

Comunicaciones

PRIMERA SESIÓN
JUEVES 24 - 9.00 H

Cocultivo de células endoteliales arteriales y venosas: características y viabilidad

G. PASCUAL, C. CORRALES, M.J. GIMENO, C. ESCUDERO, J.M. BELLÓN, J. BUJÁN

Facultad de Medicina. Departamento de Ciencias Morfológicas y Cirugía. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares, Madrid.

Introducción. El restablecimiento de la monocapa endotelial tras procesos de criopreservación vascular parece ser un factor determinante en la viabilidad postimplante del injerto. Se ha diseñado un modelo *in vitro* para estudiar las interacciones entre células endoteliales de diferente estirpe (arteriales y venosas) y los efectos que produce su cocultivo. **Pacientes y métodos.** Se utilizaron venas yugulares y arterias ilíacas de Mini-Pig para la obtención de células endoteliales, mediante tratamiento con el 0,1% de colagenasa tipo I. Las células endoteliales venosas se marcaron fluorescentemente con PKH-26 (Sigma Chemical Company, St. Louis, MO). Se realizaron cocultivos de ambas estirpes celulares durante 24 h, 48 h y cuatro días, para comprobar su comportamiento *in vitro*. Se estudió el índice de proliferación mediante la incorporación de 3H-Timidina (1 mCi/mL) al medio de cultivo celular. Se analizaron las uniones intercelulares tipo PECAM1 (CD31) mediante estudios inmunohistoquímicos. **Resultados.** En condiciones de cocultivo se pudo comprobar que el establecimiento de uniones intercelulares tipo PECAM-1, entre células endoteliales venosas (PKH26+) y arteriales, se encontraba perfectamente constituido. En los primeros tiempos de estudio se podía observar cómo el crecimiento de ambas estirpes celulares se realizaba a modo de colonias, cambiando esta distribución a un modo más aleatorio a medida que el cultivo se expansionaba. A los cuatro días se pudieron observar grandes áreas en multiestrato, que no se visualizaban

cuando los cultivos celulares se realizaban individualmente. No se encontraron diferencias significativas en el índice de proliferación de CEV y CEA, cuando se cultivaban por separado. El marcaje fluorescente con PKH26 no afectaba la proliferación de las mismas. Las condiciones de cocultivo no producían diferencias significativas en el índice general de proliferación de los cultivos por separado. **Conclusiones.** El cocultivo de células endoteliales arteriales y venosas ha mostrado que ambas estirpes celulares pueden crecer en multicapa, manteniendo uniones PECAM-1 normales entre ellas. No se produce inhibición de la proliferación de ninguna de las dos estirpes celulares cuando éstas crecen en cocultivo.

Estudio genotípico y fenotípico de interleucina-6 (IL-6) en el tromboembolismo venoso (TEV)

A.J. GONZÁLEZ-ORDÓÑEZ^a, J.M. FERNÁNDEZ-CARREIRA^a, R. VENTA^a, M.G. PELIZ^a, A. ARIAS^a, M. MORÁN-ALCALÁ^a, M.V. ÁLVAREZ^b, J. FERNÁNDEZ-ÁLVAREZ^c

^a Servicios de Hematología, Investigación, Bioquímica y Medicina Interna. Hospital San Agustín. Avilés. ^b Servicio de Genética Molecular. ^c Servicio de Cirugía Vascular. Hospital Central. Oviedo.

IL-6 es una citocina proinflamatoria parcialmente sintetizada en el tejido adiposo y con capacidad para inducir a la activación hemostática. La interrelación obesidad-trombosis reforzaría su posible papel patogénico en TEV. Además, el promotor de su gen incluye un polimorfismo funcional (G/C-174) considerablemente relevante. **Pacientes y métodos.** Se analizaron 255 sujetos (49% varones): 130 TEV consecutivos (89 TVP+41 embolismos pulmonares/EP con/sin TVP) y 125 controles (balanceados para edad/sexo) para IL-6 sérica (ELISA). Edad, media (DE)= 62,6 (12,5) años; rango: 25-83. Se descartó infección o inflamación (>6 meses tras episodio trombótico) para minimizar la reacción inflamatoria. A 201 sujetos (106 pacientes/95 controles) se les practicó genotipado (PCR). **Resultados.** En la serie global, IL-6 fue independiente del sexo

y genotipo, y mostró una correlación directa con la edad y el índice de masa corporal (R -Spearman= 0,2), pero especialmente con marcadores inflamatorios y hemostáticos como la proteína C reactiva (PCR) y factor VIIIc (R = 0,45); su débil correlación negativa con HDL-colesterol (R = -0,15) alcanzó también significación. Nueve pacientes con cáncer activo tuvieron IL-6 superior al resto de la serie (p < 0,01), pero similar a otros sujetos con TEV (p = 0,3). IL-6 fue superior entre los pacientes (p < 0,0001, U Mann-Whitney), especialmente en los 36 recidivantes, sin diferencias entre TVP y EP. El P90 de la distribución (1,69 pg/mL) muestra una fuerte asociación con TEV -OR= 9,1 (IC95%= 4,6-18,2)- (p < 0,000001), que persiste en el análisis multivariante. Sin embargo, ningún genotipo mostró un riesgo superior. *Conclusiones.* Al margen de la eventual respuesta inflamatoria que acompaña al TEV en la fase aguda, los valores elevados de IL-6 se asocian significativamente con la enfermedad y sus recurrencias, independientemente del polimorfismo -174C/G.

Epidemiología de la insuficiencia venosa crónica de las extremidades inferiores en atención primaria

J.M. CALLEJAS, J. MANASANCH, GRUPO DE ESTUDIO ETIC
Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona.

La IVCr de EEII constituye una de las patologías más frecuentes en las sociedades occidentales. Los diferentes grados de afectación determinan un elevado coste económico y social, que incide gravemente en la calidad de vida de los pacientes. *Objetivo.* Exponer los resultados de un extenso estudio epidemiológico sobre insuficiencia venosa crónica de las extremidades inferiores, realizado en el ámbito de atención primaria en España por parte de 609 médicos, en el que se incluyeron 6.695 pacientes. *Pacientes y métodos.* Se trata de un estudio cuasiexperimental, transversal, de carácter multicéntrico, que se realizó entre abril y julio de 1998, con una amplia distribución geográfica. Se han analizado las características antropométricas y geográficas, antecedentes familiares y personales, semiología clínica de insuficiencia venosa, factores predisponentes y terapéuticas practicadas. *Resultados.* Hemos apreciado una alta incidencia de manifestaciones clínicas, expresándose la 'pesadez de piernas' como el principal síntoma (85,5%) y el edema maleolar como el signo más frecuente (44,1%). Las complicaciones más usuales han sido las alteraciones cutáneas (19,6%) y las úlceras flebotómicas (6%). El ortostatismo (31%), el sobrepeso (23%) y el embarazo (21%) han sido los factores relacionados por los pacientes con su enfermedad. *Conclusiones.* Se demuestra una mayor frecuencia de manifestaciones clínicas y complicaciones en los sujetos con poca actividad física, con mayor índice de masa corporal, de edad más avanzada, con antecedentes familiares de insuficiencia venosa y en mujeres con mayor número de embarazos.

Agenesia de vena cava inferior infrarrenal

J. LATORRE, M. YESTE, J. DILMÉ, I. BARREIRO, E. VIVER
Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

La agenesia parcial de la vena cava inferior (VCI) infrarrenal es una rara malformación con tan sólo seis publicaciones en la literatura mundial. Es secundaria a una trombosis del segmento caudal de la vena supracardinal derecha en la fase embrionaria. *Objetivos.* Valorar las manifestaciones clínicas, los métodos diagnósticos y la evolución de esta patología. *Pacientes y métodos.* Se estudiaron seis varones con una edad media 22 años (16-30), con el diagnóstico de agenesia de VCI infrarrenal en el período 1980-2002. *Resultados.* En cuatro casos (66%) la trombosis venosa profunda (TVP) del sector iliofemoral fue su primera manifestación clínica. Tres pacientes (50%) presentaban uterohidronefrosis, bilateral en un caso y unilateral en dos. Dos pacientes (33%) presentaban una enfermedad varicosa bilateral en las extremidades inferiores. El eco-Doppler color y la flebografía directa ascendente no evidenciaron esta malformación en ningún caso. La iliocavografía y la angiorresonancia (ARM) fueron las pruebas que apuntaron el diagnóstico. De los seis pacientes, dos están asintomáticos y cuatro cursan con insuficiencia venosa crónica, de los cuales tres son síndromes posttrombóticos que presentan una claudicación intermitente venosa y precisan tratamiento con acenocumarol. El estudio biológico ha evidenciado una alteración de las proteínas C y S. *Conclusiones.* La manifestación clínica más frecuente de la agenesia de la VCI infrarrenal es la TVP iliofemoral. El método de diagnóstico más fiable en la actualidad es la ARM. Es una anomalía con un alto riesgo de ETEV.

Malformaciones venosas congénitas puras (MVCP). Análisis de 15 años

C. CAÑIBANO, J.C. LÓPEZ, B. GARCÍA, M. GUTIÉRREZ, M. GUERRA, A. GALINDO, A. HERNÁNDEZ, L. RIERA
Hospital La Paz. Madrid.

Objetivo. Delimitar el curso clínico, la metodología diagnóstica y el protocolo terapéutico. *Pacientes y métodos.* Se investigaron, trataron y observaron 72 pacientes durante un período de 15 años. Se excluyeron los pacientes con lesiones mixtas y con anomalías de grandes troncos intra-abdominales y del sistema nervioso central. El protocolo diagnóstico ha consistido en una valoración clínica, eco-Doppler y una resonancia magnética (RM) o angiorresonancia. La flebografía se utilizó con fines terapéuticos endovasculares o prequirúrgicos cuando se encontró indicación. Los enfermos se valoraron en el contexto de un equipo multidisciplinar. *Resultados.* Los pacientes de más edad poseían un porcentaje mayor de diagnóstico inco-

recto y una aparición más tardía de la sintomatología. Las localizaciones más frecuentes fueron las extremidades, seguidas del tronco y el cuello. Los síntomas más habituales eran dolor y aparición de flebolitos. Los fenómenos trombóticos eran raros en los primeros años de vida. Se apreció un empeoramiento de los síntomas en función de traumatismos, infecciones y cambios hormonales. La RM se mostró más útil que la flebografía de cara a la estrategia terapéutica. El tratamiento ha ido encaminado a la extirpación quirúrgica en las lesiones focales, a la esclerosis percutánea y a la embolización de las segmentarias. En las anomalías irresecables fue de soporte incluyendo diversos aspectos. *Conclusiones.* Los resultados satisfactorios a largo plazo para las MVCP dependen en gran medida de un diagnóstico precoz mediante estudios de imagen apropiados, que orienten a un tratamiento correcto, que a veces está dificultado por la considerable confusión terminológica que existe en algunas clasificaciones.

Leiomioma primario venoso

E. MARTEL, F. GARCÍA, R. LÓPEZ, G. VOLO, M. HERMIDA, I. BRETEAU, V. CABRERA

Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivo. Describir nuestra experiencia en patología neoplásica maligna venosa. *Pacientes y métodos.* Revisión de la literatura y aporte de dos nuevos casos de leiomioma primario venoso (LPV), realizando un estudio descriptivo e incidiendo en el diagnóstico. *Terapéutica y supervivencia a corto y largo plazo.* *Resultados.* Están descritos menos de 250 casos de LPV, de los que menos de 150 son de vena cava inferior (VCI). Originados en las células musculares lisas de la capa media, se caracterizan por su crecimiento lento. Se han informado casos entre los 3 y los 83 años, con edad media de 55 años. Sin preferencia por sexos, aunque existe cierta tendencia en mujeres en los localizados en VCI. Sin clínica específica y dependiente del territorio afecto; los síntomas más frecuentes son el dolor abdominal y la masa palpable, y la TVP se presenta en contadas ocasiones. El CT y la RM son las armas diagnósticas más sensibles, utilizando la flebocavografía como base para la reconstrucción venosa. El tratamiento de elección es la resección amplia, asociada o no a la reparación venosa, único factor que influye en la supervivencia. *Discusión.* El LPV es una entidad poco frecuente, pausi o asintomática, y por tanto de difícil diagnóstico precoz. La disminución de la masa tumoral es el tratamiento más eficaz en la actualidad, aunque no se disponen de datos amplios y contrastados, las series existentes nos hablan de una tasa de enfermedad a distancia y recurrencia local altas, con una tasa de supervivencia a los cinco años del 28%.

Tratamiento de las úlceras flebostáticas mediante vendaje multicapas

E. ROCHE, J. CABOT, J. RODRÍGUEZ, S. MEJÍA, C. ESTEBAN, O. ANDRÉS

Clínica Platón. Barcelona.

Introducción. El tratamiento de las úlceras venosas es muy variado y poco protocolizado. Existe controversia sobre la indicación de curas oclusivas en lesiones flebostáticas. *Objetivos.* Presentar nuestra experiencia en la aplicación del vendaje multicapas en úlceras flebostáticas y mostrar su efectividad y seguridad. *Pacientes y métodos.* Estudio prospectivo, observacional no comparativo de pacientes afectados de lesiones flebostáticas en las extremidades inferiores a los que se aplicó el vendaje compresivo Profore®. Se analiza la eficacia terapéutica mediante estadística descriptiva. Se valora la evolución de las úlceras mediante la prueba no paramétrica de los rangos de Wilcoxon ($p < 0,05$). *Resultados.* De abril a agosto de 2001 se incluyeron 30 pacientes. 11 mujeres y 19 hombres. Se valoran 46 úlceras. Edad media de 60,59 años. El 65,5% presentó enfermedades concomitantes; la hipertensión fue de un 57,9%. La evolución media de las úlceras, de 20,35 meses. El 63% fueron recurrentes, el 33% multifocales y un 10% bilaterales. La superficie media de las úlceras al inicio fue de 9,18 cm². 10 pacientes abandonaron el estudio por intolerancia o sobreinfección y se perdieron un 4,34% de úlceras. El 69,56% de úlceras cerraron y el 80% se curaron antes de la séptima semana. A las cuatro semanas de iniciar el tratamiento hubo una reducción estadísticamente significativa del diámetro lesional. *Conclusiones.* El vendaje se ha mostrado efectivo y seguro. El tratamiento, si es tolerado, agiliza la cicatrización de las úlceras venosas aportando comodidad al paciente, por permitirle la deambulación moderada y reducir el número de curas.

Tratamiento de úlceras venosas con equivalentes cutáneos obtenidos mediante ingeniería tisular

L.A. CAMBLOR, F. VAQUERO, J.M. LLANEZA, D. LÓPEZ, H. CUBILLAS, N. ALONSO, A. MEANA, M.J. RAMOS, J.A. CARREÑO, M.A. MENÉNDEZ, L.J. ÁLVAREZ, J. RODRÍGUEZ-OLAY, J.M. GUTIÉRREZ

Hospital General de Asturias. Oviedo.

Objetivo. Valorar la efectividad de un equivalente cutáneo diseñado en un banco de tejidos, en el tratamiento de úlceras vasculares crónicas de origen venoso. *Pacientes y métodos.* Entre septiembre de 1999 y diciembre de 2001, se incluyeron 16 pacientes con úlceras venosas –12 por insuficiencia originada en el sistema venoso profundo (posttrombóticas) y cuatro por insuficiencia originada en el sistema venoso superficial (fleboextracción ya realizada)– de más de cuatro meses de evolución, que tras ingreso hospitalario y trata-

miento estándar se objetivaba un estancamiento en su cicatrización. Descartada la infección clínica y bacteriológica de la úlcera, los injertos se colocaron una vez a la semana hasta la cicatrización o suspensión del tratamiento por falta de respuesta. Se realizaron controles fotográficos digitales semanales para medir el área de las lesiones. A partir del segundo injerto, el tratamiento se realizó ambulatoriamente. El seguimiento medio fue de 18 meses (intervalo 6-30). Se valoró la ausencia de rechazo, la tasa de cicatrización, el tiempo de reducción del área al 50 y 75% y la recidiva ulcerosa. **Resultados.** No se detectaron signos de rechazo. Tasa global de cicatrización: 75% (12/16). Tiempo medio de cierre: 4,8 semanas (intervalo 3-10). Número medio de injertos utilizados: 5,8 (intervalo 3-13). La recidiva ulcerosa fue del 25% (4/16). De las cuatro úlceras que no cicatrizaron ninguna empeoró, en dos no hubo respuesta y en otras dos se redujo el área >85%. **Conclusiones.** Los equivalentes cutáneos podrían constituir una alternativa en el tratamiento de úlceras vasculares crónicas de origen venoso.

Utilidad de criterios clínicos unidos a dímero D para valorar las sospechas de TVP MMII en servicios de urgencias

X. MARTÍ-MESTRE, C. ROMERA-VILLEGAS, C. HERRANZ, M.A. CAIROLS

Servicio de Angiología y Cirugía Vascul. CSU Bellvitge. L'Hospitalet de Ll., Barcelona.

Objetivo. Validar la utilidad de criterios clínicos unidos a la determinación del dímero D para la valoración de las sospechas de TVP en MMII en un servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel. **Pacientes y métodos.** Estudio retrospectivo comparativo desde julio de diciembre de 2002 sobre 295 pacientes vistos en el servicio de urgencias de nuestro centro por sospecha de TVP MMII. Se aplicaron los criterios clínicos de Wells para estratificarlos como pacientes de alta, media o baja probabilidad de TVP, y se les determinó el dímero D. Se les realizó a todos un eco-Doppler venoso de MMII como método estándar de diagnóstico de TVP, y se diagnosticaron 53. Analizamos los resultados que se obtuvieron en función de la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) y coeficiente kappa para comparar el grado de acuerdo entre ambas pruebas diagnósticas, mediante un sistema SPSS para Windows. **Resultados.** Probabilidad alta/intermedia con dímero D positivo: TVP en 49 pacientes y negativo en 6. Probabilidad baja con dímero D negativo: TVP en 4 y no TVP en 236. Sensibilidad: 92%; especificidad: 97%; VPP: 89%; VPN: 98%; con una exactitud de 96,6%, siendo el coeficiente kappa de 0,88, lo que demostró un alto grado de acuerdo entre ambos procedimientos ($p > 0,0001$). **Conclusión.** Los criterios clínicos de estratificación de Wells unidos a la determi-

nación del dímero D permiten una buena aproximación diagnóstica a la TVP de MMII en los servicios de urgencias. En caso de baja probabilidad clínica con dímero D negativo no es necesaria la realización de un eco-Doppler.

Grado de cumplimiento del tratamiento anticoagulante con acenocumarol en pacientes con trombosis venosa profunda de MMII

R. MONTERO-MENDIZÁBAL, A. ARROYO-BIELSA, A. ÁLVAREZ-SALGADO, S. CARMONA-BERRIGUETE, J. GILSALES, A.I. RODRÍGUEZ-MONTALBÁN, R. GESTO-CASTROMIL

Servicio de Angiología y Cirugía Vascul. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. El objetivo del presente trabajo es valorar el grado de cumplimiento de la anticoagulación oral en rango terapéutico, en pacientes con trombosis venosa profunda de los miembros inferiores. **Pacientes y métodos.** Hemos revisado los controles de coagulación practicados en el año 2002 en pacientes anticoagulados por trombosis venosa profunda. Se han controlado a 103 pacientes (57 mujeres, 58 varones) con una edad de 57 ± 17 años, y se han practicado 1.406 controles. Hemos analizado el grado de cumplimiento en función de la proporción de días con INR en rango terapéutico, haciendo énfasis en el primer mes y agrupados en rangos de edad. Se ha considerado intervalo terapéutico un INR de 2-3. **Resultados.** De forma global, el cumplimiento terapéutico se consigue durante el 86% de los controles, sin diferencia significativa para ambos sexos. Excluida la primera semana, el análisis del primer mes refleja un 69% de cumplimiento, siendo las dos últimas semanas las peores con un 59%, debido fundamentalmente al peor dato de los varones (33%). El grupo de edad que menor proporción de cumplimiento tiene es el de 40 a 49 años para los varones (50%) y de 60 a 69 años para las mujeres (79%). **Conclusión.** La necesidad de repetición de los controles y su interacción con la vida laboral del paciente dificultan el control de la coagulación. Se necesitaría facilitar los mismos para llegar a su cumplimiento con el objetivo de conseguir una correcta anticoagulación para evitar las recidivas trombóticas.

Heparina de bajo peso molecular como tratamiento ambulatorio de la TVP distal en un ambiente rural. Estudio prospectivo de 62 casos. Seguimiento a cuatro años

J.L. PÉREZ-BURKHARDT, R. UCELAY

Hospital Universitario de la Laguna. Santa Cruz de Tenerife.

Introducción. La TVP distal es una patología potencialmente mortal debido a su relativamente elevado poder embolígeno

(12-25%); precisa el ingreso hospitalario para su tratamiento con cierta frecuencia. *Objetivo.* Valorar la posibilidad de tratamiento ambulatorio de la TVP distal de miembros inferiores en un medio rural, controlado por un cirujano vascular, y determinar el posible ahorro en ingreso hospitalario de este tipo de patología. *Pacientes y métodos.* Se incluyeron en este estudio todos los pacientes que llegaron a la consulta de nuestro centro con edema de pantorrilla de instauración inferior a los dos días previos a su valoración, incluyendo únicamente los pacientes con TVP demostrada, con consentimiento informado del estudio. Se realizó una exploración física con medida de diámetro de la misma a una distancia fija del suelo (20 cm), volometría de toda la pantorrilla y pie (40 cm) y eco-Doppler en el día inicial y en los días 7, 21 y 45 del tratamiento. Se administró HBPM (fraxiparina) en dosis doble ajustada al peso durante los primeros siete días, y posteriormente en dosis simple ajustada al peso hasta el día 45, tratamiento que se complementaba con reposo durante la primera semana y apoyo elástico hasta la rodilla durante todo el tratamiento. Posteriormente, al fin de la HBPM se inició una anticoagulación oral con cumarinas hasta que se completó un período mínimo de seis meses, pasado el cual se realizó un nuevo eco-Doppler y volometría para valorar, junto con la clínica, el cese del tratamiento. Se consideraron *end-points* el ingreso hospitalario del paciente por agravamiento de la clínica o complicación tromboembólica, la renuncia del paciente a continuar el tratamiento y su fallecimiento. El método estadístico que se utilizó fue la comparación de datos apareados mediante *t* de Student y representación en tablas de vida de test de Kaplan. *Resultados.* De los 95 pacientes que se valoraron por edema de pantorrilla, 62 reunieron criterios diagnósticos de TVP gemelar y aceptaron participar de este tratamiento. Todos los enfermos pertenecían al área rural. De ellos, 22 fueron varones y 40 mujeres, con una edad media de $53 \pm 11,4$ años. La etiología fundamental fue postraumática (61,3%), reposo en cama (19,3%), paraneoplásica (9,7%) y miscelánea el resto. Se pudo realizar el estudio completo en 52 casos; se perdieron seis pacientes por *exitus* y dos por agravamiento del cuadro clínico local. La tolerancia al estudio fue muy buena en el resto de los casos, que tuvieron una reducción media del volumen de la pantorrilla de $62,3 \pm 13,4$ mL en las dos primeras semanas de tratamiento y de $142,2 \pm 65,3$ mL al final del mismo, con una reperfusión parcial de las venas afectadas en 53 pacientes (85,5%). La incidencia de síndrome posflebítico ha sido de un 9,6% al final del estudio. El ahorro medio por paciente en gastos de hospitalización, comparados con los tratamientos previos en nuestro centro, ha sido de 1.500 EUR por paciente. *Conclusiones.* 1. La TVP gemelar es una entidad subsidiaria de tratamiento domiciliario en la mayor parte de las ocasiones, sin que aparezcan complicaciones graves, incluso en el medio rural. 2. La disminución del gasto que puede conllevar este tipo de tratamiento es un dato a tener en cuenta por los espe-

cialistas de cirugía vascular y los programas de optimización de recursos, con incidencia similar o inferior en cuanto al síndrome posflebítico respecto de otros estudios realizados.

Factores pronóstico de los traumatismos venosos abdominales

A.I. RODRÍGUEZ-MONTALBÁN, J. RODRÍGUEZ-DE LA CALLE, A. ÁLVAREZ-SALGADO, C. BARRIO-RODRÍGUEZ, R. GESTO-CASTROMIL

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. Analizar los factores pronósticos relacionados con la mortalidad en pacientes con traumatismo venoso abdominal. *Pacientes y métodos.* Estudio retrospectivo de 43 pacientes con lesión venosa abdominal, atendidos en un período de 25 años. Se recoge: etiología, localización, tensión arterial al ingreso, traumatismos asociados y transfusión. Se comparan resultados mediante la prueba de *chi* al cuadrado. *Resultados.* La mortalidad global de este grupo fue del 46% (20/43). El mecanismo de lesión más frecuente fue el traumatismo cerrado (15/43, 35%). La vena más frecuentemente lesionada fue la cava inferior (11/43, 25%), con una mortalidad del 100% en la afectación suprarrenal (tres pacientes). Los factores que empeoraron el pronóstico fueron: la afectación de tres o más compartimentos (73% de *exitus*), transfusión de más de 10 concentrados de hematíes en las primeras 24 horas (mortalidad del 87,5%) y la tensión arterial de menos de 70 mmHg a la llegada al hospital (77% de *exitus*). *Conclusiones.* La lesión venosa abdominal tiene una elevada mortalidad. Los factores que empobrecen el pronóstico, de manera estadísticamente significativa, son politraumatizados con afectación de tres o más compartimentos, politransfusión en las primeras 24 horas y presencia de *shock* a la llegada al hospital. Se hace necesario el uso reglado del autotrasfusor durante la cirugía y una mayor estabilidad hemodinámica en la atención inmediata y en el traslado, como factores modificables para poder disminuir la mortalidad.

Traumatismos venosos por asta de toro. Experiencia personal 1978-2002

M. GUTIÉRREZ, A. MARÍA

Hospital Universitario. Valladolid.

Objetivos. Se presenta la experiencia en el diagnóstico y tratamiento de 216 traumatismos venosos por asta de toro. *Pacientes y métodos.* Se incluyen 216 heridas venosas: 158 periféricas y 58 en venas de medio y gran calibre. Heridos procedentes de plazas de toros de 2.^a y 3.^a categorías, encierros populares o accidentes laborales. *Resultados.* En 158 traumatismos 'menores' se incluyen lesiones humerales y radiocubi-

tales, así como de safena distal y yugular externa. Las 58 lesiones 'mayores' incluyen la cava inferior (2), ilíaca externa (12), ilíaca primitiva (3), femoral común (13), femoral superficial (15), safena femoral (6) y poplítea (5). La clínica cursó con hemorragias en casos menores, y llegó a un *shock* hipovolémico en 12 de 58 mayores, con 10 por sangrado intrabdominal. En los restantes casos el sangrado externo o subcutáneo fue dominante. El diagnóstico fue clínico en 186 casos, y se precisó de TAC/RM en 21 para valorar colecciones retro o intraperitoneales. 11 casos de lesión ilíaca precisaron flebografías; en 10 casos de heridas penetrantes se hizo un diagnóstico peroperatorio. También fueron frecuentes lesiones asociadas óseas, musculares y viscerales. El tratamiento que más se empleó fue la ligadura venosa simple en 158 casos 'menores' y en 17 'mayores' (seis femoral superficial, dos ilíaca externa, seis safena interna inguinal y tres poplíteas). La reparación venosa se hizo por venorrafia lateral (20) o con injerto cilíndrico autólogo (9), y dos muertes por lesión de la cava inferior. Se concluye con breves comentarios.

Traumatismos venosos de extremidades: ¿ligadura o reconstrucción?

A. ÁLVAREZ, R. BOFILL, V. GONZÁLEZ, C. ARAÑÓ, J.M. FUENTES, M. MATAS

Servicio de Angiología y Cirugía Vasculay Endovascular. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. Valorar las complicaciones inmediatas y tardías en traumatismos venosos de las extremidades tratados con reconstrucción venosa o con ligadura. Analizar la permeabilidad inmediata y tardía de las reconstrucciones. **Pacientes y métodos.** Estudio de cohortes prospectivo histórico. Entre 1977 y 1992 se han tratado 297 traumatismos vasculares en las extremidades: 59 presentaban lesión venosa del sistema profundo, 31 en las extremidades superiores y 28 en las inferiores. Se realiza un análisis descriptivo de la muestra, relacionamos el tratamiento y la presencia/ausencia de edema y permeabilidad inmediata y tardía (flebografía o eco-Doppler). Se utiliza el test exacto de Fisher y χ^2 de Pearson, o entre ambas pruebas diagnósticas, mediante el sistema SPSS para Windows. **Resultados.** Probabilidad alta/intermedia con dímero D positivo: TVP en 49 pacientes y negativo en 6. Probabilidad baja con dímero D negativo: TVP en cuatro y no TVP en 236. Sensibilidad: 92%, especificidad: 97%, VPP: 89%, VPN: 98%, con una exactitud de un 96,6%, siendo el coeficiente kappa de 0,88, lo que demostró un alto grado de acuerdo entre ambos procedimientos ($p > 0,0001$). **Conclusión.** Los criterios clínicos de estratificación de Wells unidos a la determinación del dímero D permiten una buena aproximación diagnóstica a la TVP de MMII en los Servicios de Urgencias. En caso de baja probabilidad clínica con dímero D negativo no es necesaria la realización de un eco-Doppler.

SEGUNDA SESIÓN
JUEVES 24 - 16.00 H

Relación entre el calibre de la safena interna, la clínica y la energía del punto de fuga de la unión safenofemoral

A. MENÉNDEZ-HERRERO, J.M. LLANEZA, J.A. CARREÑO, L. CAMBLOR, N. CORRAL, J. ÁLVAREZ, J. RODRÍGUEZ, J.M. GUTIÉRREZ, M.J. RAMOS, F. VAQUERO, D. LÓPEZ, J. JUAN

Servicio de Angiología y Cirugía Vasculay Hospital General de Asturias. Oviedo.

Objetivo. Comprobar la relación entre el calibre de la safena interna, la energía del punto de fuga y la clínica, en pacientes con insuficiencia de la safena interna. Se propone como hipótesis que las venas de mayor calibre tendrán Valsalva (V) positivo y Paraná (P) +, en la vena femoral común, con menor calibre las que tengan V+ y P- y menor las V- y P-, y correlación con la clínica. **Pacientes y métodos.** Se recoge el calibre de la safena interna, en 107 extremidades, con varices, y se realizan las maniobras de Valsalva y Paraná en la unión safenofemoral. Se clasifican según la CEAP. Grupo control de 40 pacientes. **Resultados.** El calibre en el grupo control va de 0,20 a 0,50. En pacientes con varices va de 0,2 a 1,30. El grupo P+, 58 pacientes, el calibre oscila de 0,60 a 1,30; el grupo V+ y P-, 15 pacientes, de 0,42 a 0,60, y el V-, 34 pacientes, de 0,20 a 0,62. Los pacientes con clasificación clínica 4, 5 o 6 de la CEAP sólo se observan en el grupo P+; en los dos grupos P- hay sólo pacientes C₂, C₃. Hay significancia estadística entre el calibre y la clínica del grupo P+ y los dos grupos Paraná. **Conclusión.** Parece inducirse que tanto el tipo de insuficiencia del cayado como el calibre constituyen elementos útiles para establecer una valoración simple del estadio hemodinámico de la insuficiencia de la safena interna. Los resultados aportan un valor discriminativo a la maniobra de Paraná, para evaluar el grado de insuficiencia venosa.

Hemodinámica de la recidiva varicosa post-stripping

J. JUAN, J.M. ESCRIBANO, J. MAESO, A. RODRÍGUEZ-MORI, R. BOFILL, M. MATAS

Servicio de Angiología, Cirugía Vasculay Endovascular. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivo. Examinar las causas hemodinámicas que determinan la recidiva varicosa posfleboextracción de safena interna. **Pacientes y métodos.** Análisis con eco-Doppler de 82 casos de recidiva posfleboextracción de safena interna o externa. **Resultados.** Fracaso en el cierre del punto de fuga en la región inguinal: 69%. Subdivididos en: cayado *in situ*, 12%; neocayado, 6%; cavernoma con muñón, 31%; caver-

noma sin muñón con *shunt* pélvico, 20%. Fracaso en cierre del punto de fuga de la región poplíteica con cavernoma de fosa poplíteica: 8%. Recidiva por reapertura de perforantes: 6%. Recidiva sin punto de fuga: 12%. Telangiectasias: 72%. Recidiva por aparición de nuevos puntos de fuga: 5%. Persistencia de segmentos safenianos: 20,7%, sin correlación con tipos de recidiva. **Conclusiones.** 1. El eco-Doppler es la exploración de elección en la recidiva varicosa. 2. La mayoría de recidivas se deben a un fracaso en el cierre del punto de fuga ligado a errores técnicos. 3. Algunas recidivas por fracaso en el cierre del punto de fuga no son evitables. 4. La ausencia de drenaje del SVS puede generar recidivas sin punto de fuga. 5. La recidiva por evolución de la enfermedad, aparición de nuevos puntos de fuga, es poco frecuente. 6. La persistencia de segmentos safenianos no condiciona el tipo de recidiva. 7. La hemodinámica de la recidiva varicosa debería originar una reflexión sobre la estrategia del tratamiento inicial.

Valoración clínica y hemodinámica del cayado de la vena safena interna tras tratamiento quirúrgico de la insuficiencia de la vena safena anterior mediante estrategia CHIVA. Seguimiento a dos años

N.J. MOSQUERA-AROCHEA, E. SENÍN-FERNÁNDEZ, M. MARTÍNEZ-PÉREZ, G. RODRÍGUEZ-FEIJOO, J. FERNÁNDEZ-NOYA, D. CAICEDO-VALDÉS

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela.

Objetivo. Revisar la evolución de la VSI tras el tratamiento quirúrgico exclusivo de la incompetencia de la VSA mediante estrategia CHIVA. **Pacientes y métodos.** Revisamos todas las insuficiencias de VSA que se intervinieron mediante estrategia CHIVA en nuestro servicio entre 1998 y 2000, con un seguimiento posquirúrgico de dos años. **Resultados.** Del total de casos (n= 156), 18 casos correspondieron a insuficiencia de VSA; el total de los diagnósticos fueron varices esenciales. En 10 casos se consiguió curación, en siete se objetivó mejoría y un caso no tuvo un resultado satisfactorio. En el seguimiento ecográfico (semana, mes, tres y seis meses y anual) el 100% de VSI sigue siendo anterógrada. No se observa ninguna descompensación de la válvula paraostial de la VSI. **Conclusiones.** La actuación selectiva sobre la VSA no provoca ninguna descompensación de la VSI. Los resultados clínicos de aplicar estrategia CHIVA de forma selectiva para la insuficiencia de la VSA son satisfactorios. Aconsejamos una flebectomía extensa o esclerosis en el mismo acto quirúrgico.

Resultados de la cura CHIVA en relación con el diámetro preoperatorio de la vena safena interna

J.M. FUENTES, J. MAESO, M. BOQUÉ, J.M. ESCRIBANO, J.M. DOMÍNGUEZ, M. MATAS

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. Estudiar los resultados de la estrategia CHIVA, según el diámetro de la vena safena interna (VSI) y estudiar la evolución del calibre de la safena a los dos años del seguimiento. **Pacientes y métodos.** La muestra parte de 101 pacientes, intervenidos consecutivamente mediante estrategia CHIVA, con varices dependientes de la VSI, 77 (77,8%) mujeres y 24 (24,2%) varones. Se mide el calibre de la VSI mediante eco-Doppler, a 15 cm del cayado. Los diámetros preoperatorios van desde 3 mm a 13 mm. Clasificamos la muestra en dos grupos: 51 pacientes <7 mm y 50 pacientes ≥7 mm. La evaluación clínica de resultados se realiza mediante la clasificación de Hobbs: curados (sin varices), mejor (varices residuales <5 mm) o igual-peor (varices residuales >5 mm). Análisis estadístico de los datos con SPSS 9.0. **Resultados.** Tras dos años de seguimiento, 88 pacientes (87,1%) están curados, 9 pacientes (8,9%) están mejor y 4 pacientes (4%) están igual o peor. Los pacientes curados presentan un porcentaje de reducción de la media del calibre de la VSI del 37%, los que presentan mejoría del 27,1% y los que están igual o peor del 7,7%. No hay diferencias significativas entre el diámetro preoperatorio y el resultado clínico que se obtuvo. Los varones presentan diámetros de VSI significativamente mayores (p= 0,0042). Los pacientes con diámetros preoperatorios ≥7 mm presentan una mayor reducción del calibre (p<0,001). **Conclusiones.** Los resultados clínicos no dependen del diámetro preoperatorio de la VSI. Tras el CHIVA se produce una reducción del diámetro de la VSI, más importante en pacientes con diámetros ≥7 mm.

Aplicación de la estrategia CHIVA. Estudio prospectivo a un año

C. ESTEBAN, E. ROCHE, O. ANDRÉS, X. CABOT, J. JUAN, J. ESCRIBANO, J. RODRÍGUEZ, S. MEJÍA

Clínica Platón. Barcelona.

Objetivos. Evaluar de forma prospectiva los resultados a un año de la aplicación de la estrategia CHIVA al tratamiento de las varices esenciales. **Pacientes y métodos.** Hemos seguido durante un año una serie de 109 pacientes, a quienes se les ha practicado una valoración ecográfica previa a la cirugía. Posteriormente, al mes y al año se ha hecho una valoración clínica objetiva y subjetiva, y se ha clasificado el resultado en cuatro categorías. Además, al año se les ha hecho una nueva valoración ecográfica. **Resultados.** 109 pacientes (67 mujeres, 42 hombres), con una edad media de 49,8 años. Clínicamente 89 (81,7%) de ellos en estadio 2 (CEAP). Presentaban patología de safena interna 100 (91,7%) y de safena externa 9 (8,3%). El tipo de estrategia

que se practicó fue CHIVA 1+2 en el 82,6% de los casos. Al año la valoración clínica ha sido buena objetivamente en el 87,1% y subjetivamente en el 90,8%. El diámetro medio de la safena interna ha pasado de 6,4 a 4,0 mm (T-test 10,991; $p > 0,001$). Se han apreciado diferencias significativas entre la valoración objetiva al mes y al año ($\chi^2 = 46,53$; $p > 0,001$), así como en la valoración subjetiva ($\chi^2 = 59,30$; $p > 0,001$). **Conclusiones.** La estrategia CHIVA en nuestra serie presenta unos buenos resultados a un año tanto objetiva como subjetivamente. La reducción significativa del diámetro de la safena indica que el componente hemodinámico en la fisiopatología de las varices es importante.

Cirugía endoscópica de venas perforantes. Resultados a corto plazo

J. AZCONA-FABÓN, M.A. GONZÁLEZ-ARRANZ, J.M. FUSTERO-AZNAR, T. MARSAL-MACHÍN, J.M. BUISÁN-BARDAI, M.C. LORENTE-NAVARRO, A. DUATO-JANÉ, J.M. AZCONA-ELIZALDE

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. Valorar los resultados de esta técnica en situaciones graves de insuficiencia venosa, para determinar la respuesta clínica, las complicaciones y las secuelas. **Pacientes y método.** Estudio prospectivo (1998-2002) de 50 pacientes; edad media $54,14 \pm 1,6$ años (16 varones y 14 hembras). La clasificación según consenso: clase 4 en el 74% y clase 5 en el 26%. Método exploratorio: clínico, dúplex, flebografía y linfografía isotópica. La cirugía endoscópica se realizó con el sistema VBD-240T; trocar: 5,5 mm y torres: Wolf o Storz. Llenado de la vejiga con 300 cm³. Cirugía convencional en el resto. **Resultados.** Se empleó anestesia epidural en el 92% de los casos. Un procedimiento no pudo realizarse (2%). El número medio de perforantes por procedimiento fue de $2,3 \pm 1,04$. Hubo un 28,57% de complicaciones en el primer mes, y un paciente tuvo que ingresar. Complicaciones generales en dos casos. La secuela se presentó en siete casos (14,28%), se manifestó como dolor en cuatro casos y disestesias en tres casos. El tiempo medio de seguimiento fue de $1,96 \pm 1,1$ años, y se registró una recidiva (2,04%). Los resultados en el tiempo son buenos en un 85,71%. La estancia media es de $2,04 \pm 0,47$ días. **Conclusiones.** La técnica no resulta compleja. Parece un método aconsejable en las extremidades con úlcera, pues no hay recidiva en el seguimiento. Los resultados son buenos a pesar del sustrato tan alterado. El dolor postoperatorio en la zona de trabajo tarda en desaparecer, y puede derivar a un cuadro algo distrófico que debe prevenirse.

Endoláser: evolución clínica y hemodinámica

C. BONÉ, N. NAVARRO, L. NAVARRO

Centro de Enfermedades de Venas. Palma de Mallorca.

Objetivos. Demostrar la eficacia del procedimiento endoláser en el tratamiento de la insuficiencia venosa superficial troncular según la evolución clínica y hemodinámica. **Pacientes y métodos.** Desde enero de 1999 hasta enero del 2003, hemos tratado 221 pacientes (182 mujeres y 39 hombres) con afectación de 383 venas safenas internas y 22 safenas externas. La edad media ha sido de 45,7 años. El diámetro medio tratado ha sido de 11 mm, y de 7,7 mm medido en los confluente safenofemoral y safenopoplíteo. Todos los pacientes presentaban un flujo retrógrado mayor de un segundo y fueron controlados con eco-Doppler. El 99% de los pacientes han sido tratados bajo anestesia local (lidocaína al 2%). **Resultados.** Clínicos: desaparición de las varices (95%). Aparición de tirantez al quinto día de la intervención y desaparición de la misma al décimo día (97%). Ausencia de parestesias, quemaduras y TVP. No ha habido complicaciones. Hemodinámicos: por exploración eco-Doppler color se detectó una obliteración del trayecto tratado con ausencia de flujo (95%). El tiempo de flujo retrógrado se normalizó (10%) y disminuyó en caso de falta de oclusión (90%). Se detectó una disminución del trayecto tratado (97%). Ausencia de neoangionénesis. Siete casos de recanalización completa (2%), 10 casos de ausencia de oclusión total (2,6%). **Conclusiones.** El endoláser es un procedimiento que requiere un estudio hemodinámico minucioso, al poder combinarlo con otras técnicas y conseguir la oclusión o reducción del calibre venoso. Pensamos que debe tenerse en cuenta para formar parte del bagaje terapéutico de la patología venosa troncular superficial.

Comparación de diversas variables de calidad de vida en el pre y postoperatorio del tratamiento quirúrgico de las varices

P. CARREÑO, J. ALÓS, B. ESTADELLA, J. LÓPEZ, M. PRATS, J. MARINEL-LO

Servicio de Angiología y Cirugía Vasculat. Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona.

Objetivos. Valorar la mejoría esperada en la calidad de vida de las personas intervenidas por varices, en el postoperatorio con referencia al preoperatorio. **Pacientes y métodos.** Muestra: 131 personas, 119 mujeres (90,8%) y 12 (9,2%) hombres. Edad media, 48,5 años (27-71 años). Criterios: inclusión: diagnóstico ICD 454, varices no complicadas. Exclusión: úlcera activa, varices recidivadas. Técnica quirúrgica: fleboextracción completa VSI + VVPP, 63,5%; fleboextracción infragenicular + VVPP, 20,1%; resección de venas colaterales, 11,9%; fleboextracción VSI + VSE + VVPP, 4,5%. Cuestionario: *The Aberdeen Varicose Veins Questionnaire*, 10 variables. Escala analógica John's Hopkins. Puntuación para cada variable: de 0 a 10. Previa correlación (coeficiente de correlación de Spearman) con el SF-36, (IC 95%). Período comparado: pre-op y ocho semanas

post-op. *Resultados.* Valores medios de las variables: a) Pre-op: dolor, $5,7\pm 0,6$; edema, $2,4\pm 0,5$; prurito, $6,9\pm 0,2$; limitación laboral, $1,9\pm 0,5$; influencia estética, $7,7\pm 0,8$; ámbito psicológico, $8,1\pm 0,2$. b) Post-op: dolor, $4,4\pm 0,7$ ($p=ns$); edema, $2,8\pm 0,7$ ($p=ns$); prurito, $3,3\pm 0,6$ ($p<0,05$); limitación laboral, $1,8\pm 0,5$; influencia estética, $4,6\pm 0,3$ ($p<0,05$); ámbito psicológico, $4,1\pm 0,3$ ($p=0,01$). Diferencias por sexos: reducción similar de las variables 3 (prurito) ($p=0,05$) y 6 (limitación de actividades) ($p=ns$) en el post-op. La correlación con los ítems del SF-36 funcionalismo físico y limitación de la personalidad debido a problemas físicos tienen un peso bajo; el dolor un peso medio, y las limitaciones por problemas emocionales y salud mental un peso alto. *Conclusiones.* Estos resultados inducen a valorar si las varices no complicadas deben incluirse en listas de espera quirúrgica con un tiempo de garantía inferior a seis meses.

Malposiciones no habituales de los accesos venosos de larga duración

J.C. FERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ, F.J. RIELO-ARIAS, M. GALLEGOS-VIDAL, I. HERNÁNDEZ-LAHOZ, P. VILARIÑO-PÉREZ BARRANCO

Servicio de Angiología y Cirugía Vasculare Juan Canalejo. La Coruña.

Objetivos. Presentar nuestra experiencia en las malposiciones no habituales de la colocación de accesos venosos de larga duración (AVLD). *Pacientes y métodos.* Entre enero

de 1995 y diciembre del 2002 se revisaron un total de 893 AVLD implantados de forma programada. Las malposiciones habituales fueron en subclavia contralateral y yugular. Se presentan dos casos de malposición no habitual en la colocación de AVLD, bajo monitorización convencional y según la técnica Seldinger, y se realizó Rx de tórax rutinario tras cada procedimiento. Formaron el equipo quirúrgico dos residentes supervisados. Ambos procedimientos se realizaron mediante fluoroscopia. La indicación en el caso 1 fue un paciente con mieloma; se empleó un dispositivo doble luz tipo Hickman. En el caso 2 se implantó un catéter reservorio tipo Bard por LNH. *Resultados.* Con respecto al implante en ambos pacientes no hubo complicaciones médicas inmediatas. Durante ese período la tasa de malposición general fue de $4,1\%$ ($37/893$), siendo la tasa de malposición atípica de un $0,22\%$. En el paciente 1, la Rx de tórax A/P inicial no evidenció complicaciones inmediatas; sin embargo, tras dos semanas cuando se confirmó su mal funcionamiento, una tomografía computarizada (TAC) torácica mostró un extremo distal del catéter en la pared de la aorta ascendente. El paciente 2 presentó una malposición en mediastino en Rx de tórax inicial, hallazgo que se confirmó con una flebografía y una TAC torácica. Ambos accesos venosos se retiraron sin complicaciones bajo control fluoroscópico. Los controles de imagen posteriores fueron satisfactorios. *Conclusiones.* En los equipos quirúrgicos la incidencia de malposiciones atípicas no justifica el uso habitual de técnicas asistidas por imagen.

Pósters

SESIÓN DE PRESENTACIÓN
SÁBADO 26 - 10.00 H

Trombosis venosa masiva debida a anticonceptivos orales en asociación con heterocigosis para factor V de Leiden y vena cava inferior hipoplásica

A. ARROYO-BIELSA, J. PORTO-RODRÍGUEZ, Y. TAPIA-LÓPEZ, S. CARMONA-BERRIGUETE, R. MONTERO-MENDIZÁBAL, R. GESTO-CASTROMIL

Servicio de Angiología y Cirugía Vasculare Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Objetivo. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de trombosis venosa profunda masiva en una paciente heterocigota para factor V de Leiden con hipoplasia de la vena cava inferior suprarrenal y en tratamiento habitual de contracepción oral. *Caso clínico.* Se trata de una paciente de 27 años de

edad, con un cuadro de edema de MMII de dos días de evolución, sin antecedentes de interés salvo el empleo de anticonceptivos orales desde hacía cuatro años. La analítica, la radiografía del tórax y el electrocardiograma (ECG) fueron normales. Un eco-Doppler mostró una trombosis aguda de la vena cava inferior, en ambos ejes ilíacos y en los sectores femoropoplíteos de ambas extremidades inferiores, y una tomografía computarizada (TAC) diagnosticó una trombosis de la vena cava inferior infrarrenal y de ambos ejes ilíacos, una hipoplasia de la vena cava inferior suprarrenal, un importante desarrollo de circulación colateral venosa lumbar y sistemas áxicos y hemiaxicos de gran calibre. La paciente se trató con heparina no fraccionada y reposo absoluto durante cinco días. Un posterior estudio de trombofilia demostró una heterocigosis para factor V de Leiden. Decidimos la anticoagulación crónica con acenocumarol. La evolución fue muy satisfactoria y a pesar de la trombosis masiva el edema desapareció en tres semanas, sin secuelas. Creemos que en este

caso, a pesar de la múltiple asociación de factores de riesgo, muy probablemente el defecto anatómico también actuó como una circunstancia atenuante, y permitió la rápida desaparición de la sintomatología. No hemos encontrado en la literatura la descripción de un caso similar.

Malformación venosa lingual

BODEGA MARTÍNEZ, M. VICENTE SANTIAGO, A. VALLE GONZÁLEZ, DE VICENTE

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Caso clínico. Se presenta el caso de un varón de 17 años con malformación venosa lingual. Clínicamente significativo desde hace cuatro años, en forma de episodios de sangrado y afectación respiratoria. *Discusión.* Tras estudios con arteriografía y resonancia magnética (RM), se diagnosticó una malformación venosa lingual. Tratamiento mediante la esclerosis con polidocanol. La evolución clínica es adecuada, y se consigue una reducción progresiva de la lesión.

Fleboangiomas glútea. Resección radical combinada a embolización

A.M. MATEO, R. ROMERO, L. CARPINTERO, P. DE MARINO, I. SAN JOSÉ, V. IBÁÑEZ, S. ZUBICOA

Facultad de Medicina, Valladolid. Hospital Virgen del Mar, Almería. Clínica Ruber, Madrid.

Caso clínico. Niña de 12 años con angioma glúteo progresivamente creciente, embolizado en dos ocasiones mediante *coils*, con mejorías transitorias. En enero de 2003 se produce una nueva embolización por un angiorradiólogo, con una nueva mejoría clínica que confirma una intensa angiomasia en el glúteo y las fosas isquiorrectales. Sangrado espontáneo importante por ulceración glútea que obliga al ingreso hospitalario y puntos hemostáticos superficiales. Se le intervino quirúrgicamente mediante una extirpación radical y una plastia glútea de deslizamiento para recubrir el defecto cutáneo. *Conclusión.* Se destaca la conveniencia de efectuar la resección de estos casos tras la atenuación hemodinámica postembolización.

Carcinoma escamoso fusocelular como complicación tardía del síndrome de Klippel-Trenaunay

G. RODRÍGUEZ-FEIJOO^a, M. MARTÍNEZ^a, J. FERNÁNDEZ^a, D. CALCEDO^a, N. MOSQUERA^a, E. PINTOS^b

^a Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. ^b Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela.

Introducción. El síndrome de Klippel-Trenaunay (SKT) es una malformación vascular de las extremidades, infrecuen-

te, y caracterizado clínicamente por un angioma plano, varices e hipertrofia. Entre sus complicaciones refiere tromboflebitis, embolia pulmonar, celulitis, hemorragia, dermatitis y úlceras venosas, y sobre el área angiomatosa, que son de carácter crónico y benigno; su malignización es de extrema rareza y casi siempre con sustrato venoso. La úlcera sobre el área angiomatosa exclusivamente es aún menos frecuente y su malignización en carcinoma escamoso fusocelular excepcional (sólo se han descrito dos casos en la literatura mundial). *Objetivo.* Presentar un caso de carcinoma escamoso fusocelular por malignización de úlcera sobre el área angiomatosa en el SKT. *Caso clínico.* Mujer de 61 años con SKT en la extremidad inferior izquierda con una úlcera pretibial desde los 14 años. Varicectomía en 1972 y posteriormente injertos dérmicos que fracasaron. Úlcera abierta desde 1995. El 17-12-2002 refiere advertir mal olor, hemorragias repetidas y crecimiento proliferativo del lecho ulceroso. Se practica un antibiograma (*Staphylococcus aureus* y *Pseudomonas aeruginosa*) y una biopsia al sospechar de un cambio morfológico. El estudio anatomopatológico evidencia un carcinoma escamoso fusocelular. *Discusión.* La presencia de úlcera en el SKT con morfología de malignidad es excepcional. Pero esta sospecha puede permitir un tratamiento precoz antes del desarrollo de la metástasis, y evitar la amputación y lograr su curación. Con la presentación de este caso pretendemos alertar de esta posible complicación, y preconizar la biopsia ante el mínimo cambio morfológico en la úlcera, sin limitarse al estudio microbiológico y la antibioterapia.

Tratamiento quirúrgico de un aneurisma de vena poplítea

O. ANDRÉS, A. MARTORELL, C. ESTEBAN, A. PRESAS, L. ÁLVAREZ, J.M. CALLEJAS

Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona.

Objetivos. Presentar el caso de un paciente afecto de aneurisma de vena poplítea tratado quirúrgicamente. *Caso clínico.* Paciente de 54 años con síntomas de parestesias en la pierna derecha, y tras realizarle una flebografía se diagnosticó un aneurisma de vena poplítea de morfología sacular. *Resultados.* Se practicó una aneurismorrafia con parche venoso (de vena safena externa homolateral). En los controles al mes y a los seis meses, el paciente permanece clínicamente asintomático. En el eco-Doppler de seguimiento se aprecia una correcta permeabilidad de la vena sin signos de insuficiencia venosa profunda en la zona poplítea. *Conclusiones.* A pesar de la escasez de series publicadas, dada la infrecuencia de esta patología, creemos que el tratamiento del aneurisma de vena poplítea debe ser quirúrgico, con el fin de evitar el embolismo pulmonar, dejando el tratamiento anticoagulante o antiagregante para el seguimiento postoperatorio.