

La cura CHIVA. Nuevas perspectivas en el tratamiento de las varices

M. Ruiz Mateas / F. Passolas Colmenero / E. Revuelta Rubiales / A. Gómez Ortega / M. C. Quesada Peinado / J. L. Martínez Muro / M. Medina Cuadros / M. del Olmo Escribano

Introducción

La cura CHIVA, cuyas siglas corresponden a Cura Hemodinámica de la Insuficiencia Venosa Ambulatoria, fue descrita por vez primera por el hemodinamista Dr. Claude Franceschi (1) (12) en 1988.

Desde junio de 1992 venimos practicando este método, que presenta además una serie de ventajas como son el bajo coste laboral y sanitario, ya que se realiza de forma ambulatoria con anestesia local, permitiendo conservar todo el capital venoso, consiguiendo así un mejor trofismo y la posibilidad de injertos autólogos si el paciente los necesitase en un futuro.

Independientemente de que la lesión parietal y valvular sea congénita y adquirida, esta trae como consecuencia unos desórdenes hemodinámicos, que impiden realizar correctamente la función de drenaje, en base a:

- a) La hipotonía parietal, que secuestra un volumen importante de sangre, produciendo un aumento de la presión hidrostática.
- b) La ineficacia de los juegos valvulares, que crea un volumen muerto circulante en un circuito cerrado durante la marcha (shunt veno-venoso).

El tratamiento se basará, pues, en la corrección

En este trabajo pretendemos mostrar las características de esta técnica, que fue descrita por el flebólogo y hemodinamista francés Claude Franceschi.

Este método está basado en mantener de forma continuada las pruebas de Trendelenburg y Perthes, fraccionando la columna de presión y rompiendo los shunts veno-venosos, que crean un verdadero volumen muerto circulante.

El estudio llevado a cabo en 29 pacientes, demuestra los buenos resultados obtenidos, así como las ventajas que el método reporta en relación con las técnicas tradicionales.

de estas dos alteraciones, por un lado, actuando sobre la presión hidrostática, fraccionando la columna de presión, y en segundo lugar, cerrando mediante ligaduras los shunts veno-venosos para impedir el círculo vicioso.

Esto es, al fin y al cabo, mantener de forma continua las pruebas de Trendelenburg y Perthes.

Material y método

Se ha procedido a realizar el análisis de 29 pacientes que han sido intervenidos de varices en MMII mediante esta técnica CHIVA, durante el periodo comprendido entre junio de 1992 y enero de 1993.

Para su estudio se clasificó a los pacientes según el sistema clínico propuesto por el Dr. Gubría (2) en el Congreso Nacional de Angiología y Cirugía Vasculard de La Coruña, celebrado en 1986 (tabla I).

Se incluyen los siguientes parámetros: edad, sexo, prevalencia de un miembro sobre otro, motivo de consulta, sintomatología clínica, complicaciones, reintervenciones y valoración, tanto estética como clínica. También se valoró el resultado de la presión venosa a nivel de la arteria tibial posterior del miembro afecto,

Palabras clave: Cura CHIVA

Fecha de recepción: 3-94

Tabla I. Clasificación clínica

	Subgrados
Grado I Aumento del relieve venoso	a) Discreto b) Intenso
Grado II Síntomas ortostáticos	a) Episódicos b) Permanentes
Grado III Sufrimiento cutáneo	a) Sin atrofia b) Con atrofia
Grado IV Úlcera flebotática	a) Superficial b) Profunda

antes y después de la intervención, mediante el método de Bartolo.

La técnica incluye dos partes, el marcaje y la intervención. El primero se realiza con Eco-Doppler o Doppler bidireccional (3, 4, 5), dibujando en el miembro con un lápiz indeleble, tanto la ubicación de la red venosa secundaria y terciaria, como las perforantes y el sentido de los flujos venosos (figura 1). Todo ello desemboca en una cartografía que nos indica el lu-



gar donde se deben realizar las ligaduras y secciones venosas (figura 2).

La intervención se llevará a cabo con anestesia local sin adrenalina, haciendo microincisiones de 3 a 4 mm y extrayendo la vena con una aguja de crochet, para proceder a su ligadura y sección. En los cayados la incisión será más amplia a fin de poder disecar bien el cayado de la safena interna, respetando las venas que confluyen en él (subcutánea abdominal, circunflejas y pudendas). En el trayecto de la vena safena interna, las ligaduras se efectuarán por debajo de las perforantes.

Las incisiones se cierran con seda o con Steri-treep, colocándole al paciente a continuación un vendaje compresivo o bien una media de compresión de 22 a 30 mm de Hg., que mantendrá durante dos a tres semanas, y recomendándole que camine desde el primer momento. Revisamos al paciente al 4.º, 10.º y a los dos meses de la intervención.

La sistemática preoperatoria consistió en un estudio de coagulación y hemograma, así como la profilaxis de enfermedad tromboembólica con heparina de bajo peso molecular, que se inicia el día anterior a la operación y se mantiene durante 6 días.

Resultados

Todos los pacientes incluidos en el estudio estaban entre los grados Ia y IIIa de la tabla clasificatoria, no existiendo ninguno que presentase úlcera flebotática.

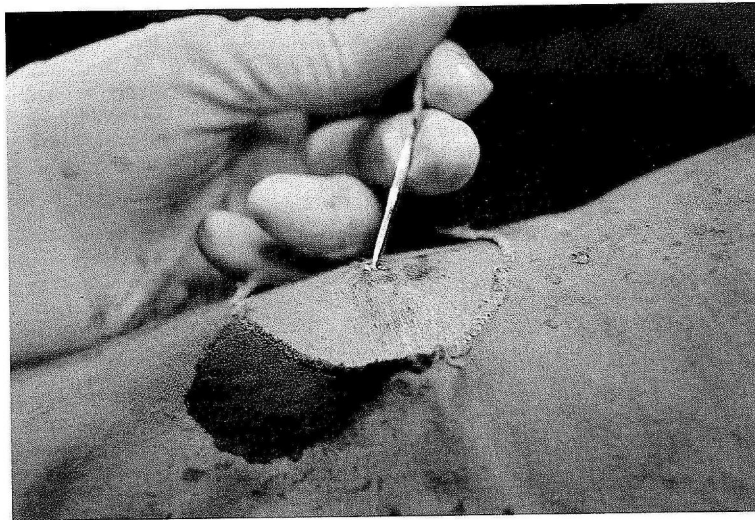
De los 29 pacientes intervenidos, 6 eran varones y 23 hembras.

Las edades oscilaban entre los 19 y los 66 años, siendo la edad media de 41 años.

El MID fue mayoritario en una proporción de 20/9.

En cuanto al motivo que llevó al paciente a consulta, se obtuvieron los siguientes resultados:

	Pacientes
Molestias	27 de los 29
Estética	8 de los 29
Prevención	10 de los 29



Con relación a la sintomatología clínica, se estudiaron los siguientes parámetros:

	Pacientes N.º	Representan %
Dolor	26 de los 29	89,6
Pesadez	27 de los 29	93,1
Calambres	16 de los 29	55,2
Prurito	15 de los 29	51,7
Parestesias	15 de los 29	51,7
Edemas	21 de los 29	72,4
Alteraciones tróficas	9 de los 29	31,0

Las complicaciones habidas durante el estudio han sido 7, distribuidas de la siguiente manera:

	Pacientes N.º	Representan %
Hemorragias	2 de los 29	6,9
Hematomas	1 de los 29	3,5

Tromboflebitis	2 de los 29	6,9
Infección	1 de los 29	3,5
Puntos exteriorizados	1 de los 29	3,5

El número de reintervenciones, entendidas éstas como el gesto de hacer una nueva ligadura en una vena varicosa que no había regresado, ha sido de 4, lo que representa el 13,8% del total de pacientes intervenidos. La valoración tanto estética como clínica la mostramos en las tablas II y III.

Tabla II. Valoración estética

		%
Mala	0	0,0
Regular	1	3,5
Buena	15	51,7
Muy buena	13	44,8
Total	29	100

Dado que uno de los principios fisiopatológicos en los que descansa la cura CHIVA es la disminución de la presión hidrostática, quisimos ver cómo quedaba ésta antes y después de la intervención.

El estudio se hizo sobre 16 de los 29 pacientes intervenidos, quedando los resultados como se muestran en las tablas IV y V, en los que se demuestra una evidente disminución de la presión venosa postoperatoria en todos los casos.

Tabla III. Valoración clínica

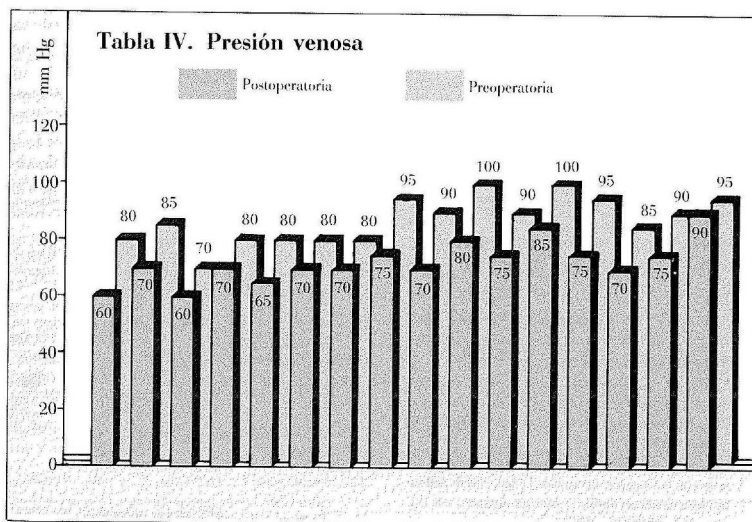
		%
Mala	0	0,0
Regular	2	6,9
Buena	17	58,6
Muy buena	10	34,5
Total	29	100

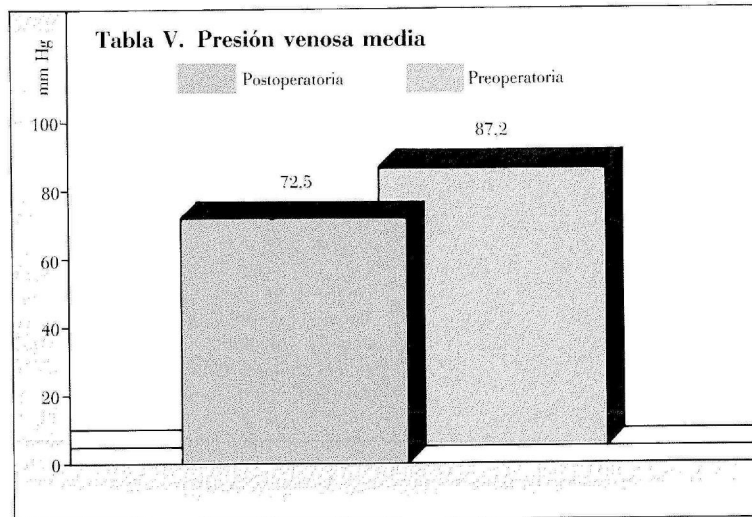
Para ello utilizamos el método de Bartolo (6, 7), que consiste en poner el manguito del esfigmomanómetro en el tercio inferior de la pierna y la sonda Doppler en la vena tibial posterior por detrás del maléolo interno, inflamos el manguito y tomamos la cuarta medición como el valor de la presión.

Conclusiones

Por todo lo anteriormente expuesto, creemos que la cura CHIVA se presenta como un método sencillo en su realización, cómodo para el paciente, de bajo coste socio-laboral y que desde el punto de vista médico presenta unas grandes ventajas al preservar el trayecto venoso indemne, lo que permite su uso en posibles injertos (8).

Nuestra experiencia es aún escasa, pero los primeros resultados obtenidos, junto con los de otros grupos (9, 10, 11) que vienen efectuándola desde más tiempo y con mayor casuística, nos anima a continuar practicándola sin menosprecio de las técnicas clásicas que seguimos efectuando. ◀





M. Ruiz Mateas, F. Passolas Colmenero, E. Revuelta Rubiales, A. Gómez Ortega, M. C. Quesada Peinado, J. L. Martínez Muro, M. Medina Cuadros, M. del Olmo Escribano.

Bibliografía

- FRANCESCHI, C.: *Théorie et Pratique de la Cure Conservative et Hemodynamique de l'Insuffisance Veineuse en Ambulatoire*. Editions de l'Amarçon. 1988. Précycous-Thil.
- ESTEVAN, J. M., y cols.: *Flebopatías. Qué hacer ante un problema vascular*. Edika-Med., S. L., 21-24, 1933.
- SCAGNO, C., y cols.: «Valutazione clinica delle flebopatie degli arti inferiori mediante ultrasonografia Doppler». *Minerva Médica*, vol. 79, N. 12, 1079-1083, 1988.
- ANNONI, F., y cols.: «La velocimetria Doppler venosa: dieci anni di evoluzione di un metodo». *Minerva Chirurgica*, vol. 45, n. 3-4, 123-129, 1990.
- LAWRENCE, M.; HANRAHAN, M. D., y cols.: «Evaluation of the perforating veins of the lower extremity using high resolution duplex imaging». *J. Cardiovasc Surg.*, 32, 87-97, 1991.
- SACCHI, F., y cols.: «Misurazione della pressione venosa con la Doppler sonografia: Utilità e limiti nell'intervento di safenectomias». *Chirurgia Italiana*, vol. 39, fase. 4.º, 410-414, 1987.
- BARTOLO, M.: «Non invasive venous pressure measurements in different venous diseases». *A new collection. Angiology*, 34, 717, 1983.
- MELLIERE, D., y cols.: «Nécessité de concilier les objectifs du traitement des varices et de la Chirurgie Artérielle». *Journal des Maladies Vasculaires*. Masson. 16, 171-178, 1991.
- QUINTANA, F.; CABOT, X.; PUIG, A.: «Cura CHIVA de las varices en las extremidades inferiores». *Angiología*, vol. XLV, n. 2, 64-67, 1993.
- MAESO, J., y cols.: «Tratamiento de las varices según el método CHIVA. Estudio preliminar». *XXXVIII Jornadas Angiológicas Españolas*, León, junio 1992.
- CABOT, X.: «Cura CHIVA de las varices en extremidades inferiores». *IV Reunión de Invierno de Cirugía Vascular. Comunicación*. Candanchú (Huesca), febrero 1992.
- FRANCESCHI, C.; QUINTANA, F., y cols.: *Workshop: Cura CHIVA de las varices a los ex.º*. Hospital del Parc Taulí de Sabadell. Sabadell, abril 1992.