

## TRATAMIENTO ENDOVENOSO DE LAS VARICES DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES. ENDOABLACIÓN TÉRMICA POR RADIOFRECUENCIA Y CIERRE ENDOLUMINAL MEDIANTE CIANOACRILATO.

### [Enlace al texto completo](#)

**Introducción:** La enfermedad venosa crónica (EVC) se define como cualquier trastorno funcional o morfológico del sistema venoso de larga duración que se manifiesta con síntomas y/o signos. La presentación clínica de la EVC es variable, caracterizada por diversos síntomas como pesadez, cansancio, prurito en la piel, calambres nocturnos, palpitations y dolor en extremidades inferiores. Estos síntomas suelen interferir con las actividades de la vida diaria y el trabajo, reduciendo la calidad de vida de los pacientes. En la clasificación CEAP (Clinical-Etiology-Anatomy-Pathophysiology) elaborada por la American Venous Forum (AVF), se incluye, bajo el término enfermedad venosa crónica (EVC), diversas alteraciones desde las telangiectasias hasta las úlceras venosas. El riesgo de EVC aumenta con la edad tanto en hombres como en mujeres, aunque en estas últimas el número de casos siempre es mayor a cualquier edad. Así, en los países del oeste de Europa, la probabilidad de EVC en el grupo de edad entre 18-34 años se situó en el 38.4% en mujeres y en el 14.3% en hombres, alcanzando el 84.0% y 66.0% respectivamente en pacientes >65 años. El manejo terapéutico de la EVC incluye el empleo de tratamiento médico adecuado, terapias endovenosas y procedimientos quirúrgicos, empleados en este orden cuando la anterior medida resulta ineficaz. En primer lugar, el tratamiento médico que incluye el empleo de elevación durante la noche, cuidado de la piel y heridas, uso de emolientes tópicos y medias de compresión, tiene como objetivo el alivio de los síntomas y prevenir la progresión de la enfermedad. Las técnicas endovenosas, donde las empleadas con mayor frecuencia son el cierre endoluminal con cianoacrilato (CA) y la endoablación térmica con radiofrecuencia (RFA) o láser (LA), producen la ablación de la vena afectada, a través de la inducción de una reacción trombo-inflamatoria que finalmente provoca la fibrosis y obliteración de la vena a tratar. La principal diferencia entre ellas es el empleo de anestesia tumescente en las dos últimas con el objetivo de minimizar el riesgo de daño del nervio safeno, dado que se tratan de técnicas térmicas. Finalmente, entre las técnicas quirúrgicas 10 Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t destaca la cirugía convencional que consiste en la ablación y ligadura de la vena varicosa que puede además extraerse o no (stripping). Esta se realiza bajo anestesia general y precisa de compresión del miembro tratado tras la intervención.

### **Objetivos:**

- Evaluar la seguridad y eficacia de la endoablación térmica por radiofrecuencia en el tratamiento de varices en comparación con otras técnicas endovenosas o cirugía.
- Evaluar la seguridad y eficacia del cierre endoluminal con cianoacrilato en el tratamiento de varices en comparación con otras técnicas endovenosas o cirugía.
- Analizar las perspectivas y preferencias de los pacientes de las técnicas endoluminales contempladas en el presente informe.

**Métodos:** Se diseñaron estrategias de búsqueda específicas para localizar estudios que valorasen la eficacia y seguridad del sellado endoluminal con CA y de la endoablación térmica con RFA, así como, las perspectivas y preferencias de los pacientes. Dichas estrategias fueron ejecutadas en

agosto de 2020 en las principales bases de datos de la literatura médica. Las principales características y resultados de los estudios incluidos fueron resumidos en tablas de evidencia. Para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios se utilizaron herramientas específicas según el tipo de estudio. Tanto la extracción de datos de los estudios, como la síntesis y valoración de la evidencia fue realizada por dos investigadores de forma independiente y ciega.

**Resultados y discusión:** De las diferentes búsquedas bibliográficas se han identificado 14 informes de evaluación, 28 revisiones sistemáticas, 26 estudios primarios y 21 estudios en marcha. Tras la lectura a texto completo, se han incluido 2 revisiones sistemáticas, 13 estudios primarios sobre seguridad y/o eficacia y 4 estudios en marcha. En cuanto a las revisiones sistemáticas, una de ellas evalúa la eficacia clínica del cierre endoluminal mediante CA, mientras que la otra se centra en la evaluación de la endoablación mediante RFA. De los estudios primarios incluidos, 2 evalúan el CA frente a la endoablación por LA, RFA o cirugía (con o sin stripping) y 9 comparan la RFA frente al LA o la cirugía (con o sin stripping). En cuanto a los estudios en marcha localizados, uno de ellos tiene como objetivo evaluar la eficacia del CA frente a la cirugía (con o sin stripping), mientras que el otro compara la RFA frente a la cirugía (con o sin stripping). De las diversas actualizaciones realizadas hasta la fecha de publicación del presente informe se ha localizado una revisión sistemática que, tras su lectura a texto completo, se ha descartado por no cumplir criterios de inclusión.

Finalmente, se han eliminado 63 estudios tanto, informes de evaluación, revisiones sistemáticas y/o metaanálisis y estudios primarios. Las principales causas de exclusión se deben al comparador empleado o a ser estudios sin grupo comparador y/o no aleatorizados. Según la evidencia revisada, a continuación, se resumen los principales resultados clínicos de las técnicas endoluminales evaluadas:

- Tanto el sellado con CA como la endoablación con RFA presentaron una tasa de oclusión 60-90%) y una supervivencia libre de recanalización (90%), evaluadas a largo plazo (36-60 meses) no inferior a las técnicas de comparación, RFA o LA en el primer caso y LA o cirugía en el segundo.
- Tampoco se reportaron diferencias significativas en la severidad clínica y la calidad de vida de los pacientes tratados con CA o RFA con respecto al grupo comparador (RFA o LA y LA o cirugía respectivamente) (hasta 60 meses), encontrándose en ambos grupos una mejoría respecto de los valores basales.
- Según la evidencia publicada, el sellado con CA o la endoablación con RFA no parecen estar asociadas a un incremento de la tasa de eventos adversos mayores (tromboembolismo pulmonar o trombosis venosa profunda) o menores (dolor, flebitis, equimosis, quiste, cicatriz, etc.). Tan solo en un ECA observó una mayor tasa de parestesias en los pacientes tratados con CA en comparación con LA en la primera semana de tratamiento (esta diferencia desaparece a los 3 meses). Otros eventos como el dolor, la induración o la equimosis fueron más frecuentes en pacientes tratados con LA en comparación con CA, pero estas diferencias fueron perioperatorias (1 semana) y desaparecieron a los 3 meses de seguimiento. Finalmente, solo en un ECA observó una menor tasa de laceraciones en pacientes tratados con RFA en comparación con cirugía y otro observó una diferencia marginalmente significativa en la frecuencia de hematomas en el muslo a favor de la RFA.
- Además, los estudios revisados recogieron que el tiempo del procedimiento del sellado con CA fue menor que el de las técnicas de endoablación térmicas (RFA o LA), mientras que, la recuperación e incorporación a las actividades diarias/trabajo del paciente tratado con CA fue

similar al grupo tratado con RFA, pero inferior al tratado con LA. Por otro lado, no se encontraron diferencias entre la RFA o LA con respecto a las variables mencionadas. Sin embargo, la evidencia parece apuntar que la endoablación mediante RFA presenta un menor tiempo de intervención y de recuperación del paciente que la cirugía de varices.

- Tres de los ECAs revisados observaron que el nivel de satisfacción de los pacientes tratados con CA o RFA se situó entre el 80-99%, y la mayoría de los pacientes expresaron su voluntad de reintervenirse en caso de ser necesario.

**Conclusiones y recomendaciones:** La evidencia publicada sobre la eficacia y seguridad parece apuntar a que tanto el sellado con CA como la endoablación por RFA no son inferiores a sus comparadores, es decir técnicas térmicas (RFA o LA) en el primer caso y LA o cirugía en el segundo. Aunque debe tenerse en cuenta que la falta de una recogida sistemática de los eventos adversos asociados a su uso puede haber sesgado los resultados mostrados en los estudios, reduciendo de este modo la consistencia de los mismos. La duración de la intervención con CA fue menor que las técnicas de endoablación térmicas (RFA o LA), y el tiempo de recuperación similar a la RFA, pero inferior al LA. Por otro lado, no se encontraron diferencias entre la endoablación RFA o LA con Tratamiento endovenoso de las varices de las extremidades inferiores 13 respecto a estas variables. Comparando con la cirugía de varices, la evidencia parece apuntar que la endoablación mediante RFA presenta un menor tiempo de intervención y de recuperación del paciente.