

# XIII CONGRESO NACIONAL DEL CAPÍTULO DE FLEBOLOGÍA DE LA SEACV

Girona, 20-23 de abril de 2005

## COMUNICACIONES ORALES: SESIÓN I

1

### La calidad de vida en el tratamiento de la insuficiencia venosa crónica (IVC) en una Zona Básica de Salud (ZBS)

M.A. Palomino, P.J. Tárraga, A. Robayna,  
D. García, J.A. Rodríguez, M. López  
*Atención Primaria Cuenca, Albacete.  
Cátedra de Cirugía UAM. Madrid.*

**Objetivo.** Comprobar mediante el cuestionario CIVIQ si el tratamiento de la IVC mejora la calidad de vida (CV).  
**Pacientes y métodos.** 4.857 pacientes censados en la ZBS de Valverde del Júcar en la provincia de Cuenca. Se selecciona de forma aleatoria estratificada una muestra de 477 pacientes en torno a tres grupos de riesgo: carpinteros, amas de casa y jubilados; se captan a través de visita en lugares de trabajo, contacto con líderes de grupos y divulgación informativa. El estudio se desarrolla durante 6 meses, mediante el protocolo dirigido DDTCV (detección, diagnóstico, tratamiento y calidad de vida de la IVC). Se utiliza el programa estadístico SPSS v.11.  
**Resultados.** Se diagnostican 125 personas de IVC, confirmando mediante Doppler, y se realiza un seguimiento con tratamiento prescrito. La CV aumentó en todos los grupos de tratamiento, con un incremento mayor de la CV en el grupo de tratamiento combinado de medidas higienicodietéticas y posturales y terapia flebológica tópica y flebotónicos.  
**Conclusiones.** La combinación de medidas higienicodietéticas y posturales, más terapia flebológica tópica, más flebotónico, proporciona los mayores incrementos en la CV en el grupo de estudio. Se confirma que el test CIVIQ es una herramienta adecuada del tratamiento en pacientes con IVC.

2

### Influencia de mediadores de la ruta metabólica de elastina en la insuficiencia venosa primaria

C. Mendieta<sup>a</sup>, G. Pascual<sup>b</sup>, M. Rodríguez-Mancheño<sup>c</sup>,  
V. Gómez-Gil<sup>b</sup>, J.M. Bellón<sup>c</sup>, J. Buján<sup>b</sup>  
*<sup>a</sup>Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Ramón y Cajal.  
<sup>b</sup>Departamento de Especialidades Médicas. <sup>c</sup>Departamento de Cirugía.  
Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares,  
Madrid.*

**Introducción.** El componente elástico está entre los factores asociados con la patología venosa.

**Objetivo.** Determinar el patrón de expresión de diferentes marcadores de síntesis y degradación de elastina en venas normales y varicosas, y su correlación con la edad.

**Pacientes y métodos.** Grupo control; venas safenas normales: < 50 años ( $n = 6$ ) y  $\geq 50$  años ( $n = 6$ ). Grupo experimental; venas safenas varicosas: < 50 años ( $n = 8$ ) y  $\geq 50$  años ( $n = 8$ ). Venas normales y varicosas y cultivos de células endoteliales y musculares se sometieron a inmunohistoquímica e *immunoblotting* (anti-LOXL, anti-TGF $\beta_1$ , anti-tropoelastina).

**Resultados.** Mayor expresión para LOXL detectada en venas sanas del grupo de menor edad; las venas varicosas mostraron disminución de la expresión. Las muestras patológicas mostraron mayor expresión para tropoelastina y TGF $\beta_1$ . El marcaje para LOXL y tropoelastina disminuía con la edad. El *immunoblotting* reveló la presencia de pro-LOXL en todos los grupos, con expresión reducida en las células endoteliales respecto a las musculares. Las células musculares del grupo patológico de mayor edad mostraron gran expresión para TGF $\beta_1$ . La tropoelastina se detectó en cultivo, y mostró mayor expresión en las células musculares lisas obtenidas de venas varicosas.

**Conclusión.** Los marcadores involucrados en la síntesis de componente elástico (LOXL/TE) disminuyeron con la edad, mientras que en la condición varicosa TE incre-

menta y LOXL disminuye. La expresión de TGF $\beta$ <sub>1</sub> aumentó tanto con la patología como con la edad (SERVIER/UIP research fellowship 2003-2005).

### 3

#### **Eficacia y bajo coste en el tratamiento de la úlcera venosa mediante la aplicación de vendaje multicapa. A propósito de 46 casos**

C. Sappino, B. Cifuentes, F. Sainz, J. Castro, A. Sánchez, A. Millera, J. Leal

Hospital Ruber Internacional. Madrid.

**Introducción.** La úlcera venosa constituye en nuestro país un coste económico muy alto por el problema social que conlleva, con alto índice de recidivas y bajas laborales.

**Pacientes y métodos.** Entre enero 2004 y enero 2005 se han estudiado 46 pacientes con úlceras de etiología venosa e hipertensiva. Las úlceras presentaban un tamaño promedio de 6-30 cm<sup>2</sup>, con una antigüedad de entre 1 y 15 meses. De los 46 pacientes, 30 eran mujeres y 16 hombres, con edades comprendidas entre 46 y 89 años. Se les ha realizado tratamiento mediante *flow-wave* (fuente de onda sonora a baja frecuencia) y vendaje funcional inextensible multicapa con cumarina y pasta de óxido de zinc, haciendo cambio de vendaje semanal.

**Resultados.** Se expone el protocolo de trabajo y los resultados obtenidos que han sido altamente satisfactorios, al conseguir el cierre de todas las úlceras y disminuir hasta el 50% el tiempo de tratamiento según nuestros propios resultados previos.

**Conclusión.** El éxito del estudio ha consistido en que no solamente se ha cerrado la úlcera, sino que se ha conseguido rehabilitar al paciente al mismo tiempo, ya que el vendaje permite la deambulación del paciente y conseguir una bomba muscular activa.

### 4

#### **Tratamiento de varices tronculares mediante esclerosis ecoguiada con microespuma de polidocanol. Experiencia de mas de 500 casos**

L. Fernández-Alonso, A. Sierra, P. Lloret, N. Rodríguez-Spiteri, S. Mejía, J. Cabrera

Área de Flebología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona, Navarra.

**Objetivo.** Determinar si la inyección ecoguiada de un agente esclerosante en forma de microespuma puede ser una alternativa a la cirugía en pacientes con varices tronculares.

**Pacientes y métodos.** Desde enero de 2002 hasta diciembre de 2004 se han tratado 568 extremidades en 502

pacientes con varices, en los que un estudio eco-Doppler (ED) demostró la existencia de una incompetencia de la unión safenofemoral y del eje safeno interno. Todos se consideraron candidatos a safenectomía y a todos se les propuso la escleroterapia con microespuma como alternativa a la cirugía. El procedimiento se realizó de acuerdo a un protocolo y con el consentimiento informado del paciente.

**Resultados.** Se consideró como éxito la oclusión del eje safeno interno, objetivado mediante ED, y la desaparición de las varices tratadas. Durante un seguimiento medio de 18 meses (1-36) se observó un 98% de ejes safenos ocluidos y un 100% de desaparición de las varices tratadas. La obliteración de la safena interna se consiguió con una sola punción el 92% de los casos, con dos en un 6% y con más en un 2%. El volumen utilizado osciló en 5-30 cm<sup>3</sup>. En el 97% de los casos la concentración fue inferior al 1%. No existieron complicaciones graves (trombosis venosa profunda y/o embolismo pulmonar) y en un 12,7% se registraron complicaciones menores.

**Conclusiones.** La escleroterapia ecoguiada con microespuma de polidocanol de las varices tronculares es un procedimiento seguro y efectivo, y puede ser una alternativa a la safenectomía.

### 5

#### **Tratamiento endovascular de las varices mediante radiofrecuencia VNUS-Closure**

S. Rodríguez-Camarero, J.A. Ajona, J. Arteaga, B. Rodríguez-Camarero, S. Tagarro, M. García, E. González, E. Malo

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.

Clínica USP-La Esperanza. Vitoria, Álava.

**Introducción.** La ablación de venas safenas mediante radiofrecuencia es una terapéutica endovascular de las varices bien establecida en países como EEUU, con más de 40.000 pacientes tratados. No obstante, la introducción de esta tecnología en España es reciente, en enero de 2004.

**Objetivo.** Describir nuestros resultados iniciales en el tratamiento de las varices dependientes de safenas mediante radiofrecuencia (VNUS-Closure).

**Pacientes y métodos.** Hemos realizado un protocolo de tratamiento de varices tronculares dependientes de venas safenas con VNUS-Closure y seguimiento prospectivo. La intervención se efectúa bajo anestesia local y sedación de forma ambulatoria, bajo control ED intraoperatorio, con la utilización de introductores y sondas de radiofrecuencia de 6 u 8 F. El generador de radiofrecuencia permite mantener temperaturas estables intraluminales de 80-90 °C. El seguimiento es clínico, con valoración subjetiva del pa-

ciente, objetiva del cirujano y mediante exploración ED a la semana, 1, 3, 6 meses y 1 año. Posteriormente, anual. **Resultados.** Desde febrero de 2004 a febrero de 2005, hemos tratado a 17 pacientes con varices tronculares dependientes de safena interna, mediante terapéutica endoluminal con radiofrecuencia VNUS-Closure. Edades entre 19 y 76 años. La deambulación ha sido inmediata en todos los casos. No complicaciones postoperatorias. El control ED a la semana muestra un 100% de ablación de vena safena, sin repermeabilización en posteriores controles ni neovascularización inguinal. La aceptación por parte del paciente ha sido excelente. **Conclusión.** A pesar de nuestra todavía escasa casuística, los resultados iniciales obtenidos confirman los descritos en series mucho más amplias que avalan el tratamiento endovascular de las varices mediante VNUS-Closure.

## 6

### Importancia del dúplex peroperatorio en la práctica del láser endovenoso

J. Solés-Bahí, P. Solés-Bahí

*Centre d'Angiologia Dr. Solés. Girona.*

**Objetivos.** Demostrar la necesidad del dúplex peroperatorio (DPO) en la ablación de la safena mediante láser endovenoso (LEV) bajo anestesia local.

**Pacientes y métodos.** Desde enero hasta mayo de 2002 se realizaron 23 intervenciones con LEV sin el uso del DPO. Para la realización de la técnica se utilizó el dúplex únicamente como herramienta de marcaje preoperatorio. Después de analizar los resultados de esta primera serie de pacientes, se decidió introducir la práctica del dúplex en peroperatorio. Desde septiembre de 2002 hasta diciembre de 2004 se realizaron 260 intervenciones con LEV y DPO. En todos los casos se utilizó un ganchillo de Ramelet para, a través de una incisión mínima, aislar la vena safena para la posterior introducción de la fibra óptica. Se utilizó un láser de diodo Intermedic de 980 nm a una potencia de 12 W con pulsos de 3 s y un dúplex Esaote AU3 Partner.

**Resultados.** En la serie de 23 pacientes intervenidos sin la ayuda del DPO se observó la recanalización de la safena en un 44% de los casos a los tres meses. En los 260 pacientes intervenidos con DPO el porcentaje de fracasos fue del 4%.

**Conclusiones.** El DPO resulta imprescindible para la práctica del LEV. Entre las ventajas de su uso destacan: una mayor precisión en la anestesia local perivenosa que permite un tratamiento extensivo e indoloro, y el seguimiento de la progresión de la fibra con una mejor localización en el cayado.

## 7

### Tratamiento mediante láser endovascular de las varices de safena interna

C. Miquel, M. Salarich, A. Arias, N. Sanjosé, J. Beltrán, M.A. Llopis, J. Cotillas, J. Berruezo, J.G. Neves

*Hospital Sagrat Cor. Barcelona.*

**Introducción.** Hace un año y medio iniciamos el tratamiento endoluminal de las varices mediante láser. Se incluyeron pacientes > 18 años, con varices esenciales de safena interna, estadios C2-C6 de CEAP, excluyéndose por cirugía previa de varices, tortuosidad de safena interna y trombosis superficial y profunda previas.

**Pacientes y métodos.** Entre julio de 2003 y diciembre de 2004 hemos intervenido 141 extremidades en 136 pacientes de los que se han seguido 131 (47 H, 84 M) con promedio de edad de 47 años, y diámetro medio de safena en muslo de 10,4 mm (4-15). La intervención se efectuó en quirófano, bajo anestesia (regional, local + sedación o general con mascarilla laríngea) y en régimen ambulatorio o de ingreso 24 h. Se utilizó láser de diodo de 980 nm y fibra de 600 micras con cateterismo percutáneo o microflebotomía. Potencia entre 6 y 14 W, disparo de 3 s en modo pulsado, sobre todo el trayecto de safena hasta 8 cm de maléolo interno. Se efectuó eco-Doppler (ED) preoperatorio y seguimiento clínico a la semana, más ED al mes, 3 y 6 meses y al año.

**Resultados.** Seguimiento medio a los seis meses: fibrosis completa 85%, permeabilidad segmentaria 11,6% y total 3,4%. Hematomas en seis casos (4,6%) y neuritis de safena en cuatro (3%). Se resolvieron al mes y entre tres y seis meses, respectivamente.

**Conclusión.** El tratamiento mediante láser endoluminal constituye una técnica menos invasiva que la fleboextracción, con mejor resultado estético y funcional y mayor facilidad en el caso de reintervención por la ausencia de tejido fibroso y de neoformación venosa.

## 8

### Tratamiento de las varices con láser endovenoso frente a la fleboextracción convencional en cirugía sin ingreso: comparación de eficiencia y costos

J. Alós<sup>a</sup>, F. Oferil<sup>b</sup>, G. Ollé<sup>b</sup>, J. Bufill<sup>a</sup>, A. Martín<sup>b</sup>, L. Cuadrado<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cirugía Vascular. <sup>b</sup> Servicio de Anestesiología.

*Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Centro Quirúrgico Maresme. Mataró, Barcelona.*

**Objetivos.** Comparar la eficiencia del tratamiento de las varices con láser endovenoso (LEV) frente a la fleboextracción convencional, con relación a variables de calidad del procedimiento y socioeconómicas.

**Pacientes y métodos.** Realizamos un estudio retrospectivo en pacientes ambulatorios que se han intervenido de varices en nuestro centro. Los pacientes se dividieron en dos grupos en función de la técnica quirúrgica utilizada: grupo LEV con TIVA (anestesia total intravenosa) y grupo FLB (fleboextracción convencional) con anestesia intradural. Se revisaron: tiempos quirúrgicos, los de alta de la Unidad de Cirugía sin Ingreso (UCSI), la cantidad de analgésicos consumidos, el tiempo de baja laboral y el coste total aproximado del proceso.

**Resultados.** Revisamos 96 pacientes consecutivos (48 por grupo) comparables con relación a edad y sexo. El tiempo quirúrgico promedio fue de 42 (15) minutos para el Grupo LEV y de 61 (17) para el Grupo FLB ( $p < 0,001$ ). Los tiempos promedio de alta de UCSI fueron de 70 (22) minutos y de 125 (32) min, respectivamente ( $p < 0,0001$ ). El consumo de analgésicos fue de 1,5 analgésicos/paciente en el grupo LEV y 2,1 para el grupo FLB (NS). El período promedio de baja laboral fue de 3,1 días en el grupo LEV y de 12,4 días en el grupo FLB ( $p < 0,0001$ ). Los costos sanitarios de la técnica LEV son un 25% superiores, mientras que los costos laborales derivados son un 80% superiores en la fleboextracción.

**Conclusiones.** La técnica LEV permite reducir los tiempos quirúrgicos y el tiempo de alta de la UCSI; ello se relaciona posiblemente con una menor agresión quirúrgica y también con la técnica anestésica utilizada, mejorando la confortabilidad de los pacientes, disminuyendo los requerimientos de analgésicos y acortando el tiempo de baja laboral, y siendo el balance económico final favorable a la técnica LEV.

## COMUNICACIONES ORALES: SESIÓN II

### 1

#### Estudio epidemiológico, morfológico y evolutivo de los aneurismas venosos poplíteos

N. Mosquera, M. Martínez-Pérez  
Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela.  
Santiago de Compostela, A Coruña.

**Introducción.** Los aneurismas venosos poplíteos (AVP) son una patología infrecuente, pero no carente de importancia por su relación con la enfermedad tromboembólica venosa (ETEV). Con frecuencia el embolismo pulmonar es su primera manifestación clínica. La necesidad de flebografía para su diagnóstico permitió que un gran número pasase inadvertido. En el momento actual el eco-Doppler (ED) es la prueba principal para su detección.

**Objetivo.** Realizar un estudio prospectivo de observación para diagnóstico de AVP, su incidencia y evolución.

**Sujetos y métodos.** Se estudiaron 240 personas en tres grupos: 95 con insuficiencia venosa crónica, 46 con trombosis venosa profunda (TVP) y 99 sin patología venosa como grupo control con ED de extremidades inferiores y control clínico de 1 año. Se consideró AVP la vena con un diámetro superior a 20 mm.

**Resultados.** Se detectó solamente un caso correspondiente a la serie con trombosis (2,17%) que supone un 0,41% del total de personas estudiadas. Considerando el área sanitaria (450.000 habitantes), significa 0,22/100.000 habitantes y año. Su escasa frecuencia no permite extraer otro tipo de resultado en las variables estudiadas (sexo, edad, patología, etc.).

**Conclusiones.** Los AVP son infrecuentes y su incidencia en nuestro medio es similar a la publicada. Su principal riesgo es la ETEV. El caso detectado correspondía a la serie con TVP. El ED es la técnica de elección de diagnóstico y control clínico. Todo paciente con clínica de patología venosa debe explorarse con ED.

### 2

#### Tumores malignos del sistema linfovenoso

M. Davins-Riu, J. Latorre-Vilallonga, J.M. Romero-Carro, J.R. Escudero-Rodríguez, V. Artigas, E. Viver-Manresa  
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

**Objetivos.** Analizar la presentación clínica y el diagnóstico de los tumores malignos que afectan al sistema linfovenoso.

**Pacientes y métodos.** Se han recogido los 12 casos de tumores malignos del sistema linfovenoso que se han diagnosticado en nuestro hospital durante los últimos 30 años. Se destaca la clínica, los medios diagnósticos y las características de estos tumores, al mismo tiempo que hacemos una breve revisión sobre sus características fundamentales.

**Resultados.** Los 12 casos diagnosticados de tumores que implicaban al sistema linfovenosos correspondían a: leiomiomasarcoma de vena cava (tres), angiosarcoma (dos), linfangiosarcoma de Stewart-Treves (tres), sarcoma de Kaposi (dos), angioendotelioma (uno) y angioepitelioma (uno). Ninguno de ellos tenían un diagnóstico de entrada correcto, siendo en los pacientes con sarcoma de Kaposi el de insuficiencia venosa crónica.

**Conclusiones.** Los tumores malignos linfovenosos son entidades muy poco frecuentes en nuestra práctica diaria. Son enfermedades graves que precisan un diagnóstico etiológico precoz y un tratamiento multidisciplinar, en el que el angiólogo debe desempeñar un papel importante por la implicación linfovenosa.

3

### **Agnesia de vena cava inferior en pacientes adultos jóvenes con trombosis venosa profunda ilíaca**

R. García, C. Berga, F. Pañella, N. Rodríguez, X. Admetller, M. Mellado, V.M. Paredero

*Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.*

*Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.*

**Objetivo.** Estudiar la posible asociación de anomalías congénitas de vena cava inferior (VCI) en pacientes con trombosis venosa profunda (TVP) ilíaca cuando se han descartado otros factores de riesgo.

**Pacientes y métodos.** Desde enero de 2002 a enero de 2005 hemos tratado un total de 92 TVP, 10 de las cuales eran adultos jóvenes (20-35 años). Se realizaron los estudios habituales, descartándose patología asociada, así como enfermedades hematológicas. A todos ellos se les ha practicado angio-TAC abdominal.

**Resultados.** De los enfermos adultos jóvenes que presentaban TVP (cuatro hombres y seis mujeres), ocho correspondían a TVP ilíacas; posteriormente se encontraron tres casos de agnesia de la VCI (37% del total de TVP ilíacas).

**Conclusiones.** La agnesia de VCI es una causa poco frecuente, aunque también poco estudiada, de TVP. Hay que tenerla en cuenta, sobre todo en casos de TVP ilíacas en adultos jóvenes en los que no se identifican otros factores

4

### **Valor del dímero D como marcador de recurrencia de la enfermedad tromboembólica venosa. Resultados preliminares**

A. Romera, A. Pérez-Piqueras, M.A. Cairols, X. Martí, C. Herranz

*Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de LL., Barcelona.*

**Objetivo.** Valorar si los niveles de dímero D después de un episodio de TVP aguda idiopática de los MMII se correlaciona con la recurrencia de la enfermedad tromboembólica venosa (ETEV).

**Pacientes y métodos.** Estudio prospectivo de cohortes, período 2004. En total se diagnosticaron 200 pacientes con TVP, de los cuales sólo se pudieron incluir 54, 21 mujeres y 33 hombres (edad media: 64,6 años; intervalo: 18-78 años). Criterios inclusión: TVP inferior a 3 meses de evolución, consentimiento informado, esperanza de vida > 1 año y condición clínica sin riesgo vital. Criterios de exclusión: trombofilia hereditaria y/o adquirida conocida. Los pacientes se trataron en régimen ambulatorio

con HBPM seguida de anticoagulación oral durante 6 meses. Control clínico al mes y 6 meses. Control hemodinámico y analítico (dímero-D) a los 6 meses. Consideramos dímero D positivo si valor > 250 ng/mL. Se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo, así como la fiabilidad global.

**Resultados.** A los 6 meses, 50 pacientes tenían dímero D negativo y 4 positivo. Hubo un caso de retrombosis a los 2 meses de finalizar el tratamiento. Este paciente tenía un dímero D de 470. La sensibilidad fue del 100%, la especificidad del 94%, un valor predictivo positivo del 25%, un valor predictivo negativo del 100% y una fiabilidad global del 94%.

**Conclusiones.** El dímero D es también útil como valor predictivo para la recurrencia de ETEV. Los pacientes con dímero D < 250 ng/mL tras 6 meses de tratamiento tienen una baja probabilidad de recurrencia de ETEV.

5

### **Diagnóstico clínico de la trombosis venosa profunda mediante modificación de la escala de Wells**

J.N. Fuentes, G. Mestres, V. González, J. Valera, J.M. Domínguez, M. Matas

*Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular.*

*Hospital General Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Objetivo.** Validar el diagnóstico clínico, mediante escala modificada de Wells, en pacientes con sospecha de trombosis venosa profunda (TVP).

**Pacientes y métodos.** Estudio de observación y prospectivo. Incluye 203 pacientes remitidos consecutivamente a urgencias por sospecha de TVP desde julio 2004 a febrero 2005. Se aplica escala de Wells modificada, clasificando a los pacientes en bajo y alto riesgo. La escala está formada por cinco factores: neoplasia, edema con fovea, empastamiento gemelar, dilatación de venas superficiales no varicosas y dolor en el trayecto del sistema venoso profundo. Puntuación de 0-12 puntos. Valores superiores a seis puntos determinan alto riesgo de TVP. Se realiza eco-Doppler (ED) (patrón oro) a todos los pacientes.

**Resultados.** De los 203 pacientes, 52 (25,6%) se diagnosticaron de TVP por ED. Aplicada la escala modificada de Wells: 156 (76,8%) riesgo bajo y 47 (23,2%) riesgo alto. En el 100% de los pacientes con alto riesgo se confirmó la TVP tras practicar el ED (especificidad y VPP del 100%). El índice kappa (concordancia) entre alto riesgo en la escala y la presencia de TVP es de 0,93. En los 156 pacientes con bajo riesgo se hallaron cinco TVP: cuatro de ellas presentaron seis puntos en la escala y la otra cuatro. Ningún paciente con puntuación inferior a 4

presentó TVP. El ED se muestra imprescindible para diagnosticar la TVP, en los 41 pacientes con puntuación entre 4 y 6 (20% de la muestra).

**Conclusión.** En la mayor parte de los casos, es factible realizar clínicamente el diagnóstico de TVP con seguridad suficiente.

## 6

### **Papel de un Servicio de Angiología y Cirugía Vascular en el tratamiento de la trombosis venosa en el departamento de Urgencias de un hospital de referencia**

A. Pérez-Piqueras, A. Romera, M.A. Cairols, F. Guerrero, C. Herranz

*Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de LL., Barcelona.*

**Objetivo.** Valorar la experiencia clínica en nuestro Servicio de Urgencias de los pacientes con sospecha de trombosis venosa profunda (TVP) aguda de las extremidades.

**Pacientes y métodos.** Estudio descriptivo-retrospectivo, período 2004. Se diagnosticaron 200 pacientes (103 hombres y 97 mujeres, edad media: 64,6 años; intervalo: 18-78 años) del total de pacientes remitidos al Servicio de Urgencias por sospecha de TVP. El protocolo diagnóstico incluye: criterios clínicos de Wells, dímero D y eco-Doppler (ED). Se valoraron los antecedentes clínicos y factores predisponentes, y localización anatómica, y también la evolución en estos 12 meses.

**Resultados.** Sólo ingresaron 41 de los 200 (20,5%) pacientes. En 128 (64%) casos la localización fue femoropoplíteas y distal, siendo proximal en 49 (24,5%) (dos en VCI) y nueve de miembros superiores. En otros cuatro pacientes hubo localizaciones combinadas. En sólo los tres primeros meses se diagnosticaron 72 casos (31%). En 17 (8,5%) había antecedentes de TVP o TEP y 53 (26,2%) de cáncer. Hubo afectación de extremidades y pulmonar en 13 pacientes (6,5%) y en el período evolutivo se detectaron tres pacientes con TEP; en ninguno de los casos la localización era proximal. Se produjeron cuatro fallecimientos, tres por neoplasia y uno por TEP masivo recurrente. Hubo sólo cuatro casos de discordancia diagnóstica (positividad ecográfica y negatividad de dímero D).

**Conclusión.** La TVP como parte importante de nuestra especialidad requiere de un Servicio de Angiología y Cirugía Vascular en Urgencias para mejorar la calidad asistencial al establecer la terapéutica en sólo los enfermos que lo precisan, ahorrando estancias hospitalarias.

## 7

### **Alternativas terapéuticas en la trombosis venosa subclavioaxilar primaria**

R. Riera, J. Cordobés, O. Merino, R. Lara, E.M. Rimbau, P. Lozano.

*Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.*

**Objetivo.** Evaluar las opciones terapéuticas en la trombosis venosa subclavioaxilar primaria (TVSA).

**Pacientes y métodos.** Estudio de observación y retrospectivo desde enero de 1991 a diciembre de 2004 de 31 pacientes ingresados por TVSA. El diagnóstico se realizó mediante eco-Doppler (ED) venoso y confirmación con flebografía. Grupo A: tratamiento combinado con fibrinólisis, anticoagulación oral y resección de primera costilla vía transaxilar en 14 pacientes. Grupo B: fibrinólisis y anticoagulación oral en 10. Grupo C: anticoagulación oral y drenaje postural en ocho pacientes. Se realizó angioplastia percutánea a ocho pacientes (cinco grupo A y tres grupo B). Análisis de resultados y complicaciones. **Resultados.** Edad media: 33,3 ± 12,2 años. Tiempo medio de evolución: 22,5 horas. Seguimiento medio: 18,8 meses (intervalo: 6-118 meses). La fibrinólisis consiguió un 80% de recanalización completa. Con la angioplastia no se observó mejoría angiográfica. En el grupo A se consiguió la remisión del edema en el 92% de los pacientes y en los grupos B y C en el 57% ( $p = 0,038$ ). Se observó un caso de retrombosis a los 3 años en el grupo C. Las complicaciones con la fibrinólisis fueron un caso de hematuria y otro de rabdomiólisis. Hubo un caso de hemotórax tras la resección de costilla que precisó de drenaje.

**Conclusiones.** El tratamiento óptimo de la TVSA es la recanalización del segmento trombosado junto a anticoagulación oral y resección de primera costilla. La angioplastia tras la fibrinólisis no mejora el resultado angiográfico.

## POSTERS

## 1

### **Yatrogenia inusual en cirugía de varices**

J. Villaverde, R. García, F. Franco, B. García, J. Fernández  
*Unidad de Angiología y Cirugía Vascular. Complejo Hospitalario de Pontevedra. Hospital Montéselo. Pontevedra.*

**Objetivo.** Poner de manifiesto una complicación muy inusual derivada de la cirugía de varices.

**Caso clínico.** Varón de 21 años sin antecedentes personales de interés, sin hábitos tóxicos, intervenido de

varices miembro inferior derecho (MID) hace 5 meses en centro concertado que no disponía de cirujano vascular. Su motivo de consulta es la claudicación de MID a raíz de la citada intervención, manifestándose asintomático previamente. Dicha claudicación se produce únicamente con esfuerzos moderados. El paciente acude a nuestra unidad, donde se aprecia en la exploración ausencia de pulso poplíteo y distales en MID con pulsilidad distal conservada en miembro inferior izquierdo (MII). En eco-Doppler se observa ausencia de flujo en origen de femoral superficial con recanalización a 10 cm de su origen. Se realiza una arteriografía objetivando oclusión de femoral superficial derecha al origen, recanalizando a nivel del Hunter; resto de árbol arterial sin patología aparente. Por la exploración, historia clínica y pruebas complementarias se concluye como diagnóstico más probable la lesión arterial durante la intervención de varices. Se interviene quirúrgicamente objetivando lesión en origen de femoral superficial y recanalización de la misma a aproximadamente 8 cm de su origen. Se realiza *by-pass* con vena safena invertida, recuperando el paciente pulsos distales en dicha extremidad. El postoperatorio transcurre sin incidencias reseñables.

**Conclusión.** Aunque dicha complicación es extremadamente inusual en la cirugía de varices, nunca debemos pasar por alto la posibilidad de la misma ante una clínica sugerente de afectación arterial.

## 2

### Traumatismo venoso poplíteo por asta de toro

I. San José, P. de Marino, L.A. Carpintero,  
I. del Blanco, J. Bustamante, A.M. Mateo  
*Hospital Clínico de Valladolid. Valladolid.*

**Introducción.** La tradición taurina en España hace que las lesiones por asta de toro sean frecuentes durante los festejos. La lesión aislada de la vena poplíteo puede tratarse mediante ligadura o reparación. A pesar de que distintos trabajos demuestran que la ligadura y extracción de la vena femoral superficial y poplíteo, para cirugía de revascularización, suele tolerarse bien, en los traumatismos vasculares, debido a la gran destrucción tisular (red venosa y linfática colateral), debe conservarse para evitar la hipertensión venosa y garantizar la viabilidad de la extremidad.

**Caso clínico.** Varón de 23 años que sufrió una cogida en hueso poplíteo derecho. Al ingreso se encontraba hemodinámicamente estable. Se instauró antibioterapia de amplio espectro y vacuna antitetánica. En la exploración quirúrgica se visualizó una amplia destrucción de tejidos (incluida la vena safena), contusión y desgarro de la vena poplíteo. Se controlaron y se clamparon (heparinización local) los

cabos venosos y los tejidos desvitalizados se extirparon. En la reconstrucción venosa, para salvar la diferencia de calibre, se utilizó un cilindro (diámetro 2,5 cm) preconfeccionado sobre jeringa de 10 mL a partir de un segmento (10 cm) de safena contralateral, suturado terminoterminal con puntos sueltos. El postoperatorio cursó con edema, que cedió en pocos días. Se anticoaguló con acenocumárol durante un año. A los cinco años permanece asintomático y con flebografía y dúplex normales.

**Conclusión.** En pacientes jóvenes, así como en traumatismos con extensa destrucción tisular, la reconstrucción venosa *in situ* de la vena poplíteo es el tratamiento de elección.

## 3

### Edema de extremidad inferior y oliguria en trasplantado renal

J.M. Domínguez, J.M. Fuentes, V. González,  
J. Valera, B. Álvarez, M. Matas  
*Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular.  
Hospital General Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Objetivo.** Exponer un caso de paciente trasplantado renal con edema global de extremidad inferior ipsilateral al injerto y oliguria.

**Caso clínico.** Paciente de 52 años de edad, insuficiencia renal crónica terminal secundaria a nefropatía diabética, en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis desde 2003. Antecedentes patológicos: diabetes mellitus insulino-dependiente de 20 años de evolución con retinopatía y neuropatía; hipertensión arterial; cardiopatía hipertensiva; anemia EPO-dependiente. Se procede a trasplante renal en fosa ilíaca derecha. Positivo para citomegalovirus. Al alta injerto normal con arteria y vena permeables por ecografía, creatinina de 1,8 mg/dL y correcta curva en renograma isotópico. Un mes más tarde refiere edema global de extremidad inferior derecha y oliguria de 24 h de evolución. Se evidencia trombosis venosa iliofemoropoplíteo derecha por eco-Doppler con afectación de vena renal, trombosada parcialmente. Creatinina de 4,9 mg/dL. El diagnóstico se confirma mediante angiorresonancia. Se decide anticoagulación con heparina Na en perfusión. El paciente mejora del edema tras reposo absoluto con extremidad elevada y anticoagulación. Mantiene diuresis correctas con disminución de creatinina. La ecografía de control evidencia permeabilidad de vena renal, con persistencia de trombosis iliofemoral. Al alta creatinina de 1,9 y renograma correcto. La permeabilidad se confirma con angio-RM. Inicia anticoagulación oral ambulatoriamente.

**Conclusiones.** La trombosis venosa de extremidad inferior con afectación de vena renal en trasplante renal es infrecuente. Hay tres posibilidades terapéuticas descri-

tas: fibrinolíticos, cirugía y anticoagulación. En este caso la anticoagulación ha resultado la opción más adecuada, por presentar menor riesgo de tromboembolismo pulmonar y correcta permeabilidad de vena renal con injerto renal funcional.

#### 4

### Angiodisplasia nasal: embolización, resección y reconstrucción

A. Mateo, A. de Marino, P. Sandoval,  
I. San José, L. Carpintero

*Hospital Universitario de Valladolid. Valladolid.*

**Caso clínico.** Varón de 35 años. Dos intentos previos de suicidio. Malformación deformante nasal desarrollada en su adolescencia. Ulteriormente ulcerada e infectada. Intensamente dolorosa. Estudio arteriográfico selectivo demuestra microfístulas arteriovenosas de las que emergen flebectasias. Se emboliza con microesferas de iva-lón, reduciendo parcialmente su vascularización. En ulterior intervención se procede a la extirpación completa del apéndice nasal con ligadura de todas las aferencias y eferencias vasculares. Tras un período de cicatrización del orificio nasal residual y de la reducción del mismo (6 meses), se procede a colocar un expansor cutáneo frontal durante 3 meses hasta obtener piel suficiente para un colgajo que cubra el defecto, suturándolo a sus bordes y, a las 3 semanas, seccionar su pedículo. Con posterioridad se modela en tres nuevas operaciones para conseguir los orificios nasales y depilar la base procedente del cabello.

**Conclusión.** El paciente ha vuelto a su vida normal tras ocho intervenciones quirúrgicas en 1 año y 2 meses.

#### 5

### Embolización de fístula arteriovenosa de arteria hipogástrica

V. González, J.M. Fuentes, J.M. Domínguez,  
J. Valera, G. Mestres, M. Matas

*Servicio de Cirugía Vascular y Endovascular.*

*Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Objetivo.** Exponer el caso clínico de una paciente con fístula arteriovenosa de hipogástrica izquierda con edema de muslo.

**Caso clínico.** Mujer de 55 años hipertensa, trombosis venosa profunda iliofemoropoplíteas extremidad inferior izquierda diagnosticada por eco-Doppler (ED) en julio 2000. El estudio etiológico descubre, en tomografía computarizada, tumor de origen ginecológico, realizándose en agosto de 2000 histerectomía y doble anexecto-

mía con filtro de VCI temporal. En el postoperatorio empeora el edema y se mantiene anticoagulación durante 6 meses. Un ED de control en 2003 pone de manifiesto fístula arteriovenosa (FAV) en territorio iliaco izquierdo probablemente iatrogénica. Una angiorresonancia y una arteriografía demuestran FAV de arteria hipogástrica izquierda, con ingurgitación de estructuras venosas profundas dependientes de vena iliaca común izquierda, con obliteración proximal de la misma. En enero de 2004 se realizó embolización de la FAV con *coils* con mejoría inicial. A finales de 2004 presenta empeoramiento clínico, y ecografía y RM de control muestran repermeabilización de la FAV. En enero de 2005 se procede a oclusión de arteria hipogástrica izquierda con ocluidor y colocación de *stent* cubierto 10 x 6 en arteria iliaca común y externa izquierdas. En arteriografía de control se observa correcta exclusión de la hipogástrica izquierda, aunque existe relleno de la FAV por hipogástrica derecha y circunfleja femoral izquierda. En el postoperatorio y el seguimiento posterior en consultas externas se objetiva mejoría del edema de muslo izquierdo.

**Conclusión.** La embolización y exclusión del vaso aferente de FAV de alto débito sintomáticas es una alternativa válida para disminuir la hipertensión venosa.

#### 6

### Catéteres venosos centrales: ruptura y anudamiento. Abordaje mixto endovascular y abierto

E.M. San Norberto-García, V. Gutiérrez-Alonso,  
I. del Blanco-Alonso, M.A. Ibáñez-Maraña,  
N. Cenizo-Revuelta, J.A. Brizuela-Sanz, J.A. González-Fajardo,  
L. del Río-Solá, S. Carrera-Díaz, C. Vaquero-Puerta

*Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

**Introducción.** Las complicaciones mecánicas de los catéteres venosos, como la ruptura o el anudamiento, son excepcionales, aunque cada día más frecuentes por la gran difusión de sus indicaciones. En la actualidad el empleo de técnicas endovasculares con guías o catéteres lazo permite la resolución en la mayoría de las ocasiones.

**Casos clínicos.** El caso 1 presenta un catéter central colocado a través de vena subclavia, el cual forma parte de un acceso permanente con reservorio subcutáneo. Tras su ruptura, se encuentra libre con extremo proximal dentro de cavidades cardíacas derechas y distal en vena subclavia. En el caso 2 se observa otro catéter instalado en vena yugular interna, que muestra un nudo verdadero en su segmento medio y con extremo distal en cava superior. En ambos casos se realizaron radiografías simples de tórax en proyección posteroanterior y lateral para observar su posición y estudio eco-Doppler (ED), en el



que se observó la ausencia de trombosis asociada a los catéteres. La técnica realizada consiste en la colocación de un introductor del número 12 en yugular interna mediante disección y control quirúrgico de la misma, accediendo por una pequeña cervicotomía bajo anestesia local. En la extracción del catéter se empleó un fórceps Jenkner a través del dispositivo implantado y asistencia con control radiológico.

**Conclusión.** La técnica que se presenta constituye una opción en los casos en que no sean posibles los procedimientos endovasculares y previamente a recurrir a las opciones quirúrgicas abiertas más agresivas.

## 7

### Un caso excepcional de síndrome de Klippel-Trénaunay-Servelle con agenesia del sistema venoso profundo

J. Barreiro, J. Latorre, M. Davins,  
M.I. Sánchez, J.M. Romero, E. Viver  
*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.*

**Introducción.** El síndrome de Klippel-Trénaunay-Servelle (KTS) es una anomalía congénita compleja caracterizada por la presencia de angioma plano (*nevus flammeus*), hipertrofia corporal segmentaria o sistémica no armónica y varicosidades atípicas desde la infancia.

**Objetivo.** Presentamos el caso de un paciente joven con una úlcera complicada con varicorragias secundarias a un síndrome de KTS con agenesia del sistema venoso profundo (SVP).

**Caso clínico.** Varón de 25 años, afecto de un síndrome de KTS (diagnosticado a los 17 años). La mala inserción (oclusiva) del músculo del tercer aductor se traduce, en este caso, en una agenesia del SVP (femoropoplíteo y distal) de la extremidad izquierda. El drenaje venoso del miembro es a través de una gran colateral externa. Presentaba una extensa úlcera en la pierna, de años de evolución, que se complica con episodios recidivantes de varicorragia, que no respondían a las medidas conservadoras (vendaje compresivo y ligadura percutánea de la vena de drenaje en su tercio proximal). Dada la evolución agresiva del cuadro, con múltiples episodios de varicorragia, se realiza la fleboextracción de la gran colateral externa en sus dos tercios distales bajo anestesia general. En los primeros 30 días postoperatorios se consiguen yugular los episodios hemorrágicos y a los 3 meses el cierre completo de la úlcera. Actualmente, y tras 15 meses de seguimiento, el paciente no ha presentado recidiva hemorrágica.

**Conclusión.** A pesar de que el tratamiento fundamental del síndrome de KTS es conservador, en aquellos pacientes que presenten complicaciones graves y refractarias, debe valorarse una terapéutica quirúrgica agresiva.

## 8

### Estudio de observación sobre la eficacia de la urocinasa tópica en la curación de las úlceras de etiología vascular

P. Carreño, J. Alós, J. López, M. del Bas, J. Marinello  
*Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.  
Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona.*

**Objetivo.** Constatar la utilidad de la urocinasa tópica como recurso terapéutico para el tratamiento de las úlceras vasculares sobre la base de su capacidad de incrementar la angiogénesis en el proceso de reparación.

**Pacientes y métodos.** Estudio de observación en cinco pacientes de nuestro servicio con úlceras crónicas en extremidades inferiores (EEII). Se trató a tres mujeres y dos varones, edad media de 69 años (30-83). La etiología fue: cuatro por hipertensión venosa y uno por síndrome de Klippel-Trénaunay-Servelle. La evolución media fue de 6 meses (3-12 meses). Se realizó cultivo mediante frotis y punción con detenimiento, efectuándose tratamiento por vía general según antibiograma. Se realizó medición del área y volumen al principio y al final del estudio, según el método de Kundin con aplicación de los factores de corrección:  $\text{área} = \text{longitud} \times \text{anchura} \times 0,785$ , y  $\text{volumen} = \text{área} \times \text{profundidad} \times 0,327$ . El preparado se obtuvo diluyendo 100.000 U de urocinasa en 100 mL de suero fisiológico, aplicándose en gasas impregnadas cada 8 h, y sellándolo con un apósito impermeable para evitar la evaporación de dicha dilución. El tratamiento duró una media de 5,5 días, con control de observación macroscópico y registro fotográfico los días 0, 2, 4 y final de la cura.

**Resultados.** Todos los cultivos presentaban flora monomicrobiana, sin presencia de anaerobios. Se objetivó una mejoría macroscópica de las úlceras con activación del tejido de granulación con desaparición de la fibrina del fondo de la úlcera y su volumen, no así de su área. En el seguimiento posterior se objetivó el cierre de todas ellas a los cuatro meses del alta hospitalaria.

**Conclusión.** Las curas con urocinasa tópica constituyen una opción añadida al arsenal terapéutico tópico en la limpieza de las úlceras vasculares profundas y esfaceladas, contribuyendo al acortamiento del tiempo de cicatrización total.

### Utilidad del tratamiento con factores de crecimiento plaquetario y fibrina en las úlceras venosas postrombóticas de larga evolución

M. Martínez-Pérez, B. Mouriño

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Clínico-Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela, A Coruña.

**Introducción.** Las úlceras postrombóticas constituyen un grave problema sanitario. La hipertensión venosa (HTV) provoca cambios titulares que confieren gran torpidez en la reparación tisular, que es un proceso complejo con implicación de factores bioquímicos y celulares interaccionados con factores de crecimiento, plaquetas, monocitos, macrófagos, fibroblastos y células endoteliales. Macrófagos y plaquetas desempeñan un papel predominante. La fibrina constituye un medio idóneo para la fijación de plaquetas y la consiguiente liberación de factores de crecimiento y formación de neovasos.

**Objetivo.** Demostrar que la aplicación de factores de crecimiento contenidos en las plaquetas fijados a la úlcera mediante fibrina autóloga, podría favorecer su cicatrización.

**Pacientes y métodos.** Se trataron siete pacientes con úlceras postrombóticas de evolución superior a 10 años, extrayéndoles 120 cm<sup>3</sup> de sangre, de la que con la unidad procesadora Vivostat<sup>®</sup> se obtiene el concentrado de fibrina y plaquetas. Mediante un lápiz atomizador se aplicará sobre la úlcera con posterior vendaje compresivo, una vez a la semana durante 5 semanas.

**Resultados.** No se obtuvo mejoría clínica significativa en ningún caso.

**Conclusiones.** En estos pacientes tan evolucionados con HTV grave y úlceras de gran extensión y afectación tisular, la granulación del lecho ulceroso no se aceleró con la aplicación de factores de crecimiento plaquetario y fibrina, tal vez por la grave afectación tisular (esclerosis, isquemia, etc.) que esta patología tan evolucionada conlleva y que bloquea su nivel de actuación.

### Fibrinólisis en vena cava inferior tras colocación de filtro de vena cava suprarrenal temporal en paciente con tromboembolismo pulmonar agudo

F. Sellés, F. Fernández, A. Rodríguez,  
R. Rodríguez, M.J. Lara, E. Navarro, E. Ros

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

**Introducción.** En pacientes con filtro de vena cava inferior (VCI) previo es infrecuente el desarrollo de trombosis suprafiltro provocando un nuevo tromboembolismo

pulmonar (TEPA), pero puede ocurrir como sucede en nuestro caso. En esta situación, es posible realizar fibrinólisis por encima del filtro tras la colocación de un filtro temporal suprarrenal con el fin de realizar protección pulmonar y recuperar la permeabilidad cava.

**Caso clínico.** Varón de 64 años con antecedentes de *bypass* aortoiliaco izquierdo, trombosis venosa profunda (TVP) iliofemoral izquierda y TEPA con colocación de filtro de vena cava infrarrenal por hemoptisis masiva (1994). En 2005 sufre infarto agudo de miocardio, se sustituye anticoagulantes orales por antiagregación y dos meses después aparece cuadro de edema en ambos miembros inferiores, disnea y dolor torácico. Se diagnostica TVP ilíaca bilateral y TEPA. La TAC toracoabdominal demuestra trombosis cava suprafiltro. Se decide realizar fibrinólisis del trombo con urocinasa, previa colocación de filtro temporal suprarrenal vía yugular interna derecha. Tras dos días de fibrinólisis y correctos controles de coagulación realizamos TAC, que comprueba permeabilidad de vena cava y ausencia de trombo; se suspende la misma y se retira el filtro temporal. El paciente es dado de alta bajo anticoagulación.

**Conclusiones.** La fibrinólisis de vena cava en pacientes con filtro de vena cava es una alternativa válida, sobre todo para disminuir el riesgo de nuevos TEPA. Aconsejamos la colocación de un filtro temporal para la realización de la misma, y evitar así la colocación de filtro definitivo en posición suprarrenal.

### Tratamiento endovascular de las estenosis venosas iatrogénicas de las extremidades superiores de pacientes en hemodiálisis

J. López<sup>a</sup>, J. Alós<sup>a</sup>, P. Carreño<sup>a</sup>, M. Casals<sup>b</sup>,  
M. Romero<sup>b</sup>, J. Gabás<sup>b</sup>, J. Marinello<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital de Mataró.

<sup>b</sup>Centro de Diálisis de Mataró. Mataró, Barcelona.

**Introducción.** Los pacientes en tratamiento con hemodiálisis presentan en su evolución múltiples complicaciones con los accesos vasculares, que pueden obligar a colocar catéteres en vías centrales con carácter provisional o permanente. Ello puede desencadenar trombosis o estenosis venosas, añadiendo nuevas complicaciones, con la aparición de edema de la extremidad y dolor, que conlleva una subdiálisis del paciente.

**Objetivo.** Valorar la utilidad de la angioplastia + *stent* en los casos de estenosis venosas en pacientes sometidos a hemodiálisis.

**Casos clínicos.** Se estudió a cuatro pacientes que presentaron en su evolución edema del brazo con parámetros de subdiálisis por recirculación venosa, siendo la causa

etiológica una estenosis venosa central en miembros superiores (MMSS). La edad media fue de 63,5 años (intervalo: 42-74), el tiempo medio desde el inicio de la diálisis fue de 45 meses (intervalo: 18-66), con una media de 4,75 accesos vasculares previos (intervalo: 3-7), portadores de múltiples catéteres centrales previos; la media fue de 2,25 (intervalo: 1-3). En todos ellos la clínica fue de subdiálisis, apareció edema y dolor importante de la extremidad en tres pacientes. El diagnóstico se realizó por eco-Doppler y flebografía. Topográficamente se presentaron dos estenosis en el tronco braquiocefálico izquierdo y dos en el lado derecho. Todas ellas se trataron mediante dilatación percutánea e implantación de *stent*, tipo Wallstent. Éxito técnico del 100%. En todos los casos se corrigieron los parámetros de diálisis y el edema desapareció por completo a las 48 horas.

**Conclusión.** El tratamiento endovascular sobre los segmentos venosos estenosados de pacientes en hemodiálisis, es seguro y eficaz para mantener los accesos vasculares de la extremidad y así aumentar la calidad de vida de estos pacientes.

## 12

### Tratamiento de la hipertensión venosa iatrogénica en extremidad superior mediante angioplastia y *stent* en vena subclavia

D. Caicedo, M. Martínez-Pérez, N. Mosquera

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Clínico-Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela, A Coruña.

**Introducción.** La implantación de catéteres en el sistema venoso con fines terapéuticos puede producir trombosis venosa que no siempre se recanaliza con su extracción. Los lugares de elección son las venas yugular y subclavia. La extremidad superior es la que se afecta por la hipertensión venosa (HTV) de esta etiología, desarrollando un cuadro clínico de edema, pesadez, dolor, dilatación de venas superficiales y úlceras en casos graves. En un gran número de casos es asintomática.

**Objetivo.** Repermeabilizar el eje venoso subclavio-innominado causante de la HTV en la extremidad superior mediante técnica endovascular.

**Caso clínico.** Paciente de 71 años al que se había implantado un año antes un catéter temporal en vena subclavia derecha para hemodiálisis. Antecedentes de cirugía coronaria. Se había practicado fístula de hemodiálisis en antebrazo derecho que había fracasado sin utilizar. Presentaba ingurgitación venosa superficial, pesadez, discreto edema y dolor. El estudio flebográfico mostró oclusión de tronco innominado izquierdo y estenosis suboclusiva de subclavia derecha proximal. Se practicó

angioplastia e implantación de dos *stents* (diámetro 6 mm) en vena subclavia, consiguiéndose repermeabilización satisfactoria. Resultado satisfactorio. En esa extremidad se practicó posteriormente nuevo acceso vascular para hemodiálisis con permeabilidad a 8 meses.

**Conclusión.** La angioplastia y *stent* para repermeabilizar el eje venoso subclavio-innominado ocluido por catéteres terapéuticos constituye una nueva alternativa para tratar la HTV del miembro superior, no sólo en pacientes sintomáticos, sino también en aquellos con insuficiencia renal crónica que requieran acceso vascular para hemodiálisis.

## 13

### Compresión venosa femoral secundaria a quistes articulares intra y extravasculares: a propósito de dos casos

L. Leiva, A. Arroyo, J. Porto, A. Sánchez, S. Carmona, R. Montero, J. Gil, C. Abarrategui, A. Moreno, B. Escudero, R. Gesto

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

**Introducción.** La patología quística de origen articular en la región inguinal incluye entidades de localización intra y extravascular. Presentamos dos casos de compresión sintomática de vena femoral provocados por un higroma quístico y un quiste adventicial.

**Casos clínicos.** Caso 1: mujer de 38 años con antecedente de cirugía correctora en la infancia por luxación de cadera bilateral, acude por edema de pierna izquierda de tres semanas de evolución. Se trata de una estructura quística en región inguinal, que produce obstrucción de vena femoral común. Tras el vaciamiento y exéresis del quiste, la paciente fue dada de alta con desaparición de la clínica. El resultado del examen patológico fue higroma quístico. Caso 2: varón de 61 años con clínica ortostática en pierna izquierda de 20 años de evolución. La ecografía Doppler objetivó incompetencia del cayado de safena interna y una masa quística, comunicada con la cadera, que comprime la vena femoral común. El tratamiento fue la quistectomía asociada a cirugía de varices, con buena evolución clínica. El material se etiquetó de quiste adventicial venoso.

**Conclusiones.** La patología quística extravascular está bien documentada en la literatura, aunque este es el primer caso descrito como higroma quístico con compresión venosa asociada. La enfermedad quística adventicial se describe ampliamente en el territorio arterial, poplíteamente; sin embargo, sólo existen 12 casos de afectación venosa, y la localización más frecuente es la vena femoral común. En ambos casos se necesita un

diagnóstico preciso, y el tratamiento de elección es el vaciamiento y resección de la lesión, consiguiéndose restablecer el flujo venoso.

14

#### Atrapamiento de vena innominada

O. Andrés, L. Álvarez, C. Esteban, C. Lisbona, A. Martorell, R. Lerma, J.M. Callejas  
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.  
Badalona, Barcelona.

**Objetivo.** Mostrar el caso clínico de un paciente que presenta un atrapamiento de la vena innominada por el tronco arterial braquiocefálico.

**Caso clínico.** Varón de 25 años que consulta por dilatación de las venas superficiales de la mano y antebrazo izquierdo desde la infancia; refiere clínica local en forma de molestias leves e inespecíficas tipo disestesias. Para establecer el diagnóstico se practicaron diferentes exploraciones complementarias (flebografía, TC, RM, etc.), que revelaron un atrapamiento de la vena innominada izquierda provocado por el tronco arterial braquiocefálico, que se antepone a ella. Una vez establecido el diagnóstico, se podrían proponer varias opciones terapéuticas; pero, dada la edad del paciente, la benignidad de la sintomatología, y la agresividad de las alternativas terapéuticas, se optó lógicamente por tratamiento conservador.

**Conclusión.** En la literatura se describen algunos casos de vena innominada retroaórtica, pero ninguno con las características anatómicas y clínicas que presenta este paciente.

15

#### Oclusión de vena cava suprarrenal secundaria a compresión extrínseca por sarcoma retroperitoneal

D. Fernández, E. Adeba, M. Vicente, C. Fernández, B.C. Bodega, M. Alonso, A. García de la Torre, A. Valle, M.F. Polvorinos, J. Pachó, J.M. Estevan, A. Barreiro  
Hospital Central de Asturias. Oviedo, Asturias.

**Introducción.** Los sarcomas retroperitoneales rara vez comprimen estructuras vasculares. Presentamos un caso de oclusión de vena cava inferior (VCI) por compresión extrínseca secundaria a sarcoma retroperitoneal.

**Caso clínico.** Varón de 19 años con dolor abdominal difuso recurrente de dos meses de evolución. La tomografía computarizada (TC) muestra una masa retroperitoneal suprarrenal derecha de 13 cm de diámetro que engloba a la arteria renal derecha y desplaza VCI, troncos digestivos, ambas venas renales y riñón derecho. La angio-RM demuestra una oclusión de VCI con abundante circulación venosa colateral a expensas de plexos prevertebrales, vena ácigos y hemiácigos, sin clínica vascular asociada. Se resecó el tumor, muy vascularizado, y se necesitó sección de VCI y posterior reconstrucción de la misma con injerto de politetrafluoroetileno (PTFE) de 18 mm desde segmento suprarrenal a retrohepático, así como nefrectomía derecha. El diagnóstico anatomopatológico es de tumor neuroectodérmico primario maligno. Se pauta tratamiento crónico con anticoagulantes orales (acenocumarol). A los dos meses de la intervención el paciente está asintomático con función renal normal y *by-pass* permeable en angio-TC de control.

**Conclusiones.** Los tumores retroperitoneales son una patología rara y a menudo maligna. El leiomiomasarcoma de cava (LC) es la forma primaria más frecuente. Dentro de las formas secundarias los sarcomas retroperitoneales son la causa más común de obstrucción de cava infrarrenal. Recubiertos por una pseudocápsula, rara vez invaden VCI, y no se distinguen del LC cuando lo hacen. En ambos casos la resección quirúrgica y reconstrucción venosa es el tratamiento de elección.