



**Universidad  
Abierta  
Interamericana**

**METODO C.H.I.V.A. EN EL  
TRATAMIENTO DE LAS  
VARICES DE LOS MIEMBROS  
INFERIORES.**

**AUTOR : CAMOU, JUAN IGNACIO.**

**TUTOR : DR. CAMOU, ADALBERTO.**

FACULTAD DE MEDICINA  
DICIEMBRE 2002

## **INDICE.**

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
<i>Definición</i> .....	5
<i>Breve recuerdo anatómico</i> .....	6
<i>Sistema comunicante</i> .....	7
ETIOPATOGENIA.....	8
MATERIAL Y METODOS.....	11
RESULTADOS.....	16
DISCUSIÓN.....	20
CONCLUSIÓN.....	22
ANEXOS .....	24
BIBLIOGRAFÍA.....	27

## **RESUMEN**

**INTRODUCCION:** Debido al alto porcentaje de la patología varicosa de los miembros inferiores que sufre el ser humano y considerando que la safenectomía es usada desde 1901 con los resultados y recidivas por todos conocidos es que presentamos nuestra experiencia en el uso de la técnica C.H.I.V.A., basada en la columna de presión hidrostática y las imágenes aportadas por el eco-doppler, creada en París en 1988 por Francheschi.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se incluyeron 51 pacientes, realizando 84 procedimientos entre enero 1999 y julio 2000. Los pacientes fueron clasificados según los criterios CEAP. Se identificó en todos los casos las venas insuficientes y los “ puntos de fuga” mediante eco-doppler. Todos fueron operados mediante la técnica C.H.I.V.A. y medicados con aspirina 100-200mg/día (ticlopidina en caso de intolerancia) post-operatorio por 60 días. Los pacientes fueron evaluados clínicamente y mediante eco-doppler a los 3, 6, 12 y 18 meses.

**RESULTADOS:** Todos los pacientes se reincorporaron a sus actividades diarias en menos de 72 hs. Al cabo de 7 días todos los pacientes manifestaron ausencia total de síntomas. La composición estadística entre el grado de clasificación CEAP pre y post-operatoria reveló diferencias altamente significativas (prueba de significación de WILCOXON)  $P < 0.01$ . El eco-doppler reveló la remisión total de los trastornos anatómicos y hemodinámicos. Se presentaron 2 (2.38%) casos de trombosis post-operatoria. No hubo lesión del nervio safeno interno.

**CONCLUSIÓN:** Analizando los resultados, la técnica C.H.I.V.A. mejora los obtenidos por otras técnicas quirúrgicas en el tratamiento de la enfermedad varicosa, especialmente la tasa de complicaciones, el confort para el paciente y su reinserción laboral y social.

## **SUMMARY**

**INTRODUCTION:** Because of the great rate of humans being suffering of lower limbs varicose disease and considering that stripping has been performed since 1901 with results and recurrences everyone knows, is that we present our own experience in the use of C.H.I.V.A. technique, based on the hydrostatic pressure column and eco-doppler findings, created by Francheschi in 1988, París.

**MATERIAL Y METHODS:** 51 patients were included, 84 procedemets were performed between January 1999 and July 2000. All patients were classified by CEAP criteria. In all cases insufficiency venous and shunts were indentified by eco-doppler. Everyone were operated with C.H.I.V.A. technique and medicated with aspirin 100-200 mg/day (ticlopidin in case of intolerance) for 60 days after surgery. Patients were clinically evalueted and eco-doppler ultrasound were carried out at 3, 6, 12, y 18 months after operation.

**RESULTS:** All patients retook their diary activities in less than 72 hs. After 7 days, all showed total lack of symptoms. Estatistical composition between pre and post-surgery classification grades reveled high significant differences (WILCOXON's signification test)  $P < 0.01$ . Anatomic and hemodinamical total remition were reveled by eco-doppler. Two (2.38%) cases of post-surgery thrombosis were presented. There was no lesion of the internal saphene nervous.

**CONCLUSION:** Analyzing the results, it has been concluded that C.H.I.V.A. technique improves those results obtained by other surgical techniques in this pathology treatment, specially the complications rate, patients confort and work reincorporation.

## **INTRODUCCIÓN.**

Las várices de los miembros inferiores constituyen un epifenómeno de la Enfermedad Varicosa la que es definida como la enfermedad que afecta al sistema venoso de curso evolutivo con gran tendencia a la cronicidad. Este epifenómeno se constituye en la más común de las enfermedades vasculares periféricas, habiéndose estudiado su prevalencia en algunas regiones del globo; 29,6% en Europa y 20% en América Latina. En términos generales en los círculos flebológicos se presume que el 30% de la patología en el mundo, lo constituyen problemas venosos, y especialmente de los miembros inferiores.

A esto hay que agregar la gran variedad de complicaciones que presenta la Enfermedad Varicosa en su evolución . Si no son tratadas a tiempo las várices provocan trastornos tráficos dérmicos tales como hiperpigmentación en el trayecto venoso dilatado, eczema con intenso prurito denominado eczema varicoso, hipodermatitis, piel paquidérmica, ulceración y varicorragia. Por otro lado, las venas dilatadas son frecuentemente asiento de procesos inflamatorios de su pared; varicoflebitis y no raramente se produce coagulación intravascular: tromboflebitis superficiales y/o profundas, éstas últimas de gran peligrosidad por su migración y consecuentemente producción de embolismo pulmonar.

### *Definición*

Se denomina várice a la dilatación, elongamiento y tortuosidad de una vena, generalmente provocada y acompañada de insuficiencia valvular.

En su evolución van adoptando formas diferentes: así tenemos que en un inicio hay pequeñas dilataciones de las venas más delgadas a las que se denominan varículas.

Posteriormente se asiste al aumento de volumen de los troncos venosos superficiales importantes, produciéndose la forma de varices cilíndricas; otras veces en un periodo de mayor evolución asistimos a la formación de dilataciones saculares que constituyen verdaderos aneurismas y en un periodo de mayor cronicidad la vena varicosa se vuelve serpiginosa flexuosa al plegarse la vena sobre sí misma debido al gran aumento de su longitud.

En cada una de estas etapas, da origen a distintos grados de patologías y complicaciones.

### *Breve recuerdo anatómico*

El sistema venoso de retorno de los miembros inferiores consta de tres sistemas importantes: sistema venoso profundo; sistema venoso superficial y sistema venoso comunicante.

El sistema venoso profundo está formado por las venas tibiales anteriores, tibiales posteriores y peroneas; pares, que recogen el retorno venoso de la

pierna hasta formar un tronco común: el tronco tibioperoneo situado preferentemente a la altura de la escotadura interósea tibioperoneal; discurre con ese nombre hasta alcanzar la interlínea articular de la rodilla donde recibe el nombre de vena poplítea; esta vena recibe el aporte de la safena externa a través del cayado del mismo nombre y se llama poplítea hasta atravesar el anillo de Hunter donde recibe el nombre de vena femoral superficial. Como tal recorre la cara interna profunda del muslo; en el tercio superior del mismo recoge el concurso de la vena femoral profunda que drena los músculos del muslo y a nivel de la arcada inguinocrural recibe el aporte del gran tronco venoso superficial: la vena safena interna, a través de su cayado, dando origen a partir de esta unión a la vena femoral común, que al ingresar a la pelvis se denomina vena iliaca hasta que uniéndose a la similar del otro miembro van a formar la vena cava inferior.

El sistema venoso superficial está formado por dos grandes venas; la vena safena interna o safena magna y la vena safena externa, también llamada safena parva, safena posterior, safena menor. La safena interna nace en la vena dorsolateral interna del pie, discurre por delante del maleolo interno, cara interna de la pierna, cara lateral interna de la rodilla y luego cara interna del muslo para al llegar a la región inguinocrural, hacer una curva hacia adentro y atrás (cayado de la safena), perforar la fascia cribiforme formando el anillo de Allan Burns, también llamado ligamento

de Hey y desembocar en la vena femoral. En su trayecto recibe el aporte de otras venas superficiales tanto a nivel de la pierna como del muslo.

La vena safena externa nace en la vena dorsolateral externa del pie, discurre por detrás del maleolo externo, asciende por la cara posterior de la pierna y a 8-10 cm del maleolo, se hace subaponeurótica, sigue su ascenso por la línea media de la pierna y viene a desembocar en la vena Poplítea a nivel de la interlínea articular de la rodilla. En su trayecto recibe el aporte de otras venas superficiales y casi siempre se relaciona con la safena interna mediante una vena anastomótica también superficial (vena de Giacominni).

#### *Sistema comunicante*

Ambas venas safenas en todo su trayecto emiten ramas que atraviesan la aponeurosis y desembocan en las venas profundas de la pierna y el muslo, son las venas del sistema comunicante, de gran importancia en la fisiología del retorno venoso.

Los tres sistemas descritos, presentan en su pared interna válvulas bicúspides que coaptan perfectamente y son unidireccionales y como su nombre lo indica permiten el paso a través de ellas del flujo sanguíneo de retorno en forma centrípeta y evitan el reflujo distal al coaptarse. Su normalidad anatómica y funcional es una de las condiciones principales para un retorno venoso normal.

O sea, que el aparato valvular en los tres sistemas descriptos es fundamental para el paso de la sangre en un solo sentido: de la periferia hacia el corazón.

Hay otro grupo importante de venas superficiales, que naciendo en el tegumento discurren subcutáneamente y perforan la aponeurosis para drenar directamente al sistema venoso profundo a diferente altura del miembro inferior: es el sistema de las venas perforantes, de suma importancia en la etiología de la recidiva varicosa. Hay autores que opinan que las perforantes más grandes de los miembros inferiores son las venas safenas; forman pues, las perforantes menores a las safenas, también parte del sistema venoso superficial.

### *Etiopatogenia*

Se ha determinado que el sistema venoso profundo conduce el 90% del retorno y el sistema venoso superficial sólo el 10%. Este retorno se efectúa mediante la bomba muscular (contracción muscular que presiona las venas e impulsa la sangre hacia arriba) y el latido arterial que con el movimiento sisto-diastólico, presiona la vena produciendo el mismo efecto que la contracción muscular. Secundariamente actuaría la presión negativa intraabdominal.

Cabe consignar que un pequeño porcentaje del retorno venoso se realiza a través del sistema linfático que no interesa para el presente trabajo

Etiopatogénicamente se puede decir que cualquier incremento de presión en el sistema venoso profundo que se trasmite al sistema venoso superficial en sentido retrógrado venciendo la unidireccionalidad valvular, puede producir dilatación de las venas superficiales, llegando a hacerse varicosas.

Según la magnitud de la estasis y el tiempo de evolución, la insuficiencia venosa crónica puede ser clasificada en grados. La clasificación CEAP fue presentada por el American Venous Forum en Hawaii (1995) y tiene en cuenta los aspectos clínicos (**C**linic ), etiología (**E**tiology), la distribución anatómica (**A**natomy), y la disfunción fisiopatológica (**P**athology):

- GRADO 0 = ausencia de signos visibles o palpables de enfermedad venosa.
- GRADO 1 = telangiectasias ( dilatación intradérmica del complejo venoso subpapilar).
- GRADO 2 = várices.
- GRADO 3 = edema.
- GRADO 4 = hiperpigmentación, eccema venoso y lipodermatoesclerosis.
- GRADO 5 = úlceras cicatrizadas.
- GRADO 6 = úlceras activas, linfedema.

El tratamiento de las várices actualmente tiene una serie de connotaciones que se deben resaltar. Es una patología muy frecuente, inestética y evolutiva que no está exenta de complicaciones. Sigue siendo un problema sanitario que crea listas de espera importantes al tiempo que plantea un costo socioeconómico real.

Los tratamientos convencionales conocidos hasta la actualidad consisten en la extirpación de la red venosa superficial, que incluso efectuada correctamente, siguen dando recidivas.

La implantación de métodos de diagnósticos y exploración del sistema venoso como el eco-doppler, han supuesto una revolución para comprender mejor la hemodinámica venosa, para plantear la estrategia de tratamiento, implicarlos en él y finalmente para predecir la evolución del proceso varicoso tratado.

A finales de los años ochenta (1988), el doctor francés C. Francheschi (renombrado semiólogo de París, Francia) describió un tipo de tratamiento para curar las várices. Era mucho más armonioso que cualquier otro y evitaba someterse a una gran intervención. Denominado **Cura Hemodinámica de la Insuficiencia Venosa Ambulatoria (CHIVA)**, esta técnica tiene, a diferencia del stripping (arrancamiento de las venas), la finalidad de preservarlas al máximo para que continúen realizando su función de drenaje.

Los objetivos del C.H.I.V.A. son: el fraccionamiento de la columna de presión para disminuir la presión hidrostática, la interrupción de los shunts veno-venosos, la preservación de las perforantes de reentrada hacia un sistema venoso profundo continente. Para obtener resultados óptimos es preciso un adecuado funcionamiento de la bomba válvulo-muscular, y la indemnidad del sistema venoso profundo.

En el año 1991, un equipo de médicos comenzaron a aplicar la técnica CHIVA en Barcelona (España). Actualmente, este método se ha convertido en la técnica estándar para curar los problemas de las varices superficiales. La cura se realiza en un quirófano ambulatorio con anestesia local; las incisiones que se practican son de tan sólo 30 mm, por lo que dejan muy poca cicatriz; y el tiempo de convalecencia tras el tratamiento es prácticamente nulo. Todo esto basado en una estudio eco-doppler activo de los sistemas venosos.

El método CHIVA está indicado para todas las personas afectadas por el problema de las várices con integridad del sistema profundo. Por sus características, la técnica CHIVA estuvo especialmente pensada en un principio para personas que tenían que incorporarse rápidamente a la vida laboral; enfermos de edad avanzada o con un historial médico específico que no les permitía someterse a una operación con anestesia general; y todas aquellas personas a las que el método stripping les estaba contraindicado. Toda persona afectada de várices, que conserve

suficiente el sistema venoso profundo, es candidata a ser tratada con la técnica CHIVA. Actualmente se aplica a prácticamente toda la patología venosa superficial. Su única contraindicación formal es la imposibilidad de deambular.

Una vez seleccionado el paciente como candidato a someterse a la técnica CHIVA lo primero que hay que hacer es una estrategia de la intervención mediante un estudio de las piernas afectadas y un mapeo (Eco-Doppler con marcaje Chiva) de las varices (ver anexo 1). Esto permitirá realizar una cirugía utilizando anestesia local con el menor traumatismo, abordando las válvulas comprometidas. Las incisiones son de pequeño tamaño, guiado por el marcado mencionado. Una vez en el quirófano, el enfermo recibe anestesia local en las zonas donde el cirujano debe intervenir. La aplicación del método CHIVA tiene una duración de unos 30 a 45 minutos. El paciente sale por sus propios medios del quirófano, o sea que es totalmente ambulatorio. A partir de ese momento, al contrario que con el stripping, cuanto más se movilice el paciente, mejor. De esta manera se logra una rápida redistribución del sistema venoso de retorno, logrando así una inmediata mejoría de los síntomas. A las 48-72 horas de aplicar el método CHIVA, los médicos realizan la primera revisión. A los 5-7 días, se retiran todos los puntos de las pequeñas incisiones. Pasados 3 meses, se realiza una revisión que se repite al año de la intervención. La mejoría de los pacientes es rapidísima. Ya en los primeros días, desaparecen los síntomas de pesadez, picazón y dolor. A los tres meses,

ya casi no hay rastro de las várices. El 80 por ciento de los pacientes realiza vida normal desde el mismo día de la intervención. Además, la baja laboral se reduce a 2 ó 3 días y el índice de complicaciones es mínimo.

En España, actualmente, se cuenta con una experiencia de 7.000 intervenciones en diversos hospitales españoles. Entre otros, el hospital de Vall d'Hebrón y la clínica Corachán, de Barcelona; centros del sector público de la provincia de Valladolid; y hospitales del Grupo Recoletas en la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha, y últimamente de Madrid y Valencia.

Basado en esta experiencia europea se comenzó con la tarea de tratar los enfermos varicosos aplicando el método C.H.I.V.A.

### **MATERIAL Y METODOS.**

Se incluyeron 51 pacientes, realizando 84 procedimientos, intervenidos entre Enero del año 1999 y Julio del año 2000.

De la totalidad de los pacientes, 42 eran mujeres (82.35%) y 9 eran varones (17.65%). Los antecedentes de los pacientes se detallan en las tablas I y II.

<b>TABLA 1</b>		
<b>Cantidad de Embarazos</b>	<b>Pacientes</b>	<b>%</b>
0	14	27.45
1	7	17.72
2	13	25.49
3	11	21.56
4	6	11.76

<b>TABLA 2</b>		
<b>Antecedentes</b>	<b>Nro. de Ptes.</b>	<b>%</b>
ACO	14	V = 0
		M = 14
Consumo de Tabaco	7	V = 1
		M = 6
Sobrepeso	12	V = 6
		M = 6
Trabajo de pie (>8 hs./dia)	10	V = 3
		M = 7
Embarazos	37	V = 0
		M = 37

De la totalidad de los pacientes, 33 fueron intervenidos en forma bilateral (66 procedimientos = 78.57%), y 18 unilateralmente (21.43%). De éstos, 12 (66.66%) fueron de miembro inferior izquierdo y 6 (33.34%) correspondieron a miembro inferior derecho.

Todos los pacientes fueron evaluados en consultorio con las maniobras de Brodie-Trendelenburg y de Perthes, en los que se constataron insuficiencia venosa superficial, con indemnidad del sistema venoso profundo. Entre ellos, 43 pacientes (84.31%) presentaron perforantes y/o comunicantes insuficientes.

Clínicamente se diagnosticaron y clasificaron los pacientes según los criterios CEAP:

- 7 PACIENTES GRADO 1
- 28 PACIENTES GRADO 2
- 23 PACIENTES GRADO 3
- 3 PACIENTES GRADO 6

Dentro de este grupo de estudio no hubo pacientes correspondientes a los grados 4 y 5.

En todos los casos se confirmó la insuficiencia venosa superficial mediante Eco-Doppler Color, localizando los “puntos de fuga” y logrando la visualización de los cayados de ambas venas safenas, identificándose los casos de perforantes y/o comunicantes insuficientes y la suficiencia del sistema venoso profundo.

En 3 pacientes (1 varón) se objetivaron úlceras venosas en cara interna de la pierna afectada.

En todos los procedimientos, las venas de los miembros inferiores fueron cuidadosamente marcadas para identificar las zonas de shunt y determinar las venas a ligar o remover.

La cirugía C.H.I.V.A. fue realizada en todos los pacientes bajo anestesia local, con una duración aproximada de 60-90 minutos. A los pacientes se les indicó caminar en forma inmediata ( todos abandonaron el quirófano caminando por sus propios medios), y se retiraron de la institución en un lapso no mayor a 30 minutos.

Todos los pacientes fueron medicados con Acido Acetilsalicílico (Aspirina) 100-200 mgs/día durante 60 días. En caso de intolerancia se indicó Ticlopidina en dosis equivalentes.

En 20 procedimientos la cirugía C.H.I.V.A se complementó con la administración de esclerosantes.

A los pacientes se les solicitó que regresaran para una evaluación clínica-semiológica, y para control con Eco-Doppler Color a los 3, 6, 12 y 18 meses. Esta fue una condición excluyente para su inclusión en este trabajo.

## **RESULTADOS.**

No fueron registrados casos de mortalidad operatoria o por complicaciones post-operatorias.

La totalidad de los pacientes se reintegraron a sus actividades diarias y laborales dentro de las 72 horas de la operación.

En todos los casos, los pacientes manifestaron la ausencia total de síntomas al cabo de 7 días.

La clasificación clínica post-operatoria según los criterios CEAP aportó los datos consignados en la TABLA 3.

<b><i>TABLA 3 Evolución según clasificación CEAP</i></b>		
<b><i>Iniciales</i></b>	<b>Clasificación Pre-operatoria</b>	<b>Clasificación Post-operatoria</b>
<i>GA</i>	1	0
<i>CO</i>	2	0
<i>LM</i>	2	0
<i>VA</i>	6	0
<i>BC</i>	2	0
<i>AT</i>	2	0
<i>FE</i>	3	0
<i>RA</i>	2	0

<i>MM</i>	3	0
<i>CA</i>	1	0
<i>CR</i>	3	1
<i>BG</i>	3	0
<i>CS</i>	2	0
<i>RM</i>	1	0
<i>GE</i>	3	0
<i>LR</i>	3	0
<i>PL</i>	3	1
<i>RN</i>	3	1
<i>SR</i>	3	0
<i>HA</i>	2	0
<i>FA</i>	2	0
<i>HJ</i>	3	0
<i>EV</i>	3	1
<i>OG</i>	3	1
<i>AM</i>	3	0
<i>SR</i>	3	0
<i>MR</i>	2	0
<i>DC</i>	3	0
<i>PM</i>	6	0
<i>EB</i>	2	0
<i>LP</i>	3	0
<i>MB</i>	2	0
<i>AG</i>	3	0
<i>CM</i>	3	0
<i>BB</i>	2	0

<i>LC</i>	2	0
<i>CL</i>	3	0
<i>MN</i>	3	0
<i>EC</i>	2	0
<i>EE</i>	6	2
<i>DM</i>	3	0
<i>JP</i>	2	0
<i>NB</i>	3	1
<i>GS</i>	3	0
<i>LC</i>	2	0
<i>CT</i>	1	0
<i>FP</i>	2	0
<i>VP</i>	1	0
<i>SM</i>	1	0
<i>VA</i>	1	0
<i>AL</i>	2	0

La composición estadística entre el grado de clasificación CEAP, pre y post-operatoria reveló diferencias altamente significativas (prueba de significación de WILCOXON)  $P < 0.01$ .

Se verificó mediante el estudio Eco-Doppler Color la remisión total de los trastornos anatómicos ( dilatación, tortuosidad, etc ) y hemodinámicos (reflujo) de las venas safenas interna y externa en un lapso no mayor de 3 meses.

Se presentaron 2 casos ( 2.38%) de trombosis post-operatoria que resolvieron bajo tratamiento médico (antiagregantes plaquetarios) en el término de 15 días sin secuelas y un caso de recidiva representado por la aparición de un cavernoma venoso debido a muñon safeno interno remanente largo.

Cabe destacar que en ninguno de los 84 procedimientos realizados se produjo daño del nervio safeno interno, responsable de la aparición de parestesias residuales.

Estas fueron las mayores complicaciones, las cuales se detallan en el cuadro 4.

<b>TABLA 4</b>		
<b>Complicaciones</b>	<b>Nro. de Ptes.</b>	<b>%</b>
Recidivas	1	1.96
Inflam. de herida quirúrgica	18	35.29
Parestesias	0	0
Aparición de telangiectasias	6	11.76
Trombosis	2	2.38
Dolor POP (< 24hs. de duración)	21	41.17

## **DISCUSIÓN.**

Sin duda, desde la aparición del eco-doppler que permitió el estudio activo de los sistemas arteriales y venosos, se comenzó a prestarle atención a la función de las válvulas en las venas de los miembros, especialmente desde el punto de vista hidrostático ( en este caso hemodinámico) y su repercusión en la fisiología del sistema venoso de los miembros inferiores.

Basado en este principio físico, fue que se revolucionó la fisiopatología de las várices, creándose conceptos no tenidos en cuenta antes de 1988.

Siendo esta enfermedad de gran repercusión, tanto desde el punto de vista laboral como social, y que conlleva costos económicos considerables, se estudiaron los reportes que figuran en nuestra bibliografía lo que llevó a realizar la propia experiencia.

Históricamente, uno de los argumentos que utilizan comúnmente algunos detractores de éste método, es que las várices tienen como causa una enfermedad de la pared venosa, y por consiguiente las venas deben ser extirpadas. Ante este hecho cabe exponer tres consideraciones: en primer lugar las várices no se desarrollan sin la concurrencia de un factor

hemodinámico. Es más, la supresión de dicho factor anula las dilataciones varicosas ( al elevar la extremidad del paciente varicoso las várices desaparecen ).

Segundo, la “ enfermedad parietal ” estaría presente en todas las venas, incluídas aquellas que no presentan clínica, por ejemplo una extremidad contralateral sana.

¿ Justificaría ello la extirpación masiva de las mismas? Obviamente la respuesta es no, si no tienen clínica. Ahora bien, si actuando sobre el componente hemodinámico podemos solucionar el problema clínico, ¿por qué deben extirparse dichas venas?

En tercer lugar, como ha demostrado Calliard, sorprende que una vez conseguido un drenaje adecuado de la safena insuficiente se produce no sólo una involución del calibre de la misma, sino también una normalización ecográfica de la estructura de la pared.

Considero que estos conceptos son fundamentales para la realización de esta terapéutica en el tratamiento de las várices superficiales. Los resultados obtenidos hasta el momento son altamente satisfactorios. Sólo falta dejar transcurrir mayor período de tiempo, ya que el método es muy moderno y no tiene más de cuatro años de desarrollo en nuestro país.

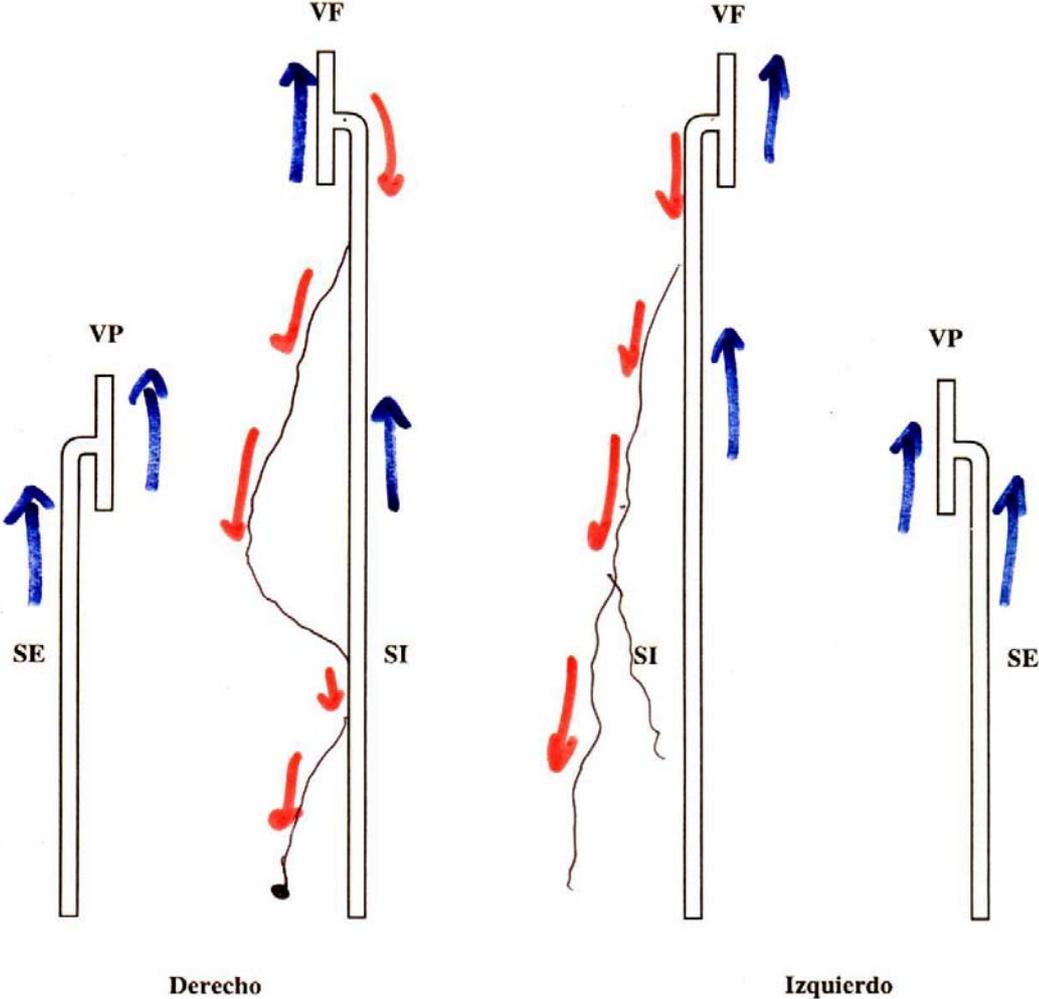
## **CONCLUSIÓN.**

Analizando los resultados aportados por este estudio, se puede decir que el método C.H.I.V.A. para el tratamiento de las várices de miembro inferior por insuficiencia del sistema venoso superficial es, hoy en día, el tratamiento de elección, considerando sus ventajas sobre otros métodos:

- 1.** Preservación de la red venosa superficial por sí misma o para la utilización como injerto autólogo.
- 2.** Preservación de filetes nerviosos y vasos o ganglios linfáticos que son arrancados por el Stripping (Safenectomía), evitando así parestesias post-operatorias.
- 3.** Confort para el paciente (anestesia local y en ambulatorio)
- 4.** Reinserción social y laboral inmediata (48 hs.)
- 5.** Ausencia de complicaciones derivadas de la anestesia e internación.
- 6.** Costo más económico que la cirugía tradicional.
- 7.** 99 % de curación o mejoría sustancial, 1 % de fracasos.
- 8.** Menor porcentaje de recidivas con respecto a la safenectomía tradicional

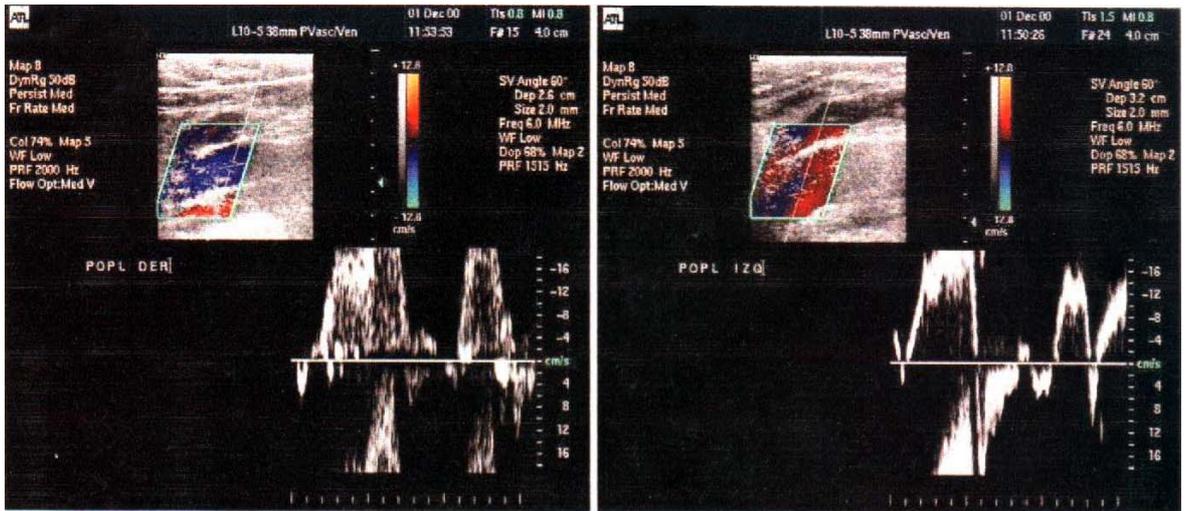
## **ANEXOS**

**DOPPLER: CARTA HEMODINÁMICA SISTEMA VENOSO M.M.I.I.**



**Azul: Suficiente**  
**Rojo: Insuficiente**  
**Verde: Insuficiente leve**

## ECO-DOPPLER VENOSO M.M.I.I.



## **BIBLIOGRAFÍA.**

- FRANCESCHI C., : Theorie et pratique de la Cure Conservatrice Hemodynamique de l'insuffisance veineuse en ambulatoire. Precy sur Thill . Ed. Amancon 1988.
- BAHNINI A., BAILLY M., CHICHE L., FRANCESCHI C.,:Cure Hemodynamique de l'insuffisance veineuse en ambulatoire: technique, resultats. Chirurgie des veines des membres inferieurs. Editions AERCV, París 1996, pp. 167-181.
- M.J.BAILLY – Cartographie C.H.I.V.A. – Encycl. Med. Chir. (Paris-France), Techniques chirugicales – Chirurgie vasculaire, 43-161-B, 1995, 4p.
- CAPPELLI M., GENOVESE G., : Analisi critica dei risultati C.H.I.V.A. a tre anni. Tai del X Congresso Nazionale della Societa Italiana di Flebologia. Numana (AN), settembre 1995.
- ESCRIBANO J. : Cambios en la cartografia venosa post- C.H.I.V.A.. Paraná, Argentina, 1998.
- QUINTANA F., CABOT X., PUIG A.: Cura C.H.I.V.A. de las várices en las extremidades inferiores. Angiología 1993; 45 (2) : 64.
- Jordi Maeso Lebrun: Método C.H.I.V.A. para el tratamiento de las várices en las extremidades inferiores. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular Hospital General de la Vall d'Hebron. Pg Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona.

- CAPPELI M., MOLINO LOVA R., ET AL. Comparación entre cure C.H.I.V.A. et stripping dans le traitement des veins variqueuses des membres inférieurs, J. MAL. VACS 1996; 21:40- 46.
- MAESO J., JUAN J., ESCRIBANO JM., ALLEGUE N., GONZALEZ E., DI MATTEO A., MATAS M.,: C.H.I.V.A. vs Stripping: Resultados comparativos a tres años. 4 Congrès du College de Chirurgie Vasculaire Francaise. París, Mayo 1999.
- VIN F., CHILEIR F.. Classifications echo-doppler des recidives variqueuses post operatories du territoire saphene interne. Press Med 1998; 27: 148-52.
- GILLET JI., PERRIN M., HILTBRAND B., BAYON JM., GOBIN JP.,CALVIGNAC JL., GROSSETETE C.,: Pre and Post operative contribution of doppler ultrasonography in superficial venous surgery of the popliteal fossa. J MAL. VASC. 1997 Dec 22.5 330-5.
- KIM J., RICHARDS S., KENT PJ., Clinical examination of varicose veins. A validation study. Ann R Coll Surg Engl 2000 May; 82 (3) : 171-5.
- RESWORD NFW., LAMBERT D., Patterns of reflux in recurrent varicose veins assesed by duplex scanning. Br J Surg 1994,81: 1450-1
- ZAMBINI P., MARCELLINO MG., CAPPELLI M., FEO CV., BRESADOLA V., VASQUEZ G., LIBONI A.,: Saphenous vein sparing

surgery. Principles, techniques and results. J. Cardiovasc. Surg. Apr 1998, 39(2) 151-62.

- CALLIARD P., MASSONEAU M., MOMEN X., y col. : Epaisseur intima-média et diamètre de la veine saphène interne au cours de l'insuffisance veineuse par mesures échotomographiques automatiques. Phlébologie, 1997;50 (2): 173-179.

EN INTERNET:

[WWW.todovarices.com/curachiva.html](http://WWW.todovarices.com/curachiva.html)

[WWW.chiva-methode.de/klin\\_ergebn\\_strip\\_vs\\_chiva.html](http://WWW.chiva-methode.de/klin_ergebn_strip_vs_chiva.html)

[WWW.angioclinic.de/therapie/chiva\\_literatur.html](http://WWW.angioclinic.de/therapie/chiva_literatur.html)

[WWW.worldmedical-clinic.com/france/articles/clerget/varices.html](http://WWW.worldmedical-clinic.com/france/articles/clerget/varices.html)

[WWW.medibio.i./articoli/archivio\\_articoli/MBSEND03\\_06pdf-](http://WWW.medibio.i./articoli/archivio_articoli/MBSEND03_06pdf-)

[WWW.vasculaire.com/college/bibliograph.htm](http://WWW.vasculaire.com/college/bibliograph.htm)

[WWW.herkules.oulu.fi/isbn9514267230/html/i635039.html](http://WWW.herkules.oulu.fi/isbn9514267230/html/i635039.html)

