



O-308 - TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD VENOSA EXTENSA POR RADIOFRECUENCIA. ¿APORTA ALGUNA VENTAJA LA ANESTESIA REGIONAL EN RÉGIMEN DE CMA?

G. Morales Cuenca, F. Abadía Sánchez y J.A. Tortosa Serrano

Capio Hospital de Molina, Molina de Segura.

Resumen

Objetivos: Actualmente la ablación térmica en régimen de office-surgery bajo anestesia local (AL) es el gold standard para el tratamiento de varices. Pero en pacientes con enfermedad venosa extensa (bilateral, gran colateralidad), este abordaje mínimamente invasivo dificulta un tratamiento completo, obligando a tratamientos subsecuentes, lo cual además de consumir recursos, no siempre es del agrado de los pacientes. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de estos pacientes con enfermedad venosa extensa mediante ablación por radiofrecuencia (RF) asociada a flebectomía de colaterales en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA) bajo anestesia regional (AR) o mascarilla laríngea (ML) con intención de tratar toda la enfermedad varicosa en una única sesión.

Métodos: Estudio monocentro prospectivo. Entre 2011-2013, atendimos 1554 pacientes con varices por reflujo safeno (CEAP > 2). Por su bajo coste nuestra 1ª opción terapéutica fue la esclerosis con espuma ecodirigida, salvo en pacientes con enfermedad extensa, en los que realizamos un abordaje mas "completo" mediante RF + flebectomías en régimen de CMA bajo AR. Presentamos los resultados de 103 pacientes con enfermedad extensa (73% afectación bilateral, 77% diámetro safeno > 10 mm), que fueron sometidos a RF con catéter ClosureFast bajo AR (101 casos) o ML (2 casos). Simultáneamente a la RF realizamos flebectomías de Muller de colaterales > 3 mm y esclerosis con espuma de colaterales < 3 mm. Todos los pacientes fueron controlados ecográficamente en el 4º día postoperatorio, al 1º, 3º y 12º mes, y posteriormente una vez al año. Se valoraron las horas de ingreso CMA, el dolor (mediante escala analógica visual de 0 a 10, y por la necesidad de tomar analgésicos), los días de baja laboral, así como cualquier complicación postoperatoria, incluyendo las secundarias a la anestesia.

Resultados: No perdimos el seguimiento de ningún paciente. El número total de ejes safenos incompetentes tratados fue de 201, con una media de 2 (1-4) ejes/paciente. La duración media de la cirugía fue de 99 minutos (48-153). El número medio de flebectomías/paciente fue de 22,8 (0-45). Todos los pacientes fueron alta dentro de las 12 horas postoperatorias con una media 6,5 horas (4-12). No existió ninguna complicación operatoria. El dolor fue escaso con una puntuación media de 2 (1º día), y 1 (4º día). Sólo 28 pacientes (27%) requirieron analgesia después de 48 horas, y 25 pacientes (24%) no precisaron ningún analgésico. La duración media de la baja laboral fue de 2,5 días (rango 1-14). Las complicaciones fueron pigmentación cutánea (6%), flebitis (6%) y parestesias

(5%). No hubo complicaciones relacionadas con la anestesia. El seguimiento medio fue de 17,3 meses (3-39). La tasa de oclusión de los ejes safenos fue del 94% y la tasa de ejes libre de reflujo fue del 97%. 91 pacientes (88%) no han requerido tratamiento subsecuente.

Conclusiones: En pacientes con enfermedad venosa extensa el uso de AR en régimen de CMA, permite un tratamiento completo de la mayor parte de la enfermedad venosa mediante RF + flebectomías, en un solo acto quirúrgico, sin aumentar la morbilidad, ni la baja laboral, y sin necesidad de tratamientos subsecuentes.