONES

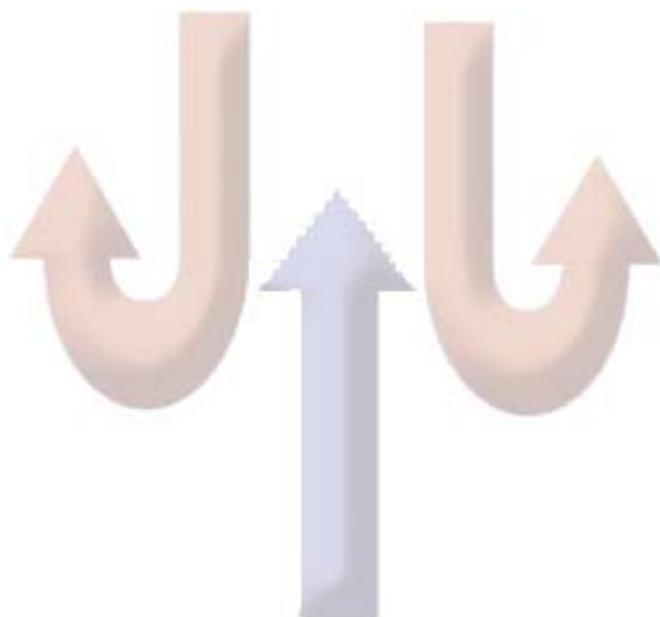
OCTAVA SESIÓN

Preguntas de coincidencia

PARA LA REALIZACIÓN DE LA ESCLEROTERAPIA ES CONVENIENTE UNA CAPACITACIÓN FLEBOLÓGICA YA SEA EN CURSOS DE POSGRADO, INSTITUCIONES MÉDICAS CON SERVICIOS DE FLEBOLOGÍA, REUNIONES CIENTÍFICAS, JORNADAS O CONGRESOS DE LAS SOCIEDADES FLEBOLÓGICAS, ETC.	58
---	----

Preguntas de debate

CONSENTIMIENTO INFORMADO.	59
--------------------------------	----





CAPÍTULO I

DEFINICIONES y CONCEPTOS 1



DEFINICIONES y CONCEPTOS 1

Primera sesión definiciones y conceptos 1

PREGUNTAS DE COINCIDENCIA

LA IMPORTANCIA DEL VASOESPASMO.

Dicho enunciado se sustenta de la pregunta:

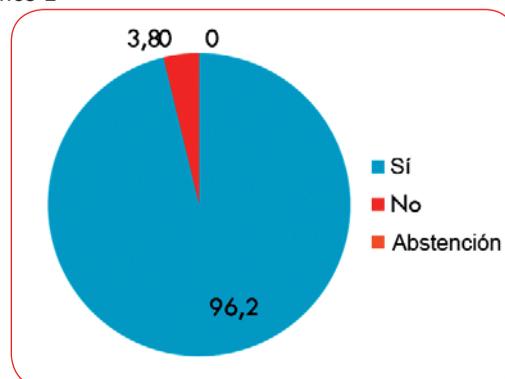
¿Qué importancia tiene para usted el vasoespasmos que se produce al inyectar foam (Espuma)?

Resultado de la votación: Sí **96,2%**. El consenso alcanzado es de **NIVEL I** generalizado, hay una firme recomendación o indicación. (Gráfico 1)

La conclusión respecto del tema “La importancia del vasoespasmos” es:

“Es un indicador inicial de la eficacia de la inyección y significa que la concentración utilizada es la indicada”.

Gráfico 1



IMPORTANCIA DE LA VENA VACÍA.

Dicho enunciado se sustenta en la pregunta:

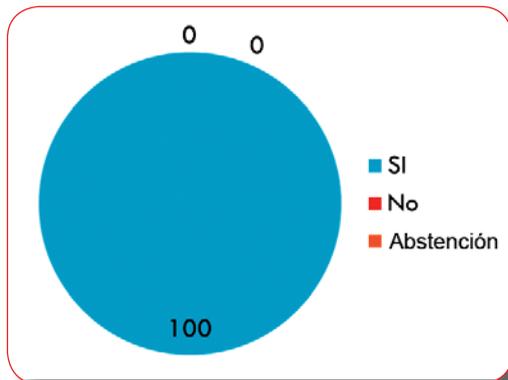
¿Considera útil que la vena se encuentre lo más vacía posible previo a la esclerosis?

Resultado de la votación: Sí **100%**. El consenso alcanzado es de **NIVEL I** generalizado, hay una firme recomendación o indicación. (Gráfico 2)

La conclusión respecto del tema “Importancia de la vena vacía” es:

“Es útil que la vena se encuentre lo más vacía posible previo a la esclerosis”.

Gráfico 2



PREGUNTAS DE DEBATE

Comenzamos entonces con los temas de disidencia o debate. Esto significa que cuando una de las preguntas que vamos a mencionar, fue incluida en el sistema de opción múltiple, no hubo una respuesta mayoritaria de ninguna opción.

VALOR DEL ECODOPPLER EN EL TRATAMIENTO DE LAS TELANGIECTASIAS.

Dr. Schapira.- Si la telangiectasia está acompañada de venas varicosas, obviamente no hay posibilidad de no realizar el ecodoppler; debe hacerse siempre. Si clínicamente no existen venas varicosas y lo único que se observa en el examen clínico son telangiectasias, dependerá de cada caso. Si es una paciente joven con telangiectasias aisladas, muy aisladas, no tiene a mi criterio indicación de ecodoppler.

Si por el contrario, es una paciente mayor con una pierna con telangiectasias difusas, teniendo en cuenta nuestra experiencia, según la cual muchas veces existe un reflujo de la vena safena, ya sea interna o externa, mayor o menor, como quieran llamarle, sin que se objetivase clínicamente, creo que sí debe hacerse un ecodoppler para diagnóstico.

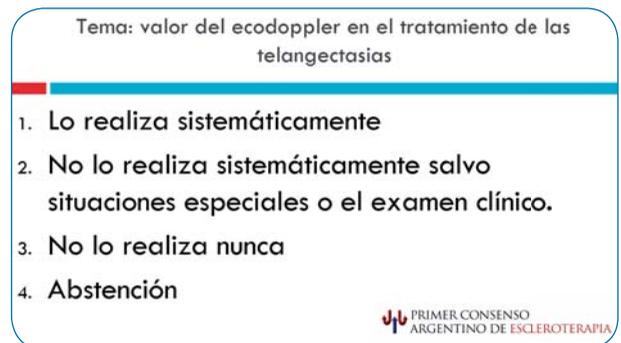
También tiene que ver la conformación de la pierna. Muchas veces no es fácil, a la observación y palpación,

detectar venas varicosas, y allí también, cuando la conformación de esa pierna es dudosa para el diagnóstico clínico exclusivamente, indicamos el ecodoppler.

De todas maneras, si el reflujo del ecodoppler está presente, y no está presente la clínica, al paciente hay que avisarle de ese hallazgo del reflujo en alguna vena, para que sepa y sepa que no se va a tratar en ese momento, pero tiene que saber que existe. Lo mismo si existen venas tronculares finas, que están alimentando a esas telangiectasias, creo que allí también se debe efectuar el ecodoppler.

Dr. Onorati.- Epidemiológicamente, aproximadamente un 30 a 40 por ciento de las telangiectasias tienen algún sustrato que no es exclusivamente una alteración cutánea pura sino que se deben a endocrinopatías, colagenopatías, traumatismos o reflujo venosos.

Opciones a ser votadas



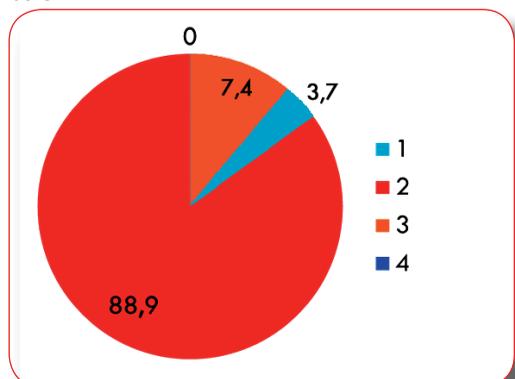
Resultado de la votación: 1) 3,7%; 2) **88,9%**, 3) 7,4% y 4) 0%. (Gráfico 3)

El consenso alcanzado es de **NIVEL I** generalizado, hay una firme recomendación o indicación.

La conclusión respecto del tema “Valor del ecodoppler en el tratamiento de las telangiectasias” es:

“No lo realiza sistemáticamente salvo situaciones especiales o de acuerdo al examen clínico”.

Gráfico 3



TRATAMIENTO ECODIRIGIDO.

Dra. Avramovic (Aurora).- El tratamiento ecodirigido es de gran importancia, pero no es incluyente; con esto quiero decir que se puede realizar todo tipo de escleroterapia sin un ecógrafo, es decir, sin tratamiento ecodirigido. El ecógrafo o tratamiento ecodirigido es un buen coadyuvante del tratamiento esclerosante, sobre todo para el tratamiento de las várices de gran tamaño. Me refiero a los grandes troncos, safena interna, safena externa, colaterales de gran tamaño y perforantes.

También quiero aclarar, como dije anteriormente, que todo eso se puede esclerosar sin necesidad de ecodoppler, como se hizo durante muchísimos años. Lo que brinda el ecodoppler es seguridad y referencia anatómica. Tenemos la seguridad de dónde y cómo inyectamos; vemos la puntura y cómo penetra la aguja; observamos cómo actúa el líquido esclerosante dentro de la vena; tenemos la absoluta seguridad de haber entrado en la misma; vemos todo el proceso que se realiza, el espasmo; vemos cómo progresa el esclerosante. El ecógrafo nos permite ver todo eso.

Por lo tanto tiene su importancia, y el que pueda hacerlo con un ecógrafo por supuesto es mucho mejor que tal vez hacerlo a cielo cerrado, sin poder observar lo que realmente sucede. También debemos aclarar que el ecógrafo tiene la función de darnos la progresión, es decir, no solamente vemos el momento del acto sino que podemos corroborar lo que sucede a la semana, a los 15 días, a los 20 días. Por lo tanto, pienso que si bien no es obligatorio el uso del ecógrafo durante un tratamiento esclerosante, debería utilizarlo quien tuviera la posibilidad. El ecodoppler o el tratamiento ecodirigido, tienen importancia en el tratamiento de la escleroterapia, pero no es excluyente para su tratamiento.

Dr. Regalado.- Para mí los ejes safenos son de indicación quirúrgica, pero en los pacientes que tienen –como decían los libros “quiروفanofobia”, creo que la escleroterapia es una indicación precisa en manos hábiles como las de la doctora Avramovic, o de quienes tengan mayor experiencia.

De todas formas mi opinión es que en los ejes safenos insuficientes el tratamiento de la lesión es la cirugía, junto con todas las alternativas terapéuticas que hubiera; en el caso de aquellos pacientes que no quieran operarse, que sean enfermos añosos o que presenten mayor riesgo quirúrgico, creo que la escleroterapia es una buena alternativa.

No la recomendaría tanto en personas jóvenes, porque en mi opinión sigue dejando una hiperpigmentación que es desagradable desde el punto de vista estético. Repito que esta es mi opinión, no tengo gran experiencia al respecto.

Opciones a ser votadas

Tema: Tratamiento ecodirigido

1. El tratamiento ecodirigido es útil para el tratamiento de grandes vasos. No es indispensable.
2. En el tratamiento de grandes vasos debe realizarse siempre
3. Debe utilizarse siempre ecodoppler para el tratamiento cuando existen reflujos safenos y perforantes.
4. No realiza tratamiento ecodirigido
5. Abstención

PRIMER CONSENSO ARGENTINO DE ESCLEROTERAPIA

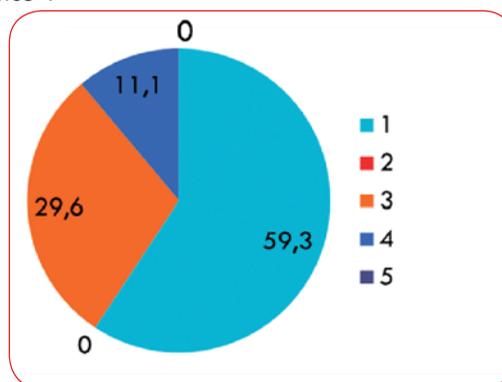
Resultado de la votación: 1) 59,3%; 2) 0% 3) 29,6%; 4) 11,1%; 5) 0%. (Gráfico 4)

El consenso alcanzado es de **NIVEL II** mayoritario, hay una firme recomendación o indicación.

La conclusión respecto del tema “Tratamiento ecodirigido” es:

“El tratamiento ecodirigido es útil para el tratamiento de grandes vasos. No es indispensable”.

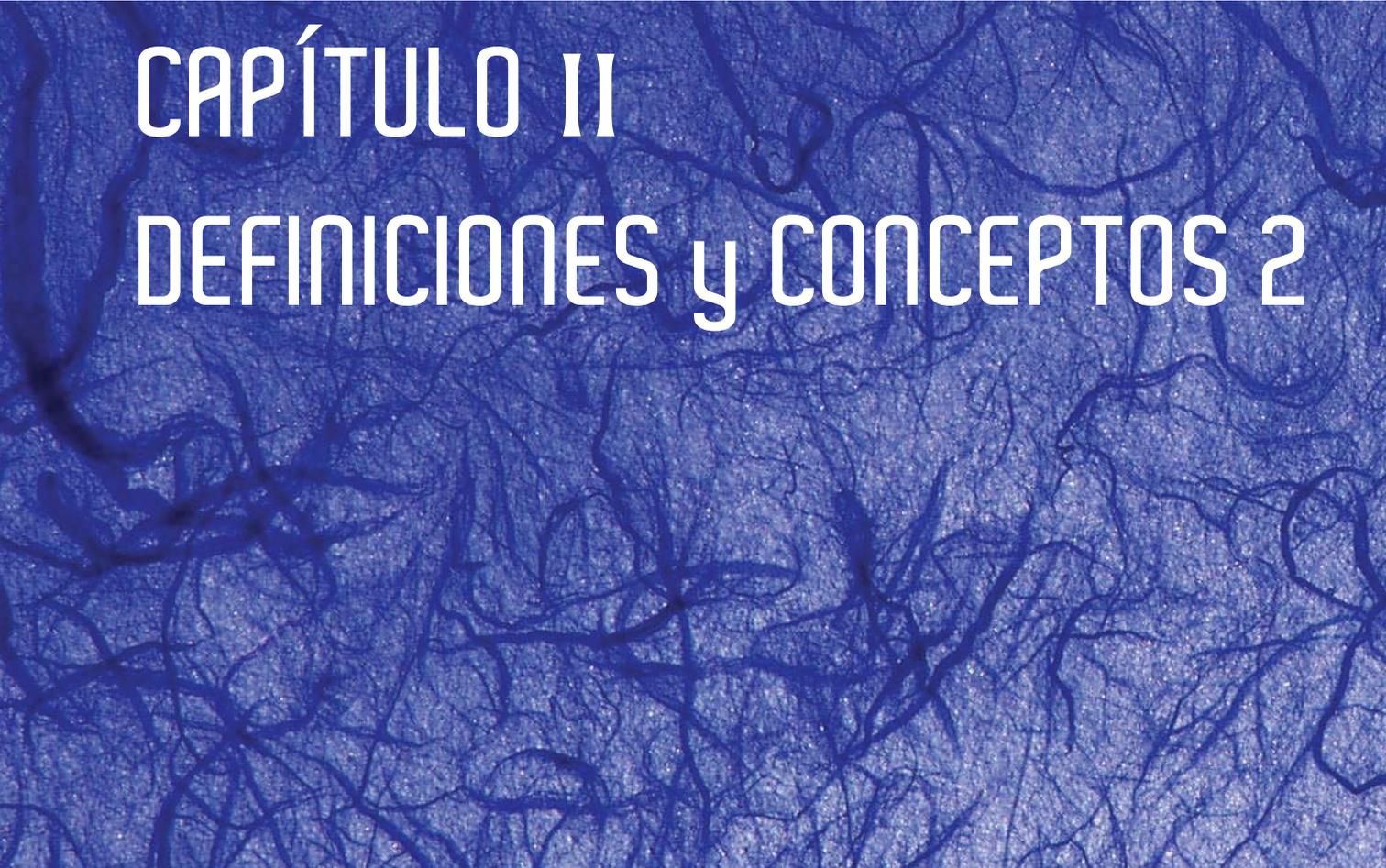
Gráfico 4





CAPÍTULO II

DEFINICIONES y CONCEPTOS 2



DEFINICIONES y CONCEPTOS 2

Segunda sesión definiciones y conceptos 2

PREGUNTAS DE COINCIDENCIA

LA ESCLEROTERAPIA EN MANOS EXPERTAS ES UN MÉTODO EFICAZ PARA RESOLVER PATOLOGÍAS VENOSAS DE PEQUEÑOS, MEDIANOS Y GRANDES VASOS.

Es un tema de coincidencia y se basó en las preguntas de opción múltiple, donde la opción resultante de la compulsiva fue:

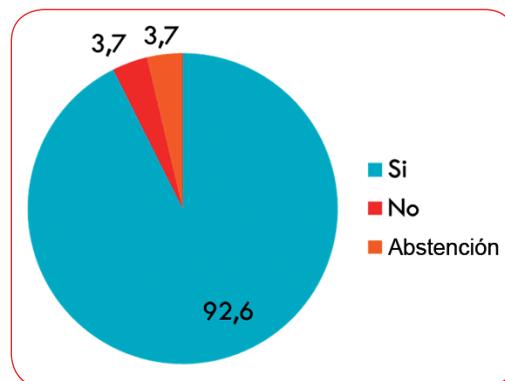
“Indique en cuales vasos realiza UD. tratamiento esclerosante”.

Resultado de la votación: Sí **92,6%**. El consenso alcanzado es de **NIVEL I** generalizado, hay una firme recomendación o indicación. (Gráfico 5)

La conclusión respecto del tema “La escleroterapia en manos expertas es un método eficaz para resolver patologías venosas de pequeños, medianos y grandes vasos” es:

“La escleroterapia en manos expertas es un método eficaz para resolver patologías venosas de pequeños, medianos y grandes vasos”.

Gráfico 5



TIPO DE ELASTOCOMPRESION QUE UTILIZA EN TELANGIECTASIAS.

Este tema de coincidencia se basó en la pregunta resultante de la compulsa:

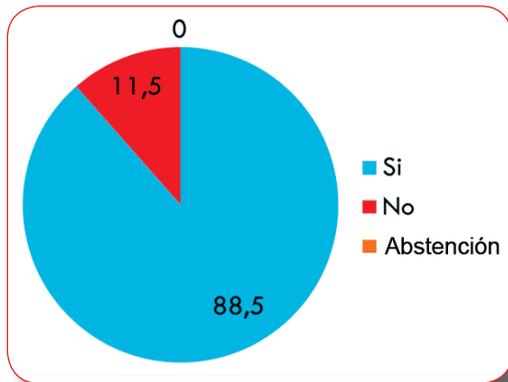
“Señale el tipo de elastocompresion (vendaje elástico) que utiliza en Telangiectasias”.

Resultado de la votación: Sí **88,5%**. El consenso alcanzado es de **NIVEL I**, hay una firme recomendación o indicación. (Gráfico 6)

La conclusión respecto del tema “Tipo de elastocompresion que utiliza en telangiectasias” es:

“La contención elástica es un elemento muy importante en el tratamiento esclerosante”.

Gráfico 6



PREGUNTAS DE DEBATE

¿DIFERENCIA TIPOS DE ESPUMA EN SU PRÁCTICA COTIDIANA?

Dr. Ferrari Tropper.- La espuma es una forma no permanente de materia en la cual se encuentra un gas disuelto en películas de líquido. En la práctica nos da un mayor control sobre nuestro tratamiento, una respuesta más constante, una disminución de la dosis del esclerosante, si queremos, y la posibilidad de realizar un territorio venoso más extenso.

En mi práctica diaria yo diferencio tres tipos de espuma: de burbujas grandes, gruesas, que la voy a utilizar para las telangiectasias; una espuma que es más fina, que yo sigo viendo las burbujas cuando miro la espuma en la jeringa; y una microespuma o mousse, que no puedo diferenciar a simple vista las diferentes burbujas que tengo en el preparado. Lo que hago, de acuerdo al tamaño de la várice, es elegir el tipo de espuma. Si tengo una várice pequeña, voy a elegir espuma con burbujas grandes, y si realizo una várice grande, voy a elegir burbujas más pequeñas.

Con respecto a los tipos de espuma hay muchas nomenclaturas. Hay gente que habla de espuma compacta, espuma blanda, microespuma, mousse. O sea que podemos diferenciar un poco y ponernos de acuerdo

cómo referirnos para que cuando vayamos a un congreso podamos saber que estamos hablando todos de lo mismo. Hay gente que habla de tratamiento foam y habla de inyectar 1 centímetro de espuma, y para mí ese no es un tratamiento foam.

Hay diferentes tipos de espuma y uno puede utilizar cada composición de espuma para diferentes tipos de vasos.

Dr. Simkin (Roberto).- Existen diferentes tipos de espuma. La espuma fue creada por Orbach y es la espuma que se utilizó durante muchísimo tiempo, sacándola con la ampolla, y con una ampolla uno fabricaba la espuma. Después se modificó y se hizo la espuma con la técnica de Tessari. Vino una modificación de Frullini -que citó el doctor Tkach- y eso fue tratado en el 2008 en el Consenso de VASA, en Europa. Ahí el doctor Frullini hizo la diferencia entre la espuma de Tessari y la de él por 2 micrones. Hay otra modificación de Mezner, que es con respecto al tamaño de la espuma. Eso ya había sido descrito pero no publicado, en un congreso que se hizo en Paraná, por el doctor Martínez Lacabe, quien diferenciaba los tres tipos de espuma. Lamentablemente, como a veces ocurre, él no hizo la publicación necesaria.

Existe otro tipo de espuma, que es la que hizo el doctor Cabrera; se trata del Varisoft, que aparentemente ya está en fase 2; cuando esté en fase 3 se va a publicar. Creo que deberíamos tener en claro qué espuma vamos a utilizar y la técnica Tessari, Orbach, etcétera para que la gente sepa con qué técnica hacer cada tratamiento.

Dra. Avramovic (Aurora).- Creo que tenemos que hacer una diferenciación en la fisiopatología de actuación de las espumas. Estamos hablando de espumas, pero creo que la espuma gruesa que es la que ustedes denominan de grandes burbujas es una imitadora del air block de Orbach. Entonces, indudablemente la actuación es diferente.

La espuma gruesa actúa por desplazamiento de la columna sanguínea y las pocas partículas de esclerosante que lleva actúan sobre el vaso, mientras que la fina tiene un efecto fisiopatológico muy diferente, por eso la reactividad en el vaso es distinta. Con espuma gruesa no se producen reacciones fuertes, con espuma fina las reacciones son muy fuertes. Entonces, el uso en la telangiectasia es muy diferente; cuando se utiliza una espuma fina la telangiectasia puede tener una gran reacción, cuando la espuma es gruesa la reactividad de la telangiectasia es menor. Es necesario entonces que hagamos esta diferenciación, que es muy importante.

Dr. Pace.- Coincido con lo que están comentando los autores, pero preferiría hablar con dos nominaciones distintas. Yo hablaría de burbujas cuando la cantidad

de micrones es mayor o igual a 400 ó 500 o similar a la técnica de Orbach, como dijo la doctora Avramovic. En realidad lo que ocurre es que actúa una menor cantidad de sustancia esclerosante y genera un desplazamiento de sangre. Llamaría espuma únicamente a la que tiene menos de 300 micrones y que a la vista, macroscópicamente, semeja una verdadera espuma. El método de acción de la sustancia esclerosante se multiplica porque está toda la micela de aire rodeada de la partícula de sustancia esclerosante. Coincido en que la fisiopatología es totalmente distinta. En síntesis, llamaría espuma a aquella imagen que macroscópicamente semeja una espuma como uno imagina a una espuma y burbuja a la de un calibre mayor, como el que se usa en la técnica de Orbach.

Dr. Ferrari Tropper.- En el libro “Tratado de Escleroterapia Convencional con Espuma y Flebectomía” se hizo todo un estudio sobre las propiedades de la espuma, y se hicieron interconsultas con la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la Universidad de Buenos Aires; la definición a la que se llegó es que es una forma no permanente de materia en la cual un gas se encuentra disperso en burbujas, separadas entre sí por una película de líquido. Es decir que todo es espuma. Lo que varía es el tamaño de la burbuja, pero no puedo decir que porque la burbuja es muy chica es espuma y porque es muy grande no lo es. Podemos decir que es espuma o mousse, si queremos; lo que varía es el tamaño de la burbuja, pero todo es espuma.

Opciones a ser votadas

Tema: ¿ Diferencia tipos de espuma en su practica cotidiana?

1. Si, se puede utilizar diferentes tipos de espuma. A menor tamaño de burbuja mayor poder.
2. Utiliza diferentes tipos de espuma teniendo en cuenta la anatomía y ubicación.
3. Las opciones 1 y 2 son correctas.
4. No diferencia tipos de espuma
5. Abstención

 PRIMER CONSENSO ARGENTINO DE ESCLEROTERAPIA

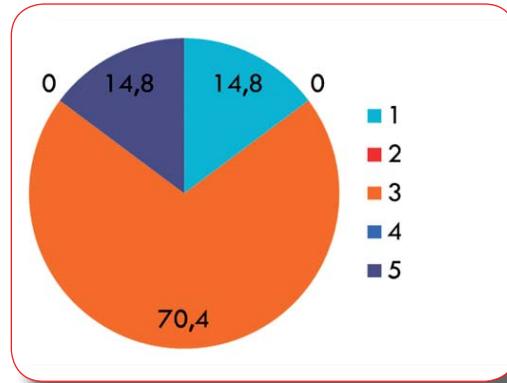
Resultado de la votación: 1) 14,8%, 2) 0%, 3) **70,4%**, 4) 0% y 5) 14,8%. El consenso alcanzado es de **NIVEL II** mayoritario, método aconsejable. (Gráfico 7)

La conclusión respecto del tema “Diferencia tipos de espuma en su practica cotidiana” es: opciones 1 y 2 son correctas.

“Si, se puede utilizar diferentes tipos de espuma. A menor tamaño de burbuja, mayor poder terapéutico”.

“Y también, utiliza diferentes tipos de espuma teniendo en cuenta la anatomía y ubicación del vaso a tratar”.

Gráfico 7



EL HECHO DE UTILIZAR ESPUMA EN LOS TRATAMIENTOS DONDE UNO LA APLICA, ¿PERMITE BAJAR LA CONCENTRACIÓN Y LA CANTIDAD DE SUSTANCIA ESCLEROSANTE A UTILIZAR?

Dr. Simkin (Roberto).- La técnica FOAM tiene ventajas: primero, disminución de los efectos colaterales; segundo, menor frecuencia en los tratamientos, y tercero, resultados globales más satisfactorios.

Su acción: a medida que el esclerosante, o sea la espuma, entra en contacto con la vena desplaza la sangre y entra en contacto con el endotelio de la pared. A medida que el aire se va diluyendo lentamente produce el colapso de la vena.

Esto está basado en la bibliografía de Tessari, Cavezzi y Frullini, Preliminary experience with a new sclerosing foam in the treatment of varicose veins, publicado en el año 2001; en Tkach, Escleroterapia y métodos asociados, Revista Panamericana de Flebología y Linfología, 1993, y Ulloa-Ulloa, Escleroespuma, distribución, Editorial Colombia, 2008.

¿Cuáles son las dosis y concentración que nosotros utilizamos?

Tipo de vaso: telangiectasia. Concentración: 0,5% polidocanol. Dosis: hasta 8 ml. Frecuencia: una vez por semana. Venas reticulares. Concentración: 1%. Dosis: 4 ml. Frecuencia: una vez por semana. Venas tronculares. Concentración: 2 a 3%. Dosis: 2 ml. Frecuencia: una vez por semana. La tasa de conversión del esclerosante al aire atmosférico, que es lo que usa Tessari y es mundialmente aceptada, especialmente desde el Consenso de VASA de 2008, es de 1 de esclerosante a 4 de aire atmosférico.

Y eso está basado en los trabajos que nosotros publicamos y el de Sica, publicado en el 2009, en Phlebologie. Lo que hacemos es la técnica de Tessari, que es la más simple de todas, con las dos jeringas y a veces en algunos casos la técnica de Orbach.

Opciones a ser votadas

Tema: El hecho de utilizar espuma en los tratamientos donde se aplica, permite bajar la concentración y cantidad de la sustancia esclerosante a utilizar

1. Si, el hecho de utilizar espuma en los tratamientos donde se aplica, permite bajar la concentración y cantidad de la sustancia esclerosante a utilizar.
2. La espuma no permite bajar cantidad ni concentración.
3. Abstención

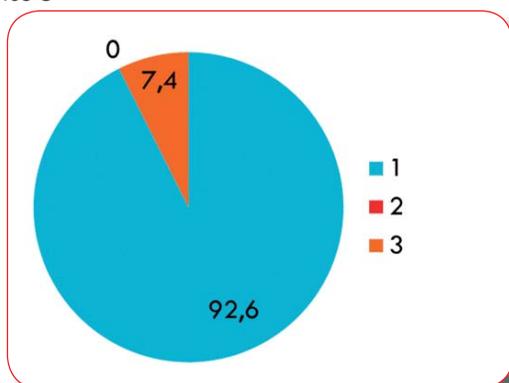
PRIMER CONSENSO ARGENTINO DE ESCLEROTERAPIA

Resultado de la votación: 1) 92,6%; 2) 0%, 3) 7,4%. El consenso alcanzado es de **NIVEL I** generalizado, hay una firme recomendación o indicación. (Gráfico 8)

La conclusión respecto del tema: “El hecho de utilizar espuma en los tratamientos donde la aplica, permite bajar la concentración y la cantidad de sustancia esclerosante a utilizar” es:

“Si, el hecho de utilizar espuma en los tratamientos donde se aplica, permite bajar la concentración y cantidad de la sustancia esclerosante a utilizar”.

Gráfico 8



Opciones a ser votadas

Tema: ¿ Cual es el objetivo del tratamiento escleroterápico?

1. Fibrosis
2. Primero trombosis. Si hay lesión del endotelio se produce luego la fibrosis
3. 1 y 2 son correctas
4. Abstención

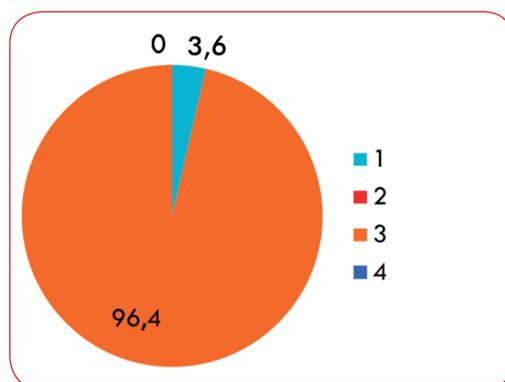
PRIMER CONSENSO ARGENTINO DE ESCLEROTERAPIA

Resultado de la votación: 1) 3,6%; 2) 0%; 3) 96,4%; 4) 0%. El consenso alcanzado es de **NIVEL I** generalizado, hay una firme recomendación o indicación. (Gráfico 9)

La conclusión respecto del tema “Cuál es el objetivo del tratamiento de la escleroterapia” es:

“Fibrosis”. “Y también, primero trombosis. Si hay lesión del endotelio se produce fibrosis”.

Gráfico 9



¿CUÁL ES EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO ESCLEROTERÁPICO?

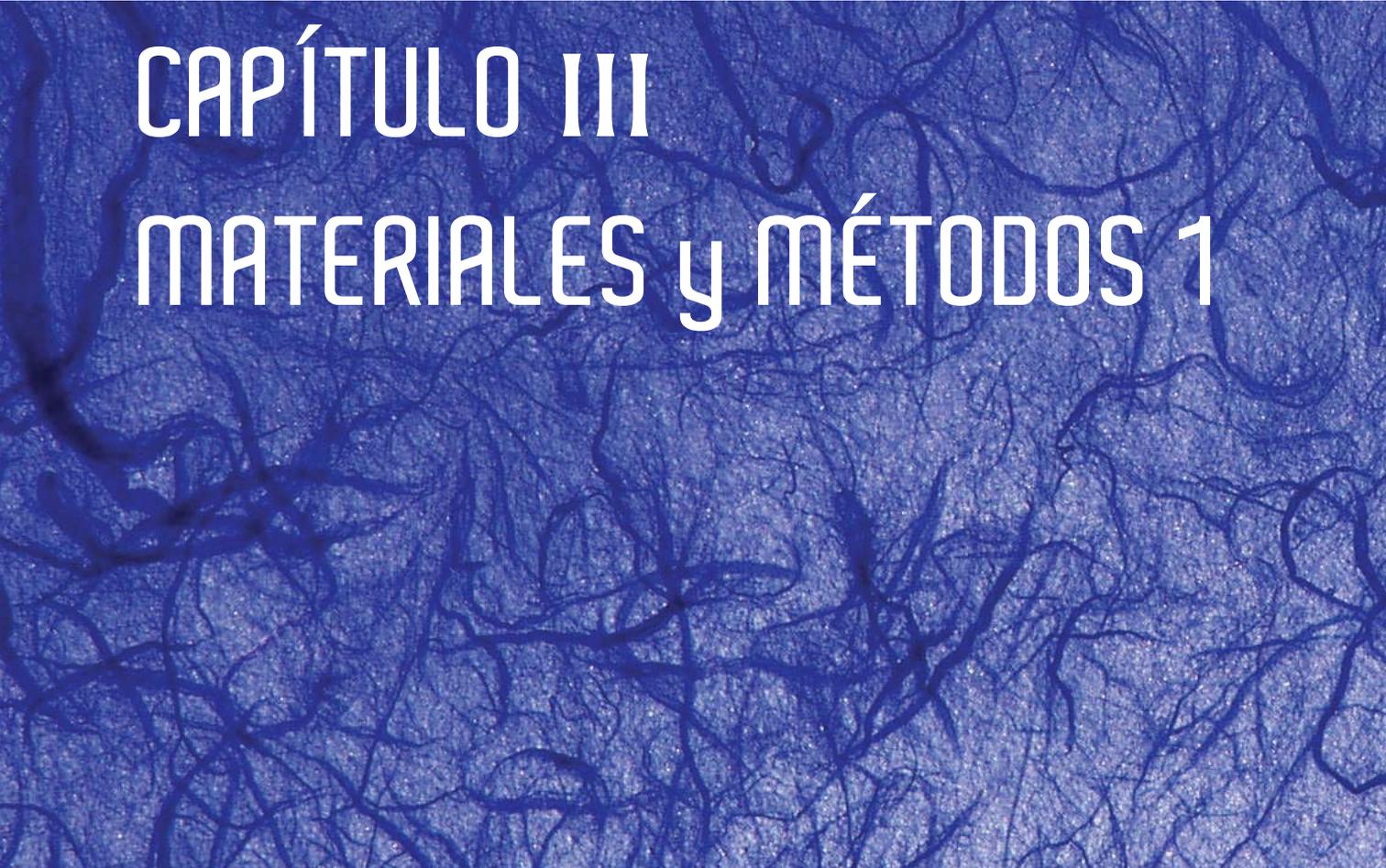
Dr. Regalado.- Coincido plenamente –levanté la mano antes de que hablara el doctor Pedrazzoli– que el objetivo definitivamente es la fibrosis; indudablemente es eso lo que estamos buscando.

Los distintos procesos evolutivos que pasa la vena desde el momento en que provocamos la endoflebitis o la lesión crítica del endotelio, es una cosa que tendríamos que estudiar secuencialmente y con estudios anatómo-patológicos para ver qué es lo que pasa dentro de la vena, pero en definitiva, el fin último es la fibrosis.



CAPÍTULO III

MATERIALES y MÉTODOS 1



MATERIALES Y MÉTODOS 1

Tercera sesión materiales y métodos 1

PREGUNTAS DE COINCIDENCIA

UTILIZACIÓN DE ESCLEROSANTE LÍQUIDO EN TELANGIECTASIAS Y ESPUMA PARA GRANDES VASOS.

El tema “Utilización de esclerosante líquido en telangiectasias y espuma para grandes vasos”, da origen a dos subtemas que votaremos en forma individual. El primer subtema se basa en el siguiente enunciado:

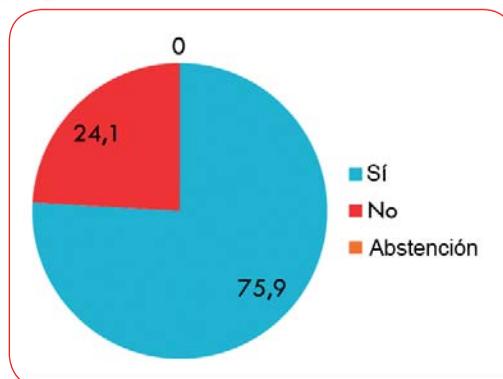
“Utilización de esclerosante liquido en telangiectasias”.

Resultado de la votación: Sí **75,9%**. El consenso alcanzado es de **NIVEL I** generalizado, hay una firme recomendación o indicación. (Gráfico 10)

La conclusión respecto del subtema: “Utilización de esclerosante líquido en telangiectasias” es:

“En telangiectasias se utiliza esclerosantes en forma líquida”.

Gráfico 10



El segundo subtema se basa en el siguiente enunciado:

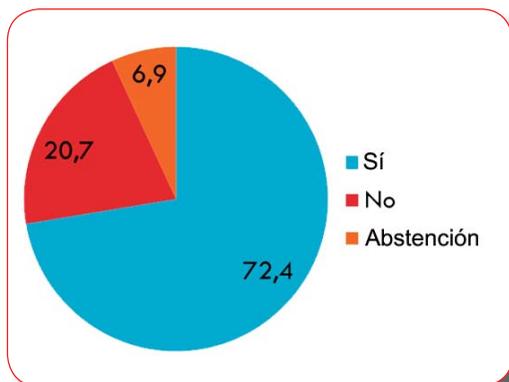
“Utilizo habitualmente espuma para el tratamiento de los grandes vasos”.

Resultado de la votación: Sí **72,4%**. El consenso alcanzado es de **NIVEL II** mayoritario, es un método aconsejable. (Gráfico 11)

La conclusión respecto del subtema: “Utilizo habitualmente espuma para el tratamiento de los grandes vasos” es:

“Utilizo habitualmente espuma para el tratamiento de los grandes vasos”.

Gráfico 11



OBTENCIÓN DE ESPUMA (FOAM) A TRAVÉS DE UNA LLAVE DE TRES VÍAS O TUBULADURA.

El tema surge a partir de la pregunta ¿como obtiene espuma?, resultando el siguiente enunciado:

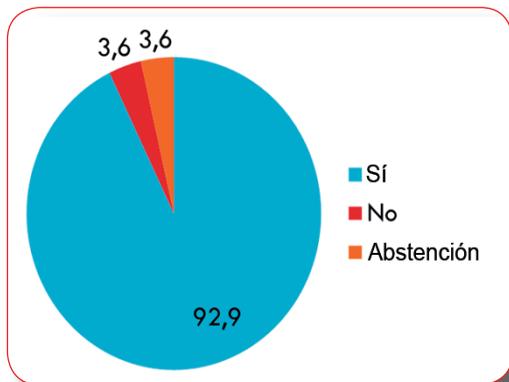
“Para la obtención de espuma es valido utilizar llave de tres vías o tubuladora”.

Resultado de la votación: Sí **92,9%**. El consenso alcanzado es de **NIVEL I** generalizado, hay una firme indicación o recomendación. (Gráfico 12)

La conclusión respecto del tema: “Obtención de espuma (foam) a través de una llave de tres vías o tubuladora” es:

“Para la obtención de espuma es válido utilizar llave de tres vías o tubuladora”.

Gráfico 12



PREGUNTAS DE DEBATE

CANTIDAD DE LÍQUIDO ESCLEROSANTE A UTILIZAR EN UNA SESIÓN PARA TRATAR TELANGIECTASIAS.

Dr. Balboni.- La dosis que yo pienso que se debe utilizar en cada sesión de escleroterapia de telangiectasias es una dosis menor. La primera diferenciación que debo hacer -y ya discutimos esto- es si es escleroterapia líquida o escleroterapia con espuma. El gold Standard del tratamiento de la telangiectasia es la escleroterapia líquida. La escleroterapia con espuma tiene el inconveniente de que da tromboflebitis residuales hasta un mes y medio después de haberla aplicado y también pigmentación, mientras que una técnica depurada con escleroterapia líquida prácticamente no deja ninguna secuela.

Hay tres condiciones que yo creo que van asociadas a la dosis que uno debe emplear. Hay una condición anatómica, una condición segmentaria y una condición secuencial. La condición anatómica está referida a la utilización del esclerosante en el lugar anatómico justo, y el lugar anatómico justo no es la telangiectasia; sí lo es la várice reticular, que no se ve siempre pero que se ve casi siempre. El segundo condicionamiento es que la escleroterapia debe ser segmentaria. Todavía no hablé de qué cantidad de dosis es la que yo empleo o la que se debe emplear porque todavía falta analizar otras variables que estoy mencionando, pero la escleroterapia segmentaria tiene valor porque uno debe inyectar en la várice reticular cada 5 ó 7 centímetros aproximadamente. La tercera condición es que debe ser secuencial y no todo en una sesión, porque es la forma ideal para evitar la pigmentación y la neoangiogénesis.

Por último -y ahora va la dosis que voy a mencionar numéricamente, los protocolos a los que me voy a referir son protocolos por áreas. Quizás algún colega utilice un protocolo bilateral y trate ambos miembros; quizá otro una zona, una parte anatómica solamente, en lo cual yo me incluyo. Yo creo que la dosis habitual que uno utiliza es entre 1 y 2 cm³ de polidocanol en forma líquida al 0,5%. La dosis máxima aceptada por el Laboratorio Craveri, Kreussler, es de 2 mg de kilo de peso día, con 0,5% de polidocanol. Eso significa que la dosis máxima que nosotros podemos dar son doce ampollas de medio por ciento de polidocanol ó 24 cm³, una cosa tremenda hablando de dosis máxima porque a nadie se le va a ocurrir inyectar esa dosis máxima. Solamente utilizamos 1 cm³ para evitar reacciones secundarias, efectos adversos, que son la pigmentación y neoangiogénesis.

Para concluir, la dosis habitual que uno utiliza en un protocolo de área es 1 cm³ y quizás hasta 2; lo ideal es 1 cm³.

La várice reticular es la que cierro. La telangiectasia la dejo. Después yo veo al paciente a la semana o a los 5

días porque trabajo en otra área. Pero cuando el paciente vuelve para trabajar en esa área después de 10 ó 14 días, si no se cerró la várice reticular la vuelvo a inyectar en forma segmentaria: en el punto A, en el punto B, quizá en el punto C si es necesario, aunque no creo porque con dos es suficiente. Y después se completa alguna telangiectasia que quede.

Ahora bien, queda con un 30 por ciento de telangiectasias separadas así. Ese tratamiento también es un éxito. No hay que seguir poniendo inyecciones: hay que liberar al paciente y decirle que vuelva en cuatro meses. Ahí es cuando se reacomoda la circulación y cuando uno lo completa. Esa es la técnica que yo utilizo.

Dr. Pace: Entre 0,5 cm³ y 0,7 cm³. O sea, un poco menos que el doctor Balboni.

Dr. Onorati.- La cantidad de líquido que uso en una sesión es de 2 cm³ en promedio.

Dr. Regalado.- Si el paciente nunca recibió escleroterapia previamente, nunca supero 1 cm³ en la primera sesión, y como el Dr. Balboni, lo hago en un solo miembro inferior a la vez, dejando para la otra semana el otro miembro. Cada pierna la trato cada 15 días. Esto es para evitar dar inyecciones sobre inyecciones previas, sobre hematomas, que trato de evitar que se produzcan, porque me parece que eso hace fracasar el tratamiento: por lo menos en mi caso particular no me da buenos resultados. Cuando el paciente ya ha pasado la primera sesión, ha tenido una buena tolerancia, o el paciente tiene historia previa de escleroterapia, llego hasta los 2 cm³, es decir la ampolla completa.

Dr. Spano.- La cantidad de líquido que utilizo es hasta 2 cm³ en forma líquida para telangiectasias, utilizo en forma segmentaria y aproximadamente entre 4 y 6 punturas.

Dra. Avramovic (Aurora).- En una sesión. Primero un miembro, después el otro miembro. Y puedo llegar a inyectar hasta 3 cm³, pero demos un plano de 2 cm³: 1 cm³ por cada miembro.

Dr. Rosli.- Para redondear: 4 cm³ de burbuja obtenidos con 1 cm³ de líquido. La burbuja es diferente de la espuma.

Dr. Simkin (Roberto).- Se pueden usar otras opciones y no existe límite en la cantidad. Por supuesto, existe el límite que mencionó el doctor Balboni de 24 centímetros, porque nadie usa más de 3 ó 4 centímetros, pero depende del paciente.

Sr. Coordinador (Dr. Garbarz).- Las posturas respecto de la cantidad de líquido a utilizar en una sesión para tratar telangiectasias son las siguientes.

La postura 1) del Dr. Balboni, es que la dosis en cada sesión de escleroterapia líquida para telangiectasias -polidocanol 0,5%- es 1 cm³; preferiblemente, si la hay, en várice reticular, segmentarias cada 5- 7cm, y secuencial, es decir, no todo en una sesión.

La postura 2) del doctor Ciucci, es hasta 4 cm³, en forma bilateral. La postura 3) del doctor Onorati, es un promedio 2 cm³. La postura 4) Abstención.

Opciones a votar:

Tema: Cantidad de líquido esclerosante a utilizar en 1 sesión para tratar telangiectasias

- Dosis en cada sesión escleroterapia líquida para telangiectasias (polidocanol 0,5%): 1 cm³. Preferiblemente, si la hay, en várice reticular; segmentarias cada 5- 7cm; y secuencial (no todo en una sesión)
- Hasta 4cm³ (en forma bilateral)
- Promedio 2 cm³
- Abstención

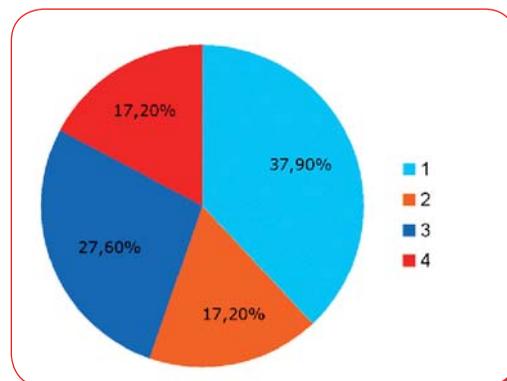
PRIMER CONSENSO ARGENTINO DE ESCLEROTERAPIA

Resultado de la votación: 1) 37,9%; 2) 17,2%; 3) 27,6% y 4) 17,2%. El consenso alcanzado es de NIVEL III minoritario, no hay recomendación. (Gráfico 13)

La conclusión respecto del tema “Cantidad de liquido esclerosante a utilizar en 1 sesión para tratar telangiectasias” es:

“No hay recomendación, pero la primera minoría utiliza: Dosis en cada sesión escleroterapia líquida para telangiectasias (polidocanol 0,5%) 1cm³, si la hay, en várice reticular, segmentaria cada 5-7 cm. y secuencial (no todo en una sesión)”.

Gráfico 13



CANTIDAD DE ESPUMA A UTILIZAR EN UNA SESIÓN PARA TRATAR TELANGIECTASIAS.

El doctor Rosli fija su postura en 4 cm³ de burbujas para una sesión, el doctor Tkach de 10 a 15 cm³, el doctor Pace de 2 cm³ y la última postura sería la abstención.

Opciones a votar:

Tema: Cantidad de espuma a utilizar en una sesión para tratar telangetasias

1. De 10 a 15 cm³
2. Hasta 2 cm³
3. De 4 a 8 cm³
4. Abstención

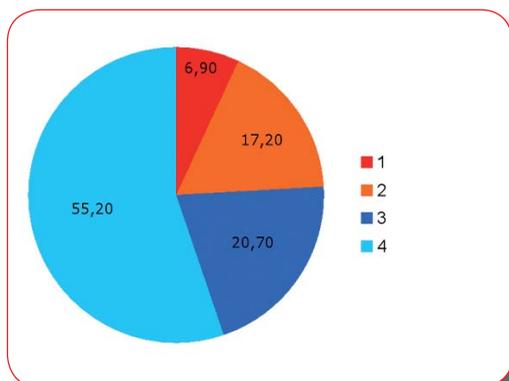
PRIMER CONSENSO ARGENTINO DE ESCLEROTERAPIA

Resultado de la votación: 1) 6,9%; 2) 17,2%; 3) 20,7% y 4) **55,2%**. El consenso alcanzado es de **NIVEL IV** se considera que no hay consenso. (Gráfico 14)

La conclusión respecto del tema “Cantidad de espuma esclerosante a utilizar en 1 sesión para tratar telangetasias” es:

“No hay consenso”.

Gráfico 14



VARIACIÓN DEL CALIBRE DE LA AGUJA EN FUNCIÓN DE UTILIZACIÓN DE ESCLEROSANTE EN FORMA LÍQUIDA O DE ESPUMA.

Dr. Andoniades.- De acuerdo al tipo de vena o de telangetasia, uso 27, 29 ó 30, y no tengo ninguna dificultad. Pero en el caso de la espuma de burbujas muy finas, normalmente usamos en vasos de mediano a gran calibre, la aguja 24 ó 25.

Dr. Ferrari Tropper.- En lo que a mí respecta me fijo mucho en el calibre de la vena que estoy tratando. Yo trabajo con agujas de 27 G a 19 G, y si tengo una várice muy grande prefiero usar un calibre más grueso para que la espuma pueda pasar más rápido y llenar más rápido el calibre de la vena que estoy pasando. Si tengo que pasar 12, 13 ó 14 centímetros con una aguja muy fina, me va a costar mucho. Es decir que voy variando; puedo usar 23 G, 25 G, y lo máximo que utilizo es 19 G. Es decir que no sólo varío si se trata de espuma o líquido sino también por el calibre de la várice a tratar.

Dra. Avramovic (Aurora).- Quisiera hacer una síntesis de todo lo que se habló. Acá se preguntó si se usa calibre más fino para líquido o calibre más grueso para espuma. Mi concepción es la siguiente: para todo lo que es líquido se usa una aguja menor de 25 G y para todo lo que es espuma se usa una aguja superior a 25 G, depende del calibre del vaso, de la cantidad a inyectar y si se hace o no eco. Si se hace eco, se usa un calibre mayor; si no se hace eco, se usa 25. Pero siempre hay una variación entre líquido y espuma.

Por lo tanto, la primera postura, en este caso del doctor Andoniades, es afirmativa en cuanto al cambio de calibre de aguja. La segunda opción sería que es negativa, o sea que no se cambia. Y la tercera opción es la abstención.

Opciones a votar:

Tema: Variación del calibre de la aguja en función de utilización de esclerosante en forma líquida o espuma

1. Cambio el calibre de acuerdo a la utilización de líquido o espuma.
2. No varía
3. Abstención

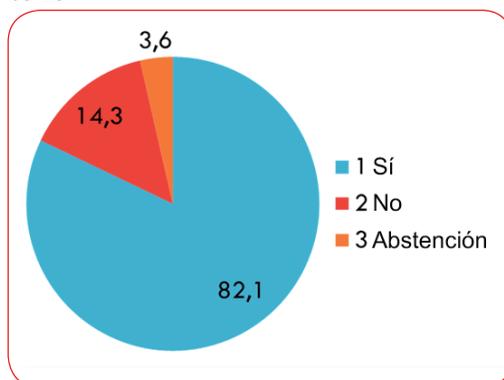
PRIMER CONSENSO ARGENTINO DE ESCLEROTERAPIA

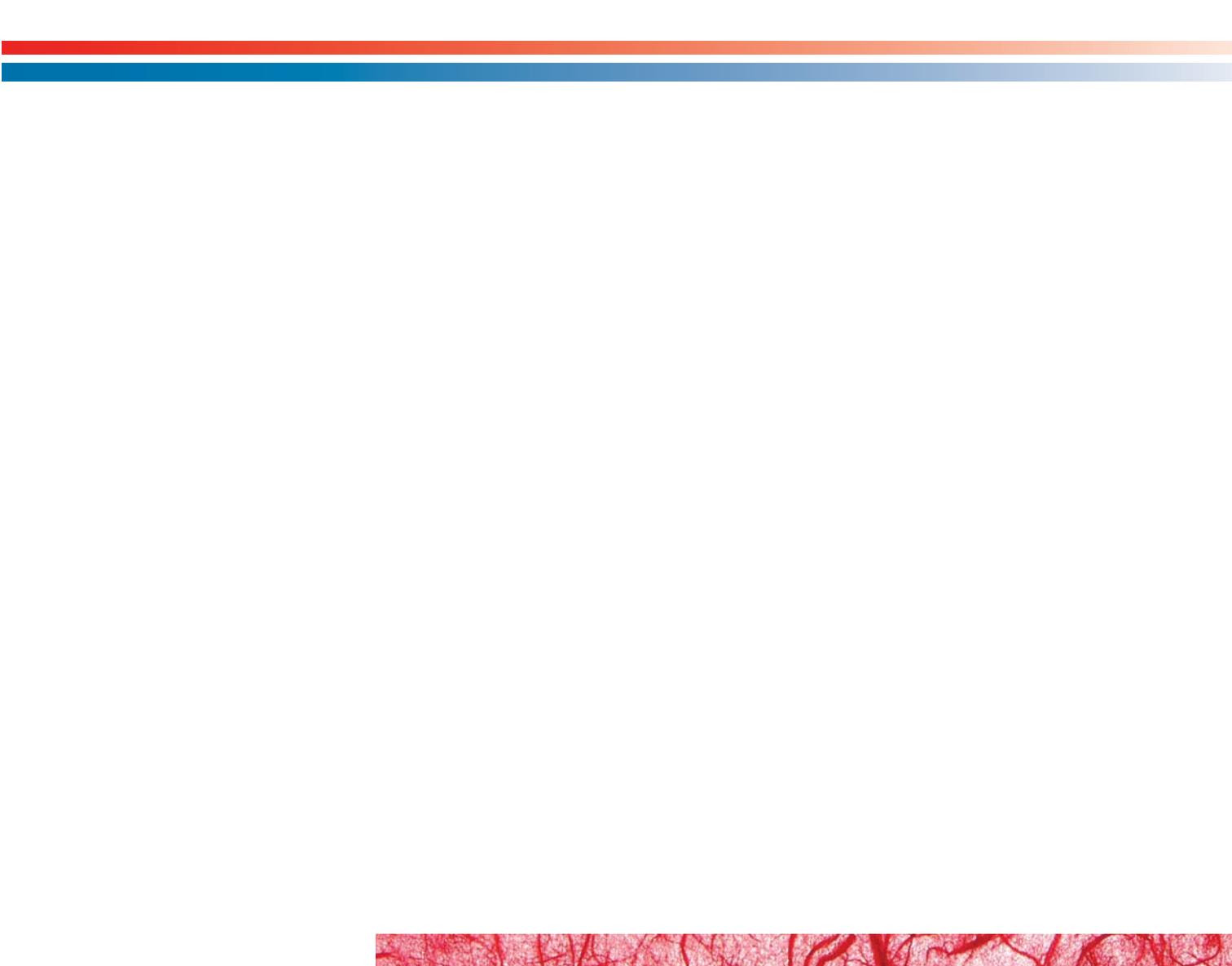
Resultado de la votación: 1) **82,1%**; 2) 14,3%; 3) 3,6%. El consenso alcanzado es de **NIVEL I** generalizado, hay una firme indicación o recomendación. (Gráfico 15)

La conclusión respecto del tema: “Variación del calibre de la aguja en función de utilización de esclerosante en forma líquida o espuma” es:

“Cambio el calibre de acuerdo a la utilización de líquido o espuma”.

Gráfico 15





CAPÍTULO IV

MATERIALES y MÉTODOS 2

MATERIALES Y MÉTODOS 2

Cuarta sesión materiales y métodos 2

PREGUNTAS DE COINCIDENCIA

AGUJAS DE DIFERENTE CALIBRE PARA EL TRATAMIENTO DE TELAN- GIECTASIAS CON BUEN RESULTADO.

Este enunciado surge de la siguiente pregunta:

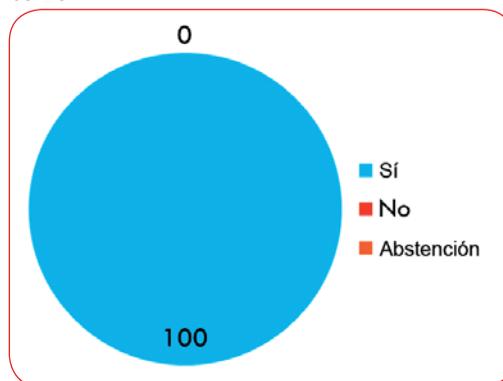
“¿Que aguja utiliza en Telangiectasias?”

Resultado de la votación: Sí **100%**. El consenso alcanzado es de **NIVEL I** generalizado, hay una firme recomendación o indicación. (Gráfico 16)

La conclusión respecto del tema: “Agujas de diferente calibre para el tratamiento de telangiectasias con buen resultado” es:

“Es posible la utilización de diferente calibre para el tratamiento de telangiectasias con buen resultado”.

Gráfico 16



AMPLIO USO DEL POLIDOCANOL EN TELANGIECTASIAS.

La pregunta que dio origen a este enunciado fue:

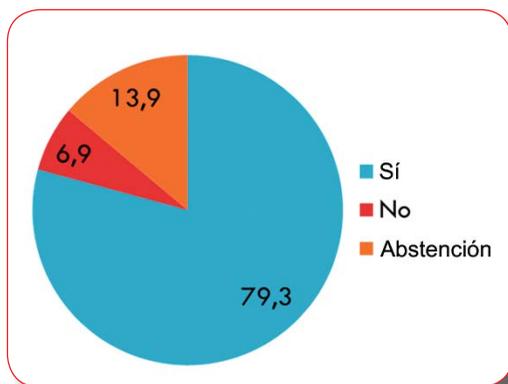
“¿Qué tipo de esclerosante utiliza para tratar telangiectasias?”

Resultado de la votación: Sí **79,3%**. El consenso alcanzado es de **NIVEL I** generalizado, hay una firme recomendación o indicación. (Gráfico 17)

La conclusión respecto del tema: “Amplio uso del polidocanol en telangiectasias” es:

“Hay coincidencia en el uso de polidocanol para el tratamiento de las telangiectasias”.

Gráfico 17



Sr. Coordinador (Dr. Garbarz).- Hemos superado el 75 por ciento en la Opción 1) con el uso de polidocanol. Esto no significa que quien use otra sustancia esclerosante esté haciendo las cosas de manera incorrecta, sino simplemente que la mayoría está de acuerdo en el uso de polidocanol.

LA TROMBECTOMÍA ES UTILIZADA OCASIONALMENTE, EN EL CASO DE SER NECESARIO.

Este enunciado surge de la siguiente pregunta:

Indique si luego de escleroterapia de grandes vasos realiza trombectomía

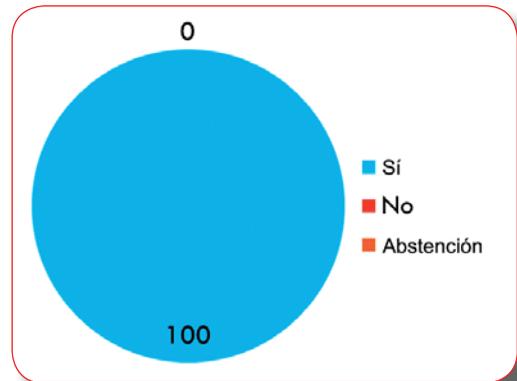
La opción 1 es que es una herramienta que uno utiliza en el caso de ser necesaria; la opción 2 es la negativa y la opción 3 es la abstención. Por ejemplo, alguien que nunca hace trombectomía o ningún procedimiento después del tratamiento de escleroterapia.

Resultado de la votación: Sí **100%**. El consenso alcanzado es de **NIVEL I** generalizado, hay una firme recomendación o indicación. (Gráfico 18)

La conclusión respecto del tema: “La trombectomía es utilizada ocasionalmente, en el caso de ser necesario” es:

“La trombectomía es un recurso utilizado según criterio médico en caso de ser necesario”.

Gráfico 18



PREGUNTAS DE DEBATE

¿INDICA HEPARINOIDES U OTRA SUSTANCIA TÓPICA LUEGO DE LA ESCLEROTERAPIA?

Dr. Fernández.- Al hablar de heparinas o heparinoides nos estamos refiriendo a sustancias de aplicación tópica. Son los glucosaminoglicanos. El efecto de esta sustancia es la de activar la antitrombina, que se encarga de inhibir los numerosos factores de la coagulación que ya conocemos. El efecto principal –recordemos– de la heparina es anticoagulante, y su acción está centrada en neutralizar la trombina, que es la que evita que el fibrinógeno se convierta en fibrina. En resumen, digamos que previene la formación del coágulo estable. Aclaremos que no es fibrinolítico, o sea que no pueden lisar el trombo, y mencionemos que actúa como antiinflamatorio.

Dr. Regalado.- Concretamente utilizo heparina sódica en gel. No lo uso después de la primera sesión porque, eventualmente, por la presencia de alguna pequeña flictena, de alguna pequeña escoriación o de alguna pequeña lesión dérmica, ustedes saben que la heparina sódica en gel no se debe usar sobre pieles que no estén indemnes. Entonces, para evitar alguna complicación mayor prefiero primero ver cómo es la semiología post escleroterapia, a la semana, y ahí sí yo diría que en más del 90 por ciento de los casos sí la utilizo.

Dr. Krapp.- La heparina en gel tiene varios aspectos positivos. Hay trabajos que indican que es usada en prevención de úlcera de decúbito porque tiene un efecto vasodilatador, un efecto mejorador hemorreológico y un efecto antiagregante plaquetario. Por lo tanto, en nuestros casos, aunque esté el trombo hecho no vamos a evitar que se forme el trombo posteriormente a esta terapia; pero lo que vamos a evitar es que haya agregación plaquetaria, agregación de trombo al día siguiente sobre el trombo que ya está hecho. Por otro lado, actúa como antiinflamatorio y analgésico en la superficie y, por lo tanto, es beneficioso.

Dr. Balboni.- Yo uso heparina sódica en gel no en forma sistemática sino cuando observo una inflamación importante –mediana, diría– y/o hematomas que pueden estar acompañados.

Ahora bien, lo interesante de esta heparina sódica es que tiene esta acción antiagregante y una acción antiinflamatoria bastante importante: por eso se la puede usar. Por supuesto que si el paciente tuviera una inflamación muy importante, con una várice mediana, utilizaría corticoides y no esta heparina. Pero lo paradójico es que cuando hacemos escleroterapia, el éxito de la escleroterapia es el cierre de una várice, pero a costa de la liberación de factores de crecimiento que provocan la inflamación. Cuando mayor inflamación hay, mayor liberación de factores de crecimiento: factores de necrosis tumoral, factores de crecimiento epitelial, etcétera. Como ustedes conocen, son 50 moduladores más o menos.

Lo interesante es que hay una liberación importante de heparina a través del mastocito, que se estimula con la escleroterapia. La heparina tiene una potente acción vasodilatadora. Hay otros agentes que se liberan, pero estamos haciendo un parangón con la heparina. Esta acción vasodilatadora es muy neoangiogénica. Fíjense lo paradójico que es utilizar heparina en gel con una acción totalmente opuesta.

Mi posición es que no uso sistemáticamente porque no lo considero necesario con la técnica que yo empleo. Bajas dosis produce una endoflebitis, no tiene que hacer una periflebitis. Cuando ocurre una periflebitis vienen todas las complicaciones o efectos adversos que conocemos. Lo uso circunstancialmente; no en forma rutinaria.

Dr. Krapp.- Es importante recalcar que el uso de la heparina o el heparinoide debe hacerse a partir de las 24 ó 36 horas de aplicación, porque lo que estamos tratando es de prevenir fenómenos por vasodilatación, con analgesia, antiinflamatorios, por mejoramiento neurológico y antiagregante. Entre los heparinoides hay dos o tres marcas: Vitamina K Forte, Feparil y Pergalén.

Opciones a votar:

Tema: ¿Indica heparinoides u otra sustancia tópica luego de la escleroterapia?

1. Utilizo casi siempre heparina sódica en gel o heparinoides
2. No utiliza sistemáticamente
3. Utiliza sistemáticamente frío. Casi siempre heparina sódica en gel o heparinoides
4. Abstención

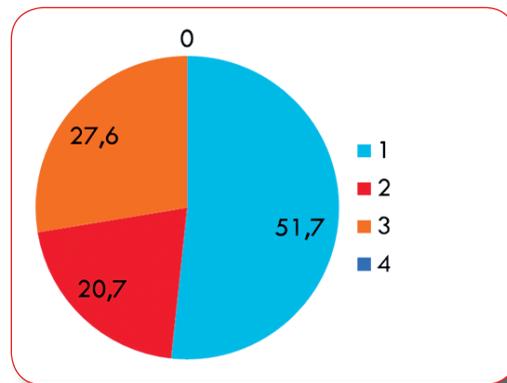
PRIMER CONSENSO ARGENTINO DE ESCLEROTERAPIA

Resultado de la votación: 1) 51,7%; 2) 20,7%, 3) 27,6% y 4) 0%. El consenso alcanzado es de **NIVEL II** mayoritario, es un método aconsejable. (Gráfico 19)

La conclusión respecto del tema “¿Indica heparinoides u otra sustancia tópica luego de la escleroterapia?” es:

“Utilizo casi siempre heparina sódica en gel o heparinoides”.

Gráfico 19



¿UTILIZA EN GRANDES VASOS MEDICACIÓN ORAL (AINES, FLEBOTÓNICOS, CORTICOIDES U OTROS) EN FORMA PREVENTIVA?

El enunciado de la pregunta es un poco complejo por lo que si quieren modificarlo, podemos hacerlo.

Sr. Coordinador (Dr. Garbarz).- Creo que la parte preventiva de la pregunta está de más. Venimos de preguntarnos si usamos sustancias tópicas; ahora nos preguntamos si usamos sustancias por vía oral, acompañando el tratamiento de escleroterapia. Concretamente la pregunta sería: ¿utiliza sustancias por vía oral junto al tratamiento de escleroterapia?

Dra. Aroca Fracchia.- Con respecto a los aines, repito, si hay una reacción inflamatoria los voy a usar cuando hago un tratamiento de grandes vasos. El flebotónico no lo indico por el tratamiento de grandes vasos, sino cuando recibo al paciente y hago su historia clínica, según la signo sintomatología que tenga. Si el paciente tiene edema, indico flebotónicos; si el paciente tiene calambres o una insuficiencia venosa crónica, indico flebotónicos.

De todos modos, con respecto a los flebotónicos hago una corrección en el sentido de que ya no se dice más “flebotónicos” sino “flebotrópico”, porque el flebotónico hablaría de un músculo que en este caso no actúa. A la vez, no hay una bibliografía científica que avale el uso de flebotónicos en esto, sí en el edema o en los calambres. Corticoides vía oral no uso.

Dr. Regalado.- Si después de una escleroterapia de una colateral secundariamente se produce una flebitis en un trayecto de la vena safena, se le da Diclofenac sódico o

potásico 75 miligramos, una o dos veces por día, más allá del tratamiento tópico local. En caso de presentar un proceso inflamatorio de tipo flebítico, sí se le da.

Dr. Simkin (Roberto).- En todos los casos de los pacientes que vienen con una patología y les hago escleroterapia o láser, utilizo diosmina-hesperidina 1 gramo por día. En los casos que los pacientes tienen asociado edema, aumento la dosificación hasta 2 gramos. Si existe un paciente con un edema más pronunciado, llevo esta medicación hasta 3 ó 4 gramos por día.

Dr. Andoniades.- Conjuntamente con la esclerosis correspondiente con espuma, le indico Diclofenac 75mg cada 12 horas, lo uso sistemáticamente a partir de ese momento.

En algunos casos, donde la inflamación es muy exagerada, agrego un corticoide de depósito con resultados espectacularmente buenos.

Dr. Spano.- Si al paciente que se le ha hecho escleroterapia de grandes vasos le suspendo si estaba con medicación flebotónica, y a las 24 horas de la escleroterapia –porque sale vendado– utilizo los heparinoides que se mencionaban hace un rato, aprovechando la acción antiinflamatoria, y durante una semana en la que le suspendo la medicación utilizo venda elástica.

Dr. Ayguavella.- Reitero que se utilizan 75 miligramos de Diclofenac durante por lo menos 10 días para disminuir la posibilidad de pigmentación post inflamatoria, que está muy relacionada con nuestra tarea, y sobre todo en los fototipos 3 en adelante. En los fototipos 2 no, porque es el blanco y va a tener menos posibilidades de que ocurra esto.

Opciones a votar:

Tema: ¿Utiliza en grandes vasos medicación oral junto al tratamiento de escleroterapia (aínes, flebotónicos, corticoides u otros)?

1. No uso medicación de forma sistemática, salvo que el cuadro clínico lo justifique
2. Utiliza diosmina-hesperidina junto con el tratamiento escleroterápico
3. Utiliza Diclofenac 75mg cada 12 horas
4. Abstención

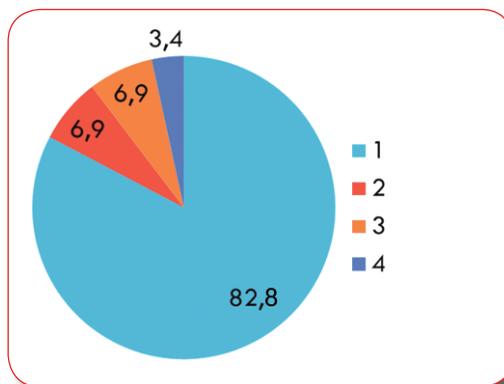
PRIMER CONSENSO ARGENTINO DE ESCLEROTERAPIA

Resultado de la votación: 1) 82,8%; 2) 6,9%; 3) 6,9% y 4) 3,4%. El consenso alcanzado es de **NIVEL I** generalizado, hay una firme recomendación o indicación. (Gráfico 20)

La conclusión respecto del tema “¿Utiliza en grandes vasos medicación oral junto al tratamiento de escleroterapia (aínes, flebotónicos, corticoides u otros)?” es:

“No uso medicación de forma sistemática, salvo que el cuadro clínico lo justifique”.

Gráfico 20



JUSTIFICACIÓN PARA EL USO DEL TRANSILUMINADOR O LA FALTA DEL MISMO EN EL TRATAMIENTO DE LAS TELANGIECTASIAS.

Dr. Spano.- Mi justificación para usarlo es cuando no puedo determinar exactamente cuál es la vena nutricia para esa telangiectasia.

Dr. Pace.- Yo no utilizo transiluminador. Hemos hecho escleroterapia durante muchos años y hemos comprobado que aún no encontrando o no pudiendo canalizar o iniciar la sesión de escleroterapia a través de la vena reticular, iniciando la escleroterapia en la telangiectasia en cualquier otro vaso hemos logrado de igual modo excelentes resultados. Por lo tanto, que comience la escleroterapia por la vena reticular para nosotros no es imprescindible; por lo tanto, tampoco nos es imprescindible utilizar el transiluminador.

Dr. Fernández.- Yo lo utilizo sistemáticamente y me sirve para ubicar la vena aferente, o sea, la reticular, con lo cual simplifico muchísimo el tratamiento. Es más, ya lo considero casi indispensable porque es un elemento muy barato y accesible, y muy útil.

Dr. Pedrazzoli.- Creo que adquiere relevancia, pero como dijimos, no en todos los casos donde las reticulares son muy evidentes y uno por experiencia sabe dónde está la reticular; sí en los casos de matting y neoangiogénesis.

Dr. Balboni.- Estoy de acuerdo con lo que se dijo en general de la utilidad del transiluminador. A mi juicio tiene algunas dificultades, pero quisiera aclarar que la principal dificultad es la profundidad de la várice reticular, donde a veces uno lo ve todo en un solo plano y necesita hacer una maniobra adicional, cosa que no se hace cuando no tiene el transiluminador. Yo me llevo la impresión que muchos de ustedes -y yo estoy en desacuerdo con eso- donde ven una telangiectasia la inyectan. Y yo creo que hay muchísimas telangiectasias que no se inyectan.

Empecemos por las maleolares, sigamos por las que son de venas perforantes, que tienen una imagen es-trellada que es típica. Si ustedes creen que inyectando esa telangiectasia la van a sacar, creo que es la mejor fábrica de angiogénesis que tienen. Y para darse cuenta que hay una perforante, fíjense qué forma de relleno, por presión digital, tiene. Como si ustedes provocan un relleno capilar. Si ven que tiene un relleno rápido, la perforante seguro está ahí abajo. Entonces, hay muchas várices que no deben ser tratadas porque tienen otro tipo de tratamiento. No tienen que ser esclerosadas.

Yendo a las que nosotros esclerosamos, como dijo el doctor Pedrazzoli con otras palabras, en realidad las que nosotros esclerosamos, y con éxito, ya sabemos más o menos dónde está la várice reticular. No necesitamos mucho el transiluminador. No quiero disminuir la importancia y el avance cuando uno no ve, pero no se necesita mayormente. Basta con que uno acueste al paciente. Cuando uno acuesta al paciente, la sangre se distribuye, se aclara la dermis y podemos ver claramente cuál es la circulación.

Sabemos que la circulación lateral va a la safena externa o a la poplítea. Eventualmente puede ir con una comunicación peronea, pero se acabaron las variables. Así que yo utilizo el transiluminador por necesidad, pero me doy cuenta que no sólo la experiencia sino la característica anatómica es fundamental. Y vuelvo a reiterar que quizá deberíamos hacer un consenso sobre morfología de las telangiectasias, porque eso es lo que nos indica qué origen tiene esa telangiectasia, y si vamos a tener éxito o no.

Dr. Lesnik.- Muchas de las venas que no ven, cuando el paciente está parado las van a ver.

Dr. Onorati.- Yo creo que el transiluminador puede tener utilidad también para hacer un mapeo de las venas nutricias, porque a veces no es una sola. Una telangiectasia puede tener dos o tres venas nutricias o una ser nutricia y la otra de escape, con lo cual unas pueden verse y otras no. Entonces, con el equipo se pueden detectar mejor.

Opciones a votar:

Tema: Justificación para el uso del transiluminador o la falta del mismo en el tratamiento de las telangiectasias

1. Lo utilizo cuando no puedo identificar vena nutricia
2. No utilizo
3. Abstención

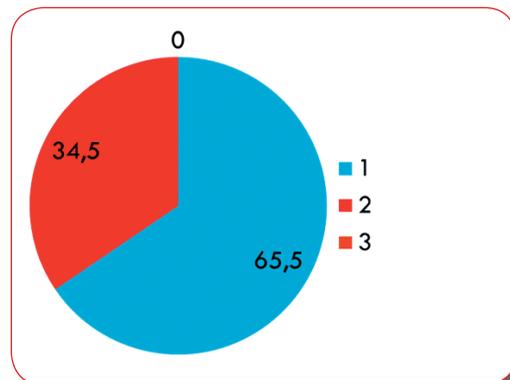
PRIMER CONSENSO ARGENTINO DE ESCLEROTERAPIA

Resultado de la votación: 1) 65,5%, 2) 34,5% y 3) 0%. El consenso alcanzado es de **NIVEL II** mayoritario, es un método aconsejable. (Gráfico 21)

La conclusión respecto del tema “Justificación para el uso del transiluminador o la falta del mismo en el tratamiento de las telangiectasias.” es:

“Lo utilizo cuando no puedo identificar vena nutricia”.

Gráfico 21





CAPÍTULO V

PATOLOGÍA A TRATAR



PATOLOGÍA A TRATAR

Quinta sesión patología a tratar

PREGUNTAS DE COINCIDENCIA

LA MAYORÍA DE LOS PARTICIPANTES REALIZA ESCLEROSIS EN TODO TIPO DE VASOS (PEQUEÑOS, MEDIANO Y GRANDES).

El tema surge de la pregunta:

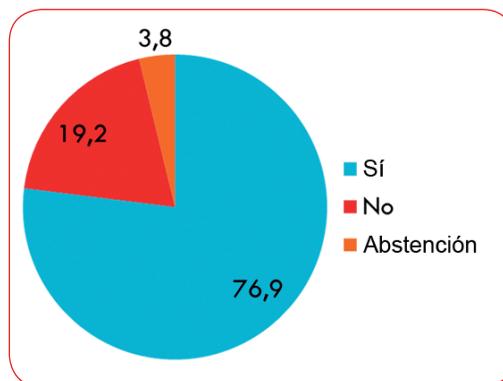
“Indique en cuales vasos realiza Ud. tratamiento esclerosante”.

Resultado de la votación: Sí **76,9%**. El consenso alcanzado es de **NIVEL I** generalizado, hay una firme recomendación o indicación. (Gráfico 22)

La conclusión respecto del tema: “La mayoría de los participantes realiza escleroterapia en todo tipo de vasos (pequeños, mediano y grandes)” es:

“La mayoría de los participantes realiza escleroterapia en todo tipo de vasos (pequeños, medianos y grandes)”.

Gráfico 22



LA GRAN MAYORÍA UTILIZA POLIDOCANOL Y/O TETRADECIL SULFATO DE SODIO PARA TRATAR GRANDES VASOS.

Este tema se basa en la pregunta:

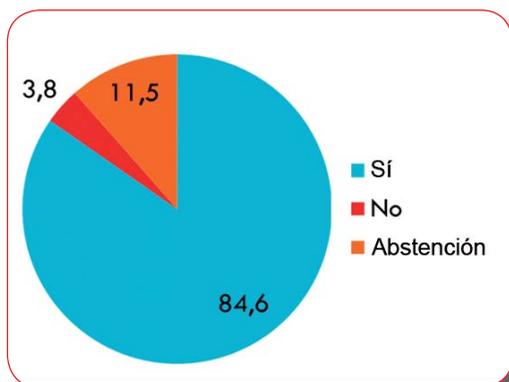
“¿Qué tipos de esclerosantes utiliza en grandes vasos?”

Resultado de la votación: Sí 1) **84,6%**. El consenso alcanzado es de **NIVEL I** generalizado, hay una firme indicación o recomendación. (Gráfico 23)

La conclusión respecto del tema La gran mayoría utiliza polidocanol y/o tetradecil sulfato de sodio para tratar grandes vasos es:

“La gran mayoría de los participantes utiliza polidocanol y/o tetradecil sulfato de sodio cuando realiza tratamientos de grandes vasos”.

Gráfico 23



PREGUNTAS DE DEBATE

¿QUÉ CANTIDAD DE FOAM UTILIZA HABITUALMENTE EN GRANDES VASOS?

Dr. Pietravallo.- En primer lugar debo aclarar que mi interés se basa en la necesidad de darle, en virtud de la bibliografía internacional, la respectiva importancia que tiene al tratamiento percutáneo con escleroterapia de perforantes insuficientes. Esto dado que el tratamiento quirúrgico específico deja una incisión, en consecuencia una cicatriz; el otro tratamiento es el láser percutáneo, con el que ya tenemos una gran experiencia -lo comenzamos en 2004 y ya hemos superado los 300 casos.

Entonces, nosotros hemos efectuado esta experiencia por medio de la cual inyectamos polidocanol al 1% en espuma, 3 cm³ y hemos visto con videoscopia cómo la perforante cuando se inyecta -y vemos por videoscopia que estamos correctamente en la perforante, primero se dilata, cambia de color, pasa prácticamente a

un color blanco en la pared, la tocamos con el instrumento, la vena adopta una mayor rigidez; no se cierra en forma inmediata, como ocurre con el láser, pero sí se va cerrando gradualmente a partir de las dos horas. Hacemos un control a las dos horas y a la semana prácticamente ya está cerrada en un 100%.

Con esto queremos decir que es un método válido, absolutamente practicable, que es imprescindible el ecodoppler color y que si bien el tratamiento con láser es inmediato, el tratamiento con escleroterapia también lo es, aunque en forma más diferida en el curso de la primera semana.

Dr. Spano.- Nosotros en la safena magna o mayor lo hacemos a 15 cm de la arcada inguinal, y en la safena parva o menor, a 8 cm del hueco poplíteo, porque en estos casos esa distancia es la de la desembocadura por la arteria y por el nervio, fundamentalmente en la arcada crural, en la región inguinal. Y en las perforantes ponemos mucho énfasis

La aguja que utilizamos, sobre todo por la profundidad en el muslo, es la 50.8, y para las perforantes la 25.8. Usamos un lazo en la región inguinal o en la región poplíteo para evitar su huida rápida al profundo. Ustedes saben que la circulación es diez veces mayor en el profundo que en el superficial; y colocamos venda durante 7 días.

Dr. Spano.- Polidocanol espuma, 2 ml, que se hacen 8 cm³, y tetradecil 2 ml, que se hacen 8 cm³.

Dr. Pace.- Nosotros únicamente en várices de grueso calibre usamos la técnica de la espuma, usando tetradecil sulfato de sodio; en general en troncos de muslo usamos tetradecil sulfato de sodio al 3%.

Nunca inyectamos más de 4 cm³ de espuma, en ningún caso. Y si se tratase de una várice de paredes más delgadas, del mismo calibre, localizadas en pierna, utilizamos tetradecil sulfato de sodio al 1%, y repito que en ningún caso como dosis máxima inyectada llegamos a los 4 cm³. Habitualmente inyectamos solamente 2 cm³ de espuma.

Opciones a votar:

Tema: ¿Qué cantidad de FOAM utiliza habitualmente en grandes vasos?

1. Utiliza en perforantes polidocanol 1% 3 cm³
2. Utiliza podicanol hasta 8 cm³ o TDSS al 2% 8cm³
3. Hasta 10 – 12 cm³, hasta obtener el vaso espasmo
4. Utiliza 2 – 4 cm³
5. Abstencion

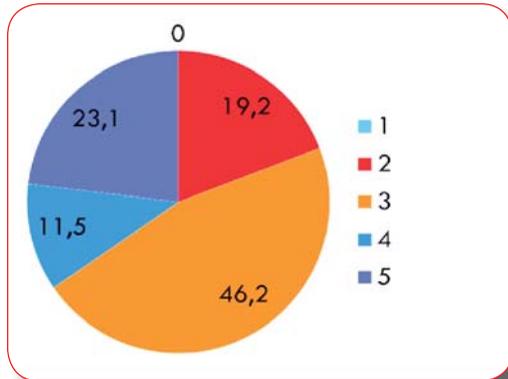
PRIMER CONSENSO ARGENTINO DE ESCLEROTERAPIA

Resultado de la votación: 1) 19,2%; 2) **46,2%**, 3) 11,5%, y 4) 23,1%. El consenso alcanzado es de **NIVEL III** minoritario, no hay recomendación. (Gráfico 24)

La conclusión respecto del tema: “¿Qué cantidad de foam utiliza habitualmente en grandes vasos?” es:

“No hay recomendación, pero la primera minoría utiliza Polidocanol hasta 8 cm³ o TDSS al 2% 8cc.”

Gráfico 24

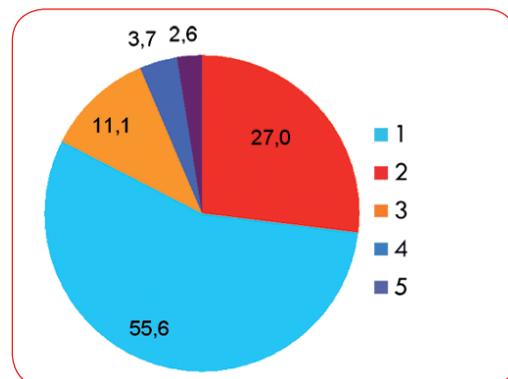


Resultado de la votación: 1) 27%; 2) **55,6%**, 3) 11,1%, 4) 3,7%, y 5) 2,6%. El consenso alcanzado es **NIVEL II** mayoritario, metodo aconsejable. (Gráfico 25)

La conclusión respecto del tema: “Diámetro de safena que trata con escleroterapia.” es:

“No hay diámetro límite, no tomo en cuenta el reflujo ni la edad del paciente.”

Gráfico 25



DIÁMETRO DE SAFENA QUE TRATA CON ESCLEROTERAPIA.

Dr. Regalado.- En principio tengo que aclarar que no utilizo escleroterapia para la vena safena interna. Quisiera hacer algunas consideraciones al respecto. Considero que en una vena safena interna por encima de los 10 ml y con un reflujo superior, o que llegue por encima del segundo, no corresponde utilizar ningún método obliterativo, sea escleroterapia o cualquier otra alternativa terapéutica, sin haber tratado previamente la unión safena femoral, y sobre todo las colaterales antigraavitacionales. Esa es mi postura.

Sr. Coordinador (Dr. Garbarz).- No tengo un diámetro límite de safena interna para tratar con escleroterapia. Insisto en algunos conceptos: tratamos pacientes, no tratamos estudios que nos hablen de diámetros, y no veo cuál es la diferencia para alguien que está acostumbrado a hacer escleroterapia y con buen resultado en safena interna o externa entre tratar una safena de 14, 16, 18, e incluso 20 ml de diámetro. Entonces, mi postura es que no tengo diámetro límite para tratar una safena con escleroterapia.

Opciones a votar:

Tema: Diámetro de safena que trata con escleroterapia

1. No utiliza escleroterapia. No se debe tratar safena de diámetro mayor a 10 mm y con reflujo superior al segundo, sin tratamiento previo de la unión SF
2. No hay diámetro límite, no tomo en cuenta el reflujo ni la edad del paciente
3. Hasta 1 cm
4. No hay límite, si el cayado es suficiente
5. Abstención

PRIMER CONSENSO ARGENTINO DE ESCLEROTERAPIA

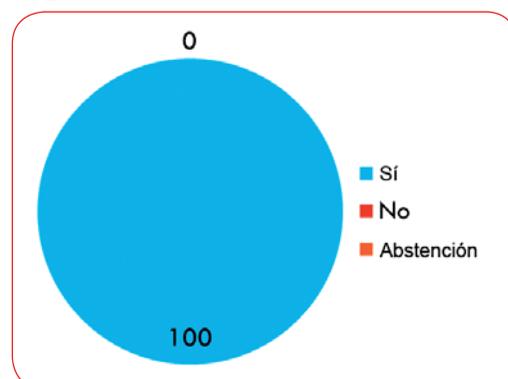
CONCENTRACIONES HABITUALES DE POLIDOCANOL EN PEQUEÑOS, MEDIANOS Y GRANDES VASOS.

Respecto a las concentraciones de polidocanol en el tratamiento de pequeños, medianos y grandes vasos, quedaría de la siguiente manera: Pequeños Vasos 0,25 a 0,50% - Medianos vasos 1 a 2% - Grandes vasos 3 a 4%.

Resultado de la votación: Sí **100%**. El consenso alcanzado es de **NIVEL I** generalizado, hay una firme indicación o recomendación. (Gráfico 26)

La conclusión respecto del tema: “Concentraciones habituales de polidocanol en pequeños, medianos y grandes vasos” es:

Gráfico 26



Pequeños Vasos 0,25 a 0,50%

Medianos vasos 1 a 2%

Grandes vasos 3 a 4%.

¿LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA PREVIA ES O NO UNA CONTRAINDICACIÓN PARA EL TRATAMIENTO ESCLEROSANTE?

Dr. Duverges.- Creo que debemos considerar diferentes aspectos en un paciente que ha tenido una trombosis venosa profunda, y especialmente hacer hincapié en todo lo que es su historia clínica y anamnesis.

A modo de ejemplo, pensemos en un paciente entre 30 y 55 años de edad, el cual en algún momento tuvo una intervención quirúrgica, un politraumatismo y sin factores de riesgo previo, en el transcurso de este evento realiza una trombosis venosa profunda. Es decir, podemos atribuirle a este evento el hecho que desencadenó la trombosis venosa profunda. Evidentemente, va a ir al tratamiento anticoagulante.

Yo considero que este paciente, luego de haber terminado su tratamiento anticoagulante y teniendo como antecedente un evento que fue determinante, y haciéndole un estudio donde el trayecto afectado tiene una recanalización importante, por ejemplo mayor a un 75 por ciento, el mismo viene a nuestra consulta para el tratamiento esclerosante por pequeñas telangiectasias ubicadas tal vez en la cara externa del muslo, y yo considero que se podría realizar la escleroterapia.

Supongamos ahora al mismo paciente que viene a la consulta pero que tiene factores de riesgo realmente aumentados: es obeso, es sedentario, es tabaquista, toma anticonceptivos. Creo que acá el riesgo es mayor y considero que en este caso diría que no se esclerosa, ni siquiera una escleroterapia de pequeños vasos.

Siempre estamos hablando de que ha terminado su tratamiento anticoagulante, y siempre estamos hablando de que ha logrado una recanalización importante.

En el caso de un paciente que ha hecho una trombosis venosa profunda, como un episodio paraneoplásico, creo que tampoco realizaría escleroterapia.

Me queda el caso aquel del síndrome post-trombótico, es decir una trombosis de larga data que, evidentemente, está recanalizada y viene con sus alteraciones tróficas. Creo que todos realizamos escleroterapia.

En conclusión, y a la luz de lo que estuvimos hablando, creo que la escleroterapia posterior a la trombosis venosa profunda, no estaría indicada, salvo en el síndrome post-trombótico, y donde las alteraciones tróficas así lo soliciten o así sea necesario hacerlo.

Dra. Avramovic (Aurora).- Considero que la trombosis venosa profunda tiene dos etapas: en la etapa inicial y hasta que esté totalmente recanalizada considero que es una contraindicación absoluta y no se puede reali-

zar escleroterapia; y luego de la recanalización, con un previo estudio de ecodoppler y la evaluación clínica se puede realizar escleroterapia en los trastornos tróficos producidos; o sea, la contraindicación es relativa. Tiene una contraindicación absoluta al comienzo y una contraindicación relativa cuando ya está recanalizada, no se utiliza más la anticoagulación y se han restablecido los procesos tróficos, o sea que estamos en un síndrome post-trombótico.

Cuando terminó el tratamiento anticoagulante se realiza un ecodoppler y se ve si está recanalizado. Si no está recanalizado, no se esclerosa.

Espero la recanalización y además el estudio clínico del paciente para evaluar si está en condiciones de ser esclerosado.

Dr. Pedrazzoli.- Creo que para poder hablar de esto primero debemos pensar en la etiología de la trombosis venosa profunda. Para definir una postura, debido a lo avanzado de la hora, yo dividiría primero la trombosis venosa profunda activa en su proceso agudo. La escleroterapia es la mejor herramienta que tenemos. Hay un alto índice de pacientes con síndrome post-trombótico, donde la escleroterapia es la mejor herramienta que tenemos para tratar todos los trayectos varicosos producto de la trombosis venosa profunda. No estoy de acuerdo en contraindicar una práctica que es habitual y diaria. Es lo indicado. Justamente en ese paciente que tiene trastornos tróficos, donde no podemos incidir la piel con un bisturí, la práctica es la escleroterapia.

Dr. Krapp.- Agregando a lo que dice el doctor Pedrazzoli, yo divido las trombosis en aquellas que tienen factores pro-trombóticos permanentes y en las que tienen factores pro-trombóticos pasajeros. Si el paciente fue, como decía el doctor Duverges, un paciente de 40 años que tuvo una fractura o un problema de ligamentos y como estuvo en la cama hizo una trombosis, una vez que pasó eso se acabó el problema. O una parturienta, una vez que pasó el parto, no pasa nada.

Pero si el paciente es alguien que ha sido operado de cáncer de mama, de cáncer de próstata o de otra cosa, ya se toma conciencia de que tiene un factor pro-trombótico permanente porque es oncológico. En ese paciente yo prestaría un poquito más de atención. No hay contraindicación en aquellos que tienen cáncer curado, pero tomaría una buena precaución en aquellos pacientes, sobre todo en la permanencia del vendaje, la movilización activa inmediatamente, en aquellos que tienen cáncer activo o están tomando por ejemplo medicamentos anticancerosos o antiprostáticos o estrógenos en alta concentración. En eso prestaría atención. No la contraindicaría de ningún modo pero tomaría precauciones.

Dr. Lesnik.- En general yo estoy de acuerdo en lo que respecta a la etapa aguda y crónica, y no quiero dejar pasar por alto, porque acá se habló de todo pero nadie habló de trombofilias. Estoy hablando de alteraciones de los factores de coagulación.

Dr. Simkin (Roberto).- La pregunta dice: ¿La trombosis venosa profunda previa es o no una contraindicación para el tratamiento esclerosante?

Supongamos que el paciente ya tuvo la trombosis venosa profunda. Entonces, ¿qué hay que hacer? ¿Hay un factor 5 Leiden positivo? ¿Tiene un Von Willebrand positivo? ¿Tiene una trombofilia? No, no la tiene. ¿Está permeable el sistema venoso profundo? Está permeable. Entonces sí, hay que hacer tratamiento esclerosante. ¿Pero está tapado el sistema venoso profundo? En ese caso está contraindicado porque la circulación colateral se hace por las venas superficiales, aunque tenga una úlcera grande y tenga un síndrome post trombótico. Es contraindicación absoluta porque está tapado el profundo. ¿Qué es indicado en esos casos? Hacer un ecodoppler color, y después estudiar los factores que lo provocaron. Pero refiriéndose específicamente a la pregunta que es trombosis venosa profunda previa.

Dr. Regalado.- Síndrome post-trombótico reciente, con hipertrofia de la bomba muscular compensadora, está absolutamente contraindicado.

Síndrome post-trombótico alejado, con recanalización, o sea después de los seis meses, está indicado en aquellos pacientes que no tengan trombofilia ni factores de riesgo como obesidad, sedentarismo, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal o cualquier otra contraindicación, de las cuales no hemos hablado desgraciadamente en este Consenso.

Dr. Simkin (Roberto).- Tiene que estar demostrado que es permeable el sistema venoso profundo. No es “si la permeabilidad...” El sistema venoso profundo tiene que estar normal, permeable. Generalmente valvulado, porque si es avalvulado el sistema venoso profundo empezamos a entrar en grandes cosas, está contraindicado.

Dr. Simkin (Roberto).- Cuando tiene una trombosis venosa profunda, el sistema venoso profundo tiene tres etapas. Puede pasar la trombosis venosa profunda. ¿Y qué hizo? Lamió las válvulas y dejó las válvulas completamente normales, en el término de dos años se repermeabilizó. ¿Está permeable? Se le puede hacer la escleroterapia que se quiera, porque el paciente no tiene ningún problema. Pueden comerse las válvulas, en cuyo caso queda un tubo rígido y provoca una trombosis venosa profunda con un tubo rígido. En esos casos está contraindicada la escleroterapia.

Opciones a votar:

Tema: ¿La TVP previa es o no una contraindicación para el tratamiento esclerosante?

1. No esta contraindicado el tratamiento esclerosante, siempre y cuando este permeable el SVP y no tenga factores de riesgo permanentes.
2. No esta contraindicado el tratamiento esclerosante, siempre y cuando este permeable y valvulado el SVP y no tenga factores de riesgo permanentes.
3. Abstención

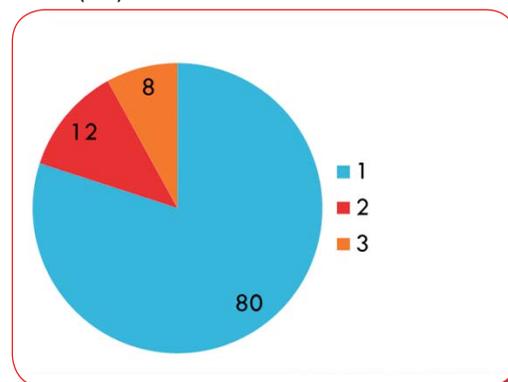
PRIMER CONSENSO ARGENTINO DE ESCLEROTERAPIA

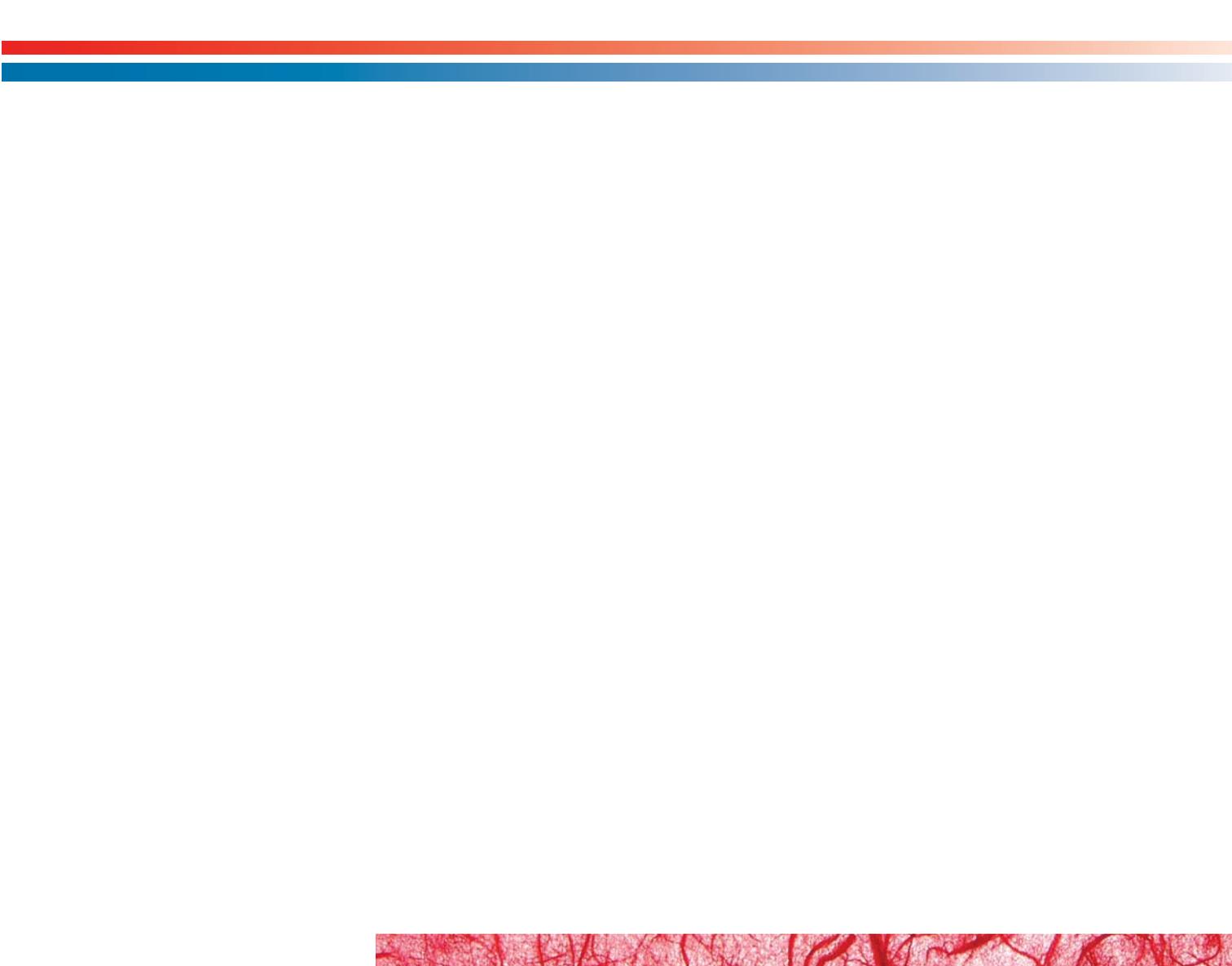
Resultado de la votación: 1) 80%; 2) 12%; 3) 8%. El consenso alcanzado es de **NIVEL I** generalizado, hay una firme recomendación o indicación. (Gráfico 26 bis)

La conclusión respecto del tema: “¿La trombosis venosa profunda previa es o no una contraindicación para el tratamiento esclerosante?” es:

“No esta contraindicado el tratamiento esclerosante, siempre y cuando este permeable el SVP y no tenga factores de riesgo permanentes”.

Gráfico 26 (bis)





CAPÍTULO VI

ESCLEROTERAPIA PRÁCTICA



ESCLEROTERAPIA PRÁCTICA

Sexta sesión escleroterapia práctica

PREGUNTAS DE COINCIDENCIA

POSICIÓN UTILIZADA PARA TELANGIECTASIAS.

Este es un tema se basa en la pregunta:

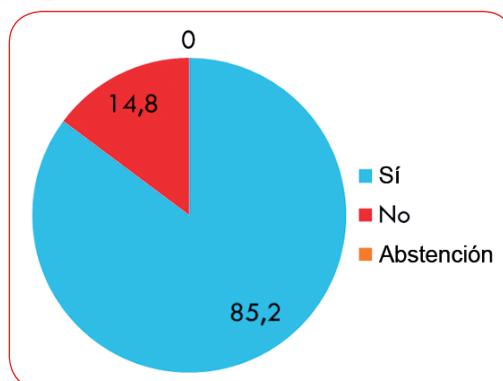
“¿En que posición coloca al paciente par realizar el tratamiento de telangiectasias?”

Resultado de la votación: Sí **85%**. Consenso alcanzado es de **NIVEL I** generalizado, hay una firme recomendación o indicación. (Gráfico 27)

La conclusión respecto del tema: “Posición utilizada para telangiectasias” es:

“La gran mayoría coloca al paciente en decúbito para tratar telangiectasias”.

Gráfico 27



TIEMPO DE VENDAJE EN MEDIANOS Y GRANDES VASOS.

Este es un tema que se basa en el enunciado:

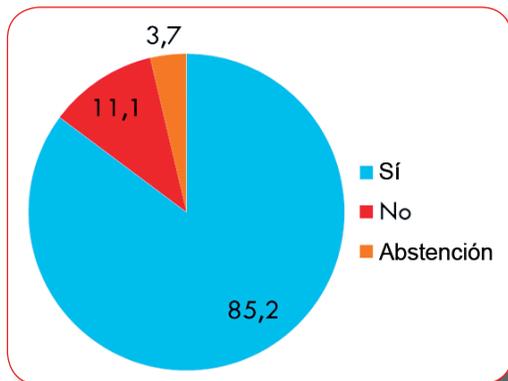
“La utilización de elastocompresión pos escleroterapia en vasos mediano y gran calibre”.

Resultado de la votación: Sí **85,2%**. Consenso alcanzado es de **NIVEL I** generalizado, hay una firme recomendación o indicación. (Gráfico 28)

La conclusión respecto del tema: “Tiempo de vendaje en medianos y grandes vasos” es:

“La gran mayoría coloca vendaje por 24 horas o más en vasos de mediano y gran calibre”.

Gráfico 28



MEJORES RESULTADOS AL USAR ESPUMA (RESPECTO DEL ESCLEROSANTE LÍQUIDO) EN EL TIPO DE PATOLOGÍA QUE LA APLICA; SE REFIERE A LA ESPUMA.

Entonces, estamos evaluando si uno tiene mejores resultados con la espuma que con el esclerosante líquido en los vasos donde la aplica. Y esto se sustenta en tres preguntas:

“Primera: ¿Cambia las concentraciones de esclerosante de acuerdo a que lo utilice en forma líquida o de espuma?”

“Segunda: ¿Utiliza la misma cantidad de esclerosante en cm³ de espuma que cuando lo realiza o realizaba con líquido?”

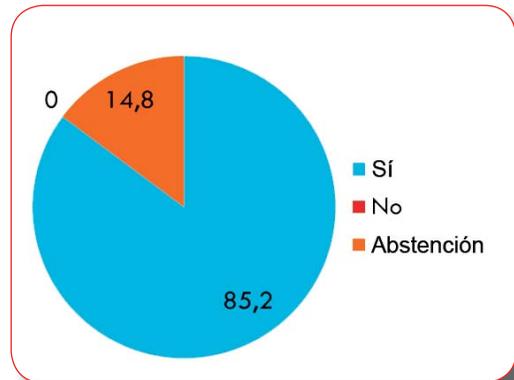
“Tercera: ¿En los vasos en que utiliza espuma, considera tener mejores resultados que al utilizar esclerosante en forma líquida?”

Resultado de la votación: Sí **85,2%**. El consenso alcanzado es de **NIVEL 1** generalizado, hay una firme recomendación o indicación. (Gráfico 29)

La conclusión respecto del tema: “Mejores resultados al usar espuma (respecto del esclerosante líquido) en el tipo de patología que la aplica; se refiere a la espuma.” es:

“Se obtienen mejores resultados al utilizar espuma respecto del esclerosante líquido en los vasos donde la aplica”.

Gráfico 29



AL ESCLEROSAR CON FOAM UN VASO GRANDE, EL MÉTODO PROGRESIVO EN CUANTO A DOSIS Y CONCENTRACIONES ES EL ELEGIDO POR LA MAYORÍA.

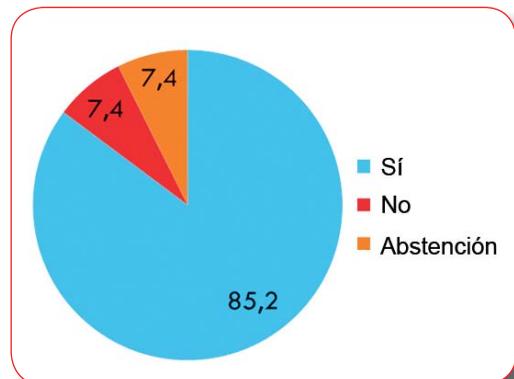
Las opciones son: Opción 1) método progresivo; Opción 2) método no progresivo, y la Opción 3) la abstención.

Resultado de la votación: 1) **85,2%**. Resultado de la votación: Sí 85%. Consenso alcanzado es de **NIVEL I** generalizado, hay una firme recomendación o indicación. (Gráfico 30)

La conclusión respecto del tema: “Al esclerosar con foam un vaso grande, el método progresivo en cuanto a dosis y concentraciones es el elegido por la mayoría” es:

“Utiliza método progresivo”.

Gráfico 30



PREGUNTAS DE DEBATE

TIEMPO DE VENDA ELÁSTICA EN TELANGIECTASIAS.

Dr. Mirabile.- en telangiectasias yo no coloco elastocompresión, sí torunda con tela adhesiva.

Dr. Lapid.- Viene el paciente, se le coloca la venda elástica; cuando termina la sesión se va a su casa, y se la saca cuando se va a dormir; serán 8 ó 10 horas.

Dr. Balboni.- Yo utilizo venda elástica; y voy a fundamentar por qué. También voy a aclarar el tiempo en que la uso. Y voy a decir por qué no utilizo tela adhesiva, salvo en circunstancias especiales que voy a aclarar; a los que no usan venda elástica les digo que la venda elástica contribuye en tres o cuatro cuestiones, y voy a mencionar dos. En primer lugar, acerca la pared del vaso cuando uno lo comprime, con lo cual se baja la dosis. En segundo lugar y esto también es importante, con esta explicación excluyo la utilización de tela adhesiva o telas especiales, impide el reflujo profundo a través de la perforante hacia el sistema superficial. Este es un factor que nosotros vemos cuando falla la compresión, en las caras internas especialmente.

Sabemos que en las telangiectasias que están asociadas a perforantes suprarrotulianas si no se comprime convenientemente se observa un relleno trombótico; se debe impedir ese reflujo interno del sistema profundo al superficial por esa perforante, de ahí la utilidad de la venda elástica. Por eso, como me ha sido difícil colocar tela adhesiva en estos casos, porque no veo que quede bien comprimida esa zona, recomiendo la venda elástica. O sea, enfatizo el uso del vendaje elástico, en los pacientes obesos; coloco la venda elástica segmentariamente. Si trabajamos muy arriba del muslo por la forma cónica no lo podemos sostener; con una tela adhesiva en situación oblicua se obtura bastante bien, y ahí no hay zonas frecuentes de perforante.

Hay dos efectos, la vasodilatación y la trombogénesis, que se genera después de una escleroterapia. En la escleroterapia de un vaso mediano o reticular hay una vasodilatación compensadora que ocurre por efecto respiratorio después de las 8 horas, con lo cual, si lesiono el endotelio sé que se va a generar una trombosis y no lo comprimo más de 8 horas, seguramente voy a tener un efecto trombótico residual en ese vaso, con las posibilidades de pigmentación y demás que ustedes bien conocen.

Sr. Coordinador (Dr. Garbarz).- Entonces, queda claro que tenemos la postura 1), del doctor Mirabile, que no usa venda elástica más allá de las consideraciones de la cinta y de la torunda; la postura 2), del doctor Lapid, que sí la usa sistemáticamente, entre 8 y 12 horas; la postura 3), del doctor Pace, quien la usa durante 24 horas, más allá de si el paciente fue a la mañana o la tarde al consultorio.

Opciones a votar:

Tema: Tiempo venda elástica en telangiectasias

1. No utiliza venda elástica pos escleroterapia.
2. Sí, entre 8 hasta 12 hs
3. Utiliza hasta 24 hs
4. Abstención

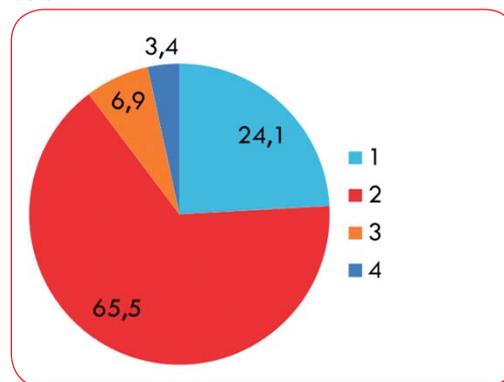
PRIMER CONSENSO ARGENTINO DE ESCLEROTERAPIA

Resultado de la votación: 1) 24,1%; 2) 65,5%, 3) 6,9%, 4) 3,4%. El consenso alcanzado es de **NIVEL II** mayoritario, método aconsejable. (Gráfico 31)

La conclusión respecto del tema: "Tiempo venda elástica en telangiectasias" es:

"Sí entre 8 hasta 12 hs."

Gráfico 31



SITIO DE PUNCIÓN DE LA SAFENA INTERNA CON REFLUJO DESDE EL CAYADO.

Es un tema de debate, dice "Sitio de punción de la safena interna con reflujo desde el cayado". Hay dos oradores ya asignados con anterioridad.

Dr. Chaperó.- Nunca vamos a aplicar escleroterapia directamente en el cayado; lo haremos por debajo, a nivel safénico, por lo menos a 7, 8, 10 centímetros del cayado. Según la técnica que usemos será esclerosante líquido o espuma no voy a extenderme mucho en el uso de la palabra.

Hay cientos de trabajos presentados desde Glauco Bassi en adelante, todo esto lleva un marcado previo y un importante estudio semiológico para ver la zona donde se va a hacer la punción.

Dr. Ayguavella.- Por formación, la insuficiencia del cayado interna es quirúrgica esto que quede claro, pero en algunas circunstancias como las de pacientes gerontes, con quirofobia o en recidivas es factible hacer el trata-

miento esclerosante, y si fuera así el sitio de punción sería a 15 centímetros del cayado, que es la pregunta puntual.

Dr. Andoniades.-- Zona media, tercio inferior del muslo, cerca del cóndilo femoral.

Dr. Simkin (R).-- De 15 a 20 centímetros, con ecodoppler.

Sr. Coordinador (Dr. Garbarz).-- Entonces, lo más importante es la presencia del ecodoppler. Por lo tanto, sería 15 centímetros con ecodoppler.

Dr. Onorati. Entonces, si uno lo hace a 15 ó 20 centímetros hace un trombo fabuloso por arriba, con pésimos resultados, sin esclerosar las colaterales, que es lo más grave de todo por la recidiva, escleroso el sector proximal de safena, que es lo que quiero.

Dr. Tkach. Cuando vemos a Fegan, que va de distal a proximal. Ese fue un cambio totalmente radical para nuestra experiencia flebológica. Esto sumado al concepto del doctor Rosli, del tratamiento previo a la safena de los paquetes varicosos dependientes de perforantes, no solamente de la perforante sino de esos paquetes y de las tributarias. El sitio de punción inicial es infrapatelar.

Sr. Coordinador (Dr. Garbarz).-- Las posturas serían las siguientes: Opción 1), 6 a 10 centímetros por debajo del cayado; Opción 2), 15 a 20 centímetros por debajo del cayado; Opción 3), a nivel infrapatelar más allá de que después sea progresivo hacia proximal, y Opción 4), abstención.

Opciones a votar:

Tema: Sitio de punción de safena interna con reflujo desde cayado

1. 6 a 10 cm por debajo del cayado
2. 15 – 20 cm
3. Desde S.I. infrapatelar
4. Abstención

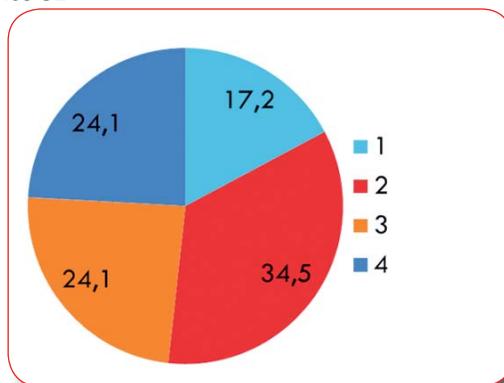
 PRIMER CONSENSO ARGENTINO DE ESCLEROTERAPIA

Resultado de la votación: 1) 17,2%; 2) **34,5%**, 3) 24,1% y 4) 24,1%. El consenso alcanzado es **NIVEL III** minoritario, no hay recomendación. (Gráfico 32)

La conclusión respecto del tema: “Sitio de punción de safena interna con reflujo desde cayado.” es:

“No hay recomendación pero la primera minoría utiliza punción 15 a 20 cm”.

Gráfico 32





CAPÍTULO VII

COMPLICACIONES

COMPLICACIONES

Séptima sesión complicaciones/posibles efectos inherentes al tratamiento

PREGUNTAS DE COINCIDENCIA

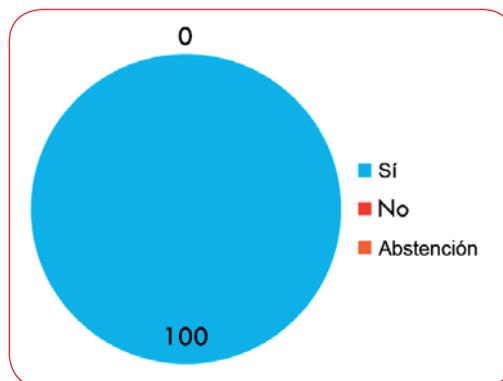
Hematomas, induraciones, pigmentaciones y el trombo endoluminal son consecuencias inherentes al tratamiento esclerosante.

Resultado de la votación: Sí **100%**. El Consenso alcanzado es de **NIVEL I** generalizado, hay una firme recomendación o indicación. (Gráfico 33)

La conclusión respecto del tema: “Hematomas, induraciones, pigmentaciones y el trombo endoluminal son consecuencias inherentes al tratamiento esclerosante.” es:

“Hematomas, induraciones, pigmentaciones y el trombo endoluminal son posibles efectos inherentes al tratamiento esclerosante”.

Gráfico 33



ANTE LA POSIBLE ALERGIA AL POLIDOCANOL DEL PACIENTE, LA MAYORÍA UTILIZA OTRO ESCLEROSANTE.

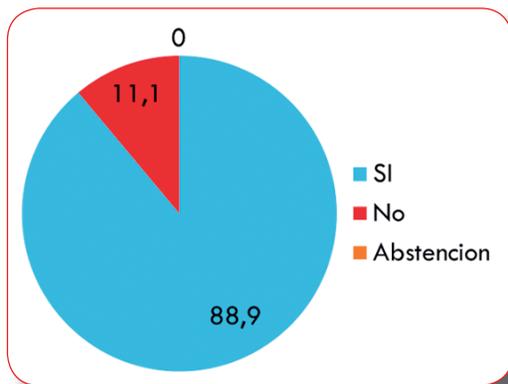
Pasamos al segundo tema de coincidencias de esta sesión que podría resumirse así: Ante la posible alergia al polidocanol del paciente, usted utiliza 1) otro esclerosante; 2) no efectúa escleroterapia; 3) lo reintenta.

Resultado de la votación: 1) 88,9%; 2) 11,1%, 3) 0%. El Consenso alcanzado es de **NIVEL I** generalizado, hay una firme recomendación o indicación. (Gráfico 34)

La conclusión respecto del tema: “Ante la posible alergia al polidocanol del paciente, la mayoría utiliza otro esclerosante” es:

“Ante la posible alergia al polidocanol del paciente, la mayoría utiliza otro esclerosante”.

Gráfico 34



CUANDO SE REALIZA ESCLEROTERAPIA CON POLIDOCANOL Y APARECE PIGMENTACIÓN, SE ATRIBUYE AL EFECTO TROMBOGÉNICO EN EL TRAYECTO TRATADO Y DEPENDIENTE DE LA CONCENTRACIÓN.

Dr. Balboni: la pigmentación se produce por el depósito de elementos de hierro contenidos en los glóbulos rojos fuera del vaso. ¿Cómo hace para pasar el glóbulo rojo fuera del vaso? Existe diapedesis y entonces entran y salen los glóbulos rojos del vaso. Pero cuando aumentan en gran cantidad, como en este caso, entonces ahí existe la posibilidad de pigmentación. Y la posibilidad de pigmentación está muy asociada a la agresión al vaso, porque cuanto mayor agresión tiene el vaso, mayor posibilidad de realizar una flebitis, una periflebitis y el pasaje de glóbulos rojos fuera del vaso.

Hay otros factores: por ejemplo, individuos que vasodilatan, situaciones con histamina, toma de minociclina que aumenta la pigmentación. Hay muchas circunstancias que la aumentan, pero en este caso y asociado a la concentración está demostrado con estadísticas fuertes que cuando uno aumenta la con-

centración, la posibilidad de pigmentación es mucho más importante.

Para finalizar, pongo el ejemplo con el polidocanol. El medio por ciento de polidocanol tiene aproximadamente 7 por ciento de posibilidades de pigmentación. Si ustedes elevan a 1 por ciento, sube a 30 por ciento.

Dr. Ayguavella.- A lo dicho por el doctor Balboni, que adhiero 100 por ciento, quiero agregar que habría que tener en cuenta que mayor concentración, mayor adhesión al vaso, mayor fenómeno inflamatorio. Cuando hablo de fenómeno inflamatorio, además debo tener en cuenta que existe una pigmentación que es post-inflamatoria, y tiene relación directa con la piel y directa relación con el fototipo de piel, sobre todo con el fototipo 3 en adelante, que es aquella persona un poco más morena y que de tomar sol nunca enrojece y directamente toma color.

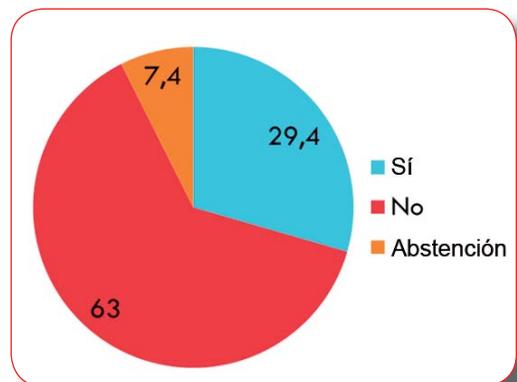
La opción 1) dice que es atribuida al efecto trombogénico, independientemente y no depende de la concentración; opción 2) Sí depende de la dosis y concentración; 3) abstención.

Resultado de la votación: 1) 29,6%; 2) 63% 3) 7,4%. El Consenso alcanzado es de **NIVEL II** mayoritario, método aconsejable. (Gráfico 35)

La conclusión respecto del tema: “Cuando se realiza escleroterapia con polidocanol y aparece pigmentación, se atribuye al efecto trombogénico en el trayecto tratado y dependiente de la concentración.” es:

“La gran mayoría piensa que depende de la dosis y de la concentración”.

Gráfico 35



PREGUNTAS DE DEBATE

¿CUÁL ES EL MOTIVO DE LA PIGMENTACIÓN POST ESCLEROTERAPIA?

Dr. Balboni: la pigmentación se produce por el pasaje de glóbulos rojos a través del vaso, quedando en si-

tuación extravascular. Ese hierro que queda fuera del vaso lo capta el macrófago. El macrófago no puede hidrolizar fácilmente el hierro porque es una molécula pesada, con lo cual necesita un tiempo para ir fraccionándola y que esa fracción de la molécula de hierro que se produce lo tome una proteína, que es la transferrina, y lo lleve a través de la sangre a los depósitos de hierro. Ese sería el mecanismo normal.

¿Cuándo ocurre y cuánto tiempo sucede eso? Depende del depósito de hierro y de otras variables que voy a mencionar ahora. Pero no es una acción rápida, es una acción lenta. De hecho se dice que el 80 por ciento de las pigmentaciones desaparecen antes del año. No estoy hablando de una semana ni de dos meses sino que digo que desaparecen antes de un año.

Entonces, hay varios factores que interfieren en este mecanismo. Son depósitos de hierro los que producen la pigmentación. La melanina se puede agregar. ¿Y en qué condiciones se agrega la melanina?

1) Cuando hay exceso de hierro en una zona. El exceso de hierro es estimulante del melanocito, pero tiene que haber mucha cantidad de hierro.

2) El aumento de la presión hidrostática genera también liberación de melanina. Por eso en el tercio inferior de la pierna podemos tener pigmentación hipertrófica por hierro pero se agrega la melanina, y ese es el problema porque la melanina es difícil que se vaya. Hay varios factores que ayudan a que la pigmentación aumente. Uno es que haya una vasodilatación.

Cualquier elemento que vasodilate el vaso y que genere una mayor diapédesis de glóbulos rojos va a ser causal de este tipo de cosas. También puede ocurrir que el paciente esté haciendo un tratamiento antianémico por una anemia ferropénica y entonces el hierro que está tomando ha captado la transferrina, tiene una dificultad en el transporte, porque no puede sacar el hierro de la zona donde está. La escleroterapia, al generar una mayor inflamación, produce un mayor pasaje.

Entonces, todo elemento que genere una flebitis importante o una periflebitis, va a aumentar el factor de pigmentación. El vendaje no es ajeno a él, es fundamental en evitar la pigmentación. El motivo de la pigmentación post escleroterápica, es el exceso de inflamación o el aumento de la trombosis, que genera un pasaje aumentado de glóbulos rojos.

Dr. Impemba.- El resto es el tema de los problemas de la técnica, exceso de concentración de droga, exceso de presión al inyectar, y hay también un detalle que es muy importante, y es la falta de compresión al retirar y comprimir inmediatamente. Hay otro dato, que es

que los algodones, la gasa o la torunda que nosotros coloquemos deben estar absolutamente secos, sobre todo no debe estar embebida en alcohol porque eso va a contribuir a la pigmentación de la piel después de que eso queda unas horas colocado en el lugar.

El motivo de la pigmentación post escleroterapia incluye elementos inherentes a la piel del paciente, a la relación médico-paciente, al cumplimiento de las indicaciones del médico por el paciente y a problemas de la técnica inherentes al colega que la desarrolló.

Opciones a votar:

Tema: ¿Cuál es el motivo de la pigmentación post escleroterapia?

1. Fototipo; relación médico-paciente; técnica; cumplimiento de indicaciones
2. Por acumulación extravascular de hemosiderina y/o el proceso inflamatorio que puede provocar depósito de melanina
3. 1 y 2 son posibles
4. Abstención

PRIMER CONSENSO ARGENTINO DE ESCLEROTERAPIA

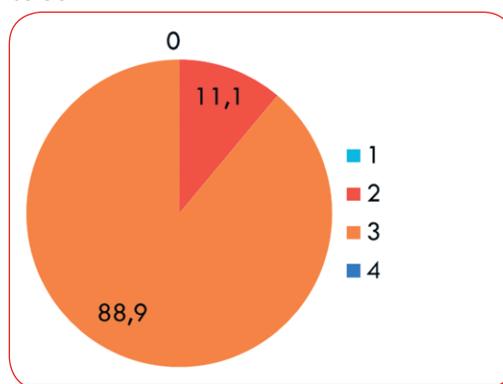
Resultado de la votación: 1) 0%; 2) 11,1%, 3) **88,9%**, 4) 0%. El consenso alcanzado es de **NIVEL I** generalizado, hay una firme recomendación o indicación. (Gráfico 36)

La conclusión respecto del tema: “¿Cuál es el motivo de la pigmentación post escleroterapia?” es:

“Fototipo; relación médico-paciente; técnica; incumplimiento de indicaciones.”

Generalmente, por acumulación extravascular de hemosiderina y/o el proceso inflamatorio que puede provocar depósito de melanina”.

Gráfico 36



TRATAMIENTOS PARA LA PERIFLEBITIS Y FLOGOSIS (DRENAJE, AINE, HIELO, CORTICOIDES, FLEBOTÓNICOS).

Opciones a votar:

Tema: Tratamientos para la periflebitis y flogosis (drenaje, aine, hielo, corticoides, flebotónicos)

1. Punción "signo de rocío" desde 48 hs hasta 25 días si fuera necesario. Flebotónicos; antihistamínicos; frío.
2. Trombectomía mas aines. Pequeños vasos tratamiento médico, frío local. heparina en gel como antiinflamatorio y analgésico local; y uso de venda elástica. Suma el vendaje como tratamiento de periflebitis.
3. Abstención

PRIMER CONSENSO ARGENTINO DE ESCLEROTERAPIA

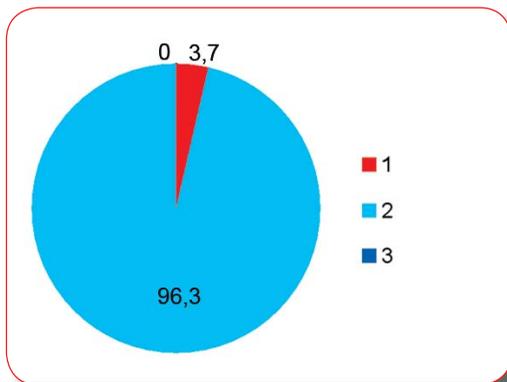
Resultado de la votación: 1) 3,7%; 2) **96,3%**, 3) 0%. El consesno alcanzado es de **NIVEL I** generalizado, hay una firme recomendación o indicación. (Gráfico 37)

La conclusión respecto del tema: "Tratamientos para la periflebitis y flogosis (drenaje, aine, hielo, corticoides, flebotónicos)" es:

"Corticoides y/o trombectomía más aines y/o frío local".

"Heparina en gel como antiinflamatorio y analgésico y elastocompresión".

Gráfico 37



¿QUÉ CONDUCTA USTED TOMA ANTE LA INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA ESCLEROSANTE QUE PASA FUERA DEL VASO?

Opciones a votar:

Tema: ¿Qué conducta Ud. toma ante la infiltración de sustancia esclerosante fuera del vaso?

1. En vasos pequeños cuando se pone blanco inyecta: aminofilina, heparina y corticoides. En vasos grandes inyección de corticoides local
2. Baja concentración de esclerosante: inyección local de solución fisiológica. Mayor concentración de esclerosante inyección local de corticoides. Sumado el masaje local.
3. Múltiples punciones para evacuar con aguja 27G y luego corticoides
4. Pomada de nitroglicerina
5. Todas son correctas
6. Abstención

PRIMER CONSENSO ARGENTINO DE ESCLEROTERAPIA

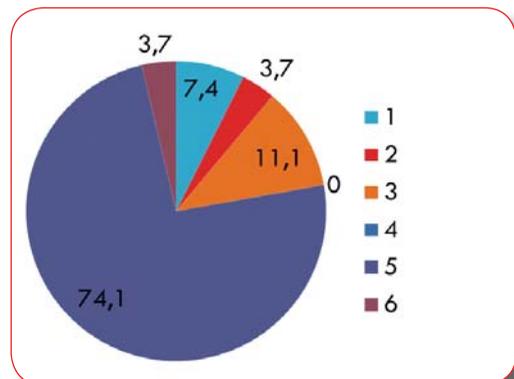
Resultado de la votación: 1) 7,4%; 2) 3,7%; 3) 11,1%; 4) 0%; 5) **74,1%** y 6) 3,7%. El consesno alcanzado es de **NIVEL II** mayoritario, método aconsejable. (Gráfico 38)

La conclusión respecto del tema: "¿Qué conducta usted toma ante la infiltración de sustancia esclerosante que pasa fuera del vaso?" es:

"En vasos pequeños cuando se sospecha isquemia local dérmica y/o sustancia esclerosante fuera del vaso: se inyecta aminofilina, heparina y corticoides, y/o pomada de nitroglicerina".

"En grandes vasos, inyección local de corticoides. Cuando se usa baja concentración de esclerosante se realiza también inyección local de solución fisiológica. Si se usan esclerosantes de mayor concentración sumado al masaje local, múltiples punciones para evacuar con aguja 27G, corticoides locales, masaje local".

Gráfico 38





CAPÍTULO VIII

ASPECTOS LEGALES y

CONCLUSIONES

ASPECTOS LEGALES y CONCLUSIONES

Octava sesión aspectos legales y conclusiones

PREGUNTAS DE COINCIDENCIA

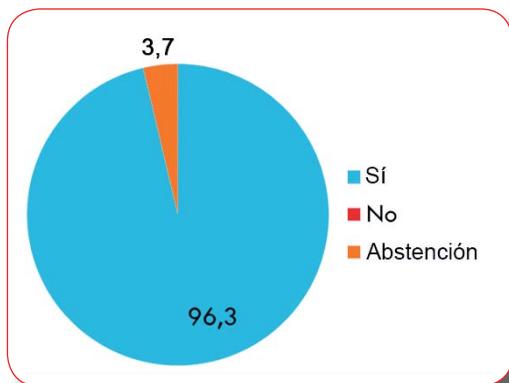
PARA LA REALIZACIÓN DE LA ESCLEROTERAPIA ES CONVENIENTE UNA CAPACITACIÓN FLEBOLÓGICA YA SEA EN CURSOS DE POSGRADO, INSTITUCIONES MÉDICAS CON SERVICIOS DE FLEBOLOGÍA, REUNIONES CIENTÍFICAS, JORNADAS O CONGRESOS DE LAS SOCIEDADES FLEBOLÓGICAS, ETC.

Resultado de la votación: Sí **96,3%**. El Consenso alcanzado es de **NIVEL I** generalizado, hay una firme recomendación o indicación. (Gráfico 39)

La conclusión respecto del tema: “Para la realización de la escleroterapia es conveniente una capacitación flebológica ya sea en cursos de posgrado, instituciones médicas con servicios de flebología, reuniones científicas, jornadas o congresos de las sociedades flebológicas, etc” es:

“Para la realización de la escleroterapia es imprescindible la capacitación flebológica en cursos de posgrado y servicios de flebología, y participar en los eventos científicos de la especialidad. Capacitación flebológica avalada por los distintos estamentos reconocidos y desarrollarse activamente en la especialidad”.

Gráfico 39



PREGUNTAS DE DEBATE

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Dr. Pedrazzoli.- Entonces, para fijar postura, señalo la necesidad de que como Sociedad nos comprometamos a elaborar un consentimiento informado en común para que todos los escleroterapeutas aunemos criterios y podamos utilizar el mismo, siempre teniendo el aval y respaldo de una institución mayor, llamémosle Sociedad Argentina de Flebología y Linfología, que está de huésped o filial en la Asociación Médica Argentina.

Dr. Andoniades: Es un tema jurídico, judicial, por lo tanto entrevisté a dos fiscales y a dos jueces, uno y uno del fuero civil y uno y uno del fuero penal. “Ante todo, dejar establecido que el modelo único tipo formulario genérico de consentimiento informado no es el adecuado. Para cada práctica, sea quirúrgica o no, debe haber un modelo particular para cada una, detallando el procedimiento, sus posibles resultados y sus posibles complicaciones.

“Asimismo la ley no contempla ninguna práctica prohibida -léase aborto, ligadura de trompas o eutanasia-, aunque se tenga el consentimiento escrito del paciente y dos o tres testigos.

“Así el consentimiento informado no tiene validez en relación a los hechos ilícitos que puedan ocurrir y generar algún tipo de lesión y/o muerte del paciente por imprudencia, negligencia o impericia, y el profesional deberá asumir el hecho culposo en forma civil y penal.

“La ley tiene en cuenta que en medicina, por tratarse de una ciencia biológica no exacta, pueden ocurrir contingencias o accidentes fortuitos o inesperados, y además no siempre obtener los resultados esperados, tanto por el médico como por el paciente. Por eso se dice jurídicamente que se trata de una obligación de medios y no de resultado.

“Para esto el consentimiento informado sí es importante, porque puede evitar una demanda por incum-

plimiento de las obligaciones en sede civil o incluso una denuncia por defraudación y estafa en sede penal.

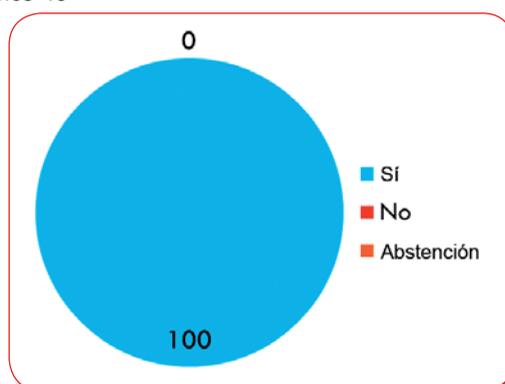
El concepto sería que si vamos a emitir un consentimiento informado deben constar todas las complicaciones o efectos esperados, como dijimos antes, o efectos adversos o reacciones secundarias que el tratamiento puede llegar a desencadenar

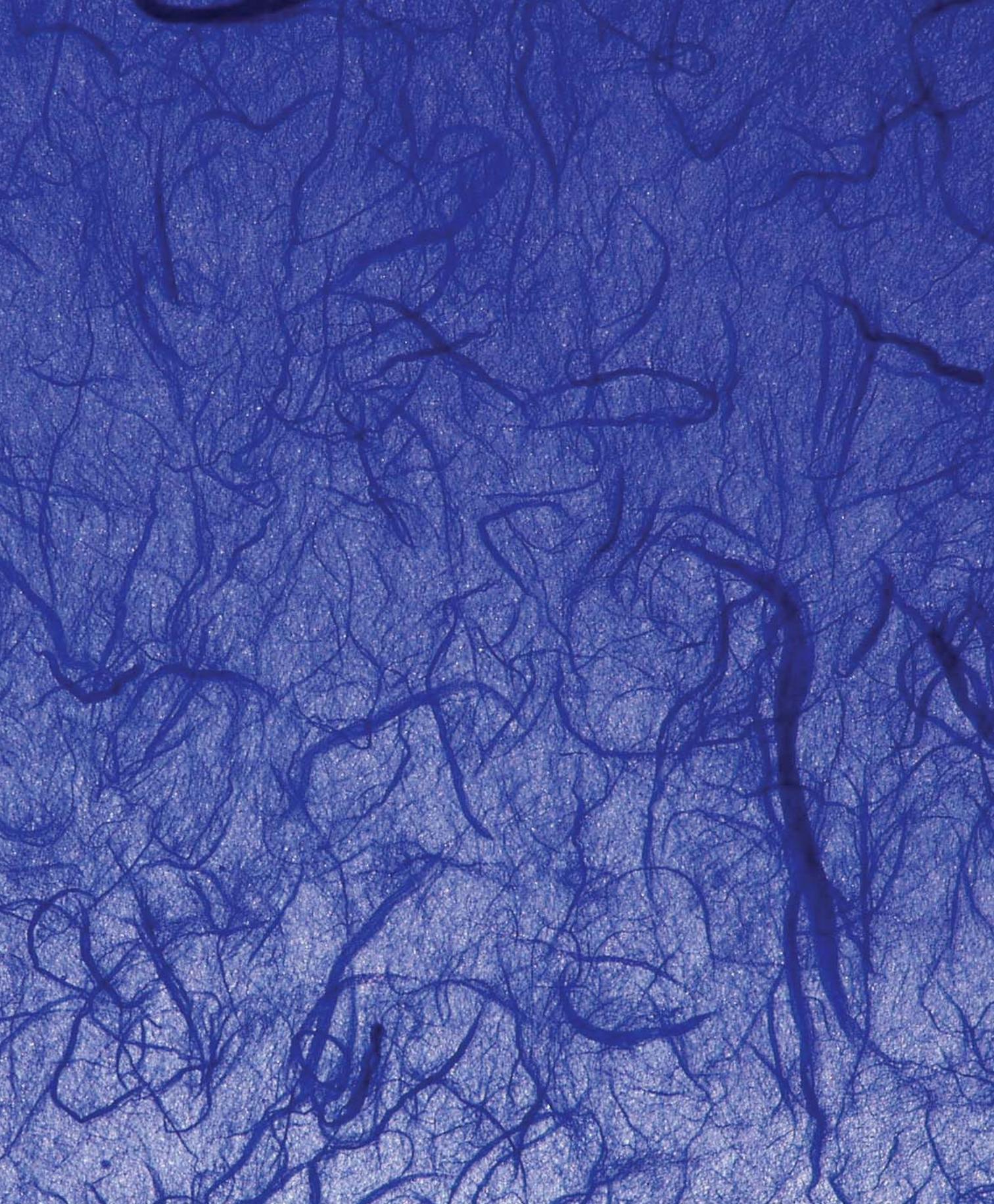
Resultado de la votación: Sí **100%**. El Consenso alcanzado es de **NIVEL I** generalizado, hay una firme recomendación o indicación. (Gráfico 40)

La conclusión respecto del tema: “Consentimiento informado” es:

“Se indica a la Sociedad Argentina de Flebología y Linfología la elaboración del consentimiento informado”.

Gráfico 40





NAYART
PRODUCCIONES

ISBN 978-987-21801-6-4



9 789872 180164