

**XIV CONGRESO NACIONAL
DEL CAPÍTULO ESPAÑOL DE
FLEBOLOGÍA DE LA SEACV**

Madrid, 31 de mayo - 3 de junio de 2006

COMUNICACIONES ORALES

O1.

**¿ES EL DíMERO D UN MARCADOR
DE RECURRENCIA DE LA ENFERMEDAD
TROMBOEMBÓLICA VENOSA?**

A. Pérez-Piqueras Gómez, A. Romera-Villegas,
C. Herranz-Pinilla, M. Santos-Espí, M.A. Cairols-Castellote
*Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitari
de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.*

Introducción. La recurrencia de la enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) tiene una elevada incidencia, pero no existe ningún marcador bioquímico predictivo de ésta. El dímero D podría llegar a serlo en el futuro. **Objetivo.** Valorar si los pacientes con un primer episodio de trombosis venosa profunda (TVP) idiopática, tras 6 meses de tratamiento anticoagulante y con un dímero D elevado, tienen un mayor riesgo de recurrencia acumulada de ETEV que aquellos con dímero D normal. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional, abierto, prospectivo, de cohortes. Período 2004-2005. Se reclutaron 98 pacientes (38 mujeres y 60 hombres), con edad media de 66,4 años (intervalo: 18-90 años). Período de seguimiento: 12 meses. Criterios de inclusión: TVP idiopática de miembros inferiores, esperanza de vida > 1 año, condición clínica sin riesgo vital. Criterios de exclusión: trombofilia hereditaria y/o adquirida. Se anticoaguló a los pacientes durante 6 meses. Se realizó seguimiento clínico, eco-Doppler y determinación de dímero D al mes y a los 6 meses. El dímero D se consideró positivo > 250 ng/mL (método de aglutinación por látex). A los 6 meses se crearon dos grupos: el grupo A, aquellos con niveles de dímero D elevados, clínicamente asintomáticos y con eco-Doppler sin imágenes sugestivas de TVP; y el grupo B, aquellos con las mismas características, pero con dímero D negativo. **Resultados.** Grupo A: 12 pacientes con dos recurrencias. Grupo B: 86 pacientes sin recurrencias. Sensibilidad: 100%, especificidad: 89%, valor predictivo positivo: 16%, valor

predictivo negativo: 100%, fiabilidad global: 89,79%. **Conclusiones.** Los pacientes con dímero D negativo tras 6 meses de tratamiento anticoagulante tienen menor probabilidad de recurrencia de ETEV que aquellos que lo tienen positivo.

O2.

**RESULTADOS A LARGO PLAZO
DE LA DEVALVULACIÓN ASOCIADA
A CHIVA 1 + 2 EN EL TRATAMIENTO
DEL SHUNT TIPO 3**

J.M. Domínguez-González, I. Constenla-García,
R. Bofill-Brosa, J.M. Escibano-Ferrer,
J. Juan-Samsó, M. Matas-Docampo
*Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular.
Hospital General Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.*

Introducción. La estrategia CHIVA 1 + 2 asociada a devalvulación permite la cirugía en un tiempo del shunt tipo 3. **Objetivo.** Evaluar la estrategia CHIVA 1 + 2 asociada a devalvulación en el tratamiento del shunt venovenoso tipo 3. **Pacientes y métodos.** Estudio prospectivo de pacientes consecutivos con varices (shunt tipo 3) tratadas mediante estrategia CHIVA 1 + 2 asociada a devalvulación. Evaluación clínica y hemodinámica previa a cirugía y seriadamente. Se determina: evolución del diámetro safeniano, resultado clínico, trombosis de segmento safeniano devalvulado y de safena proximal, y tipo de drenaje. Se compara el porcentaje de trombosis safeniana y el tipo de drenaje en los diferentes subtipos de devalvulación y tipo de drenaje respecto a CHIVA 1 + 2. **Resultados.** 112 pacientes (68 mujeres), edad media de 52 años. Seguimiento medio: 16 meses (intervalo: 3 meses-5 años). Reducción media diámetro safeniano: 2,2 mm. Clínicamente curados: 87 (77,6%), mejoría: 25 (22,3%). Trombosis de segmento safeniano devalvulado: 45%; tiempo de recanalización media: 1,9 meses. Trombosis safena proximal: 26%; tiempo de recanalización media: 3 meses. Sin diferencias significativas entre los diferentes subtipos de devalvulación respecto a la trombosis safeniana. El 85,7% de casos desarrollaron perforante de

drenaje, sin haber diferencias entre los subtipos de devalvulación. Existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en el desarrollo de perforante de drenaje safeniana respecto al grupo CHIVA 1 + 2. *Conclusiones.* Existen diferencias estadísticamente significativas en el desarrollo de perforante de drenaje en el grupo CHIVA 1 + 2 con devalvulación respecto a CHIVA 1 + 2. Si bien el porcentaje de trombosis safeniana no es diferente que en el CHIVA 1 + 2, su recanalización es precoz y se consigue controlar su drenaje ulterior.

O3.

RIESGO DE TROMBOEMBOLISMO RECURRENTE EN PACIENTES CON EMBOLISMO PULMONAR ASINTOMÁTICO

E. Marín-Manzano^a, D. Jiménez-Castro^b, D. González de Olano^c, J. Haurie-Girelli^a, E. Aracil-Sanus^a, S. Redondo-López^a, G. Nuñez de Arenas-Baeza^a, M. Rubio-Montaña^a, A. Chinchilla-Molina^a, A. Utrilla-López^a, P. Gallo-González^a, C. Bernal-Bernal^a, J. Ocaña-Guaita^a, C. Gandarias-Zúñiga^a, C. Cuesta-Gimeno^a

^a Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. ^b Servicio de Neumología.

^c Servicio de Alergología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción. El riesgo de tromboembolismo venoso recurrente (TEVR) es mayor entre pacientes con primer episodio de embolismo pulmonar (EP) sintomático que en pacientes con un primer episodio de trombosis venosa profunda (TVP). Los pacientes con TVP y EP silente pueden tener un riesgo diferente de TEVR que los que padecen TVP aislada. *Objetivo.* Evaluar el riesgo de TEVR en pacientes con TVP y EP silente. *Pacientes y métodos.* Se realizó un estudio de cohortes prospectivas, entre enero de 2000 y marzo de 2002, donde se incluyeron 91 pacientes consecutivos con primer episodio de TVP iliofemoral, sin factor de riesgo conocido (diagnosticada mediante eco-Doppler) y sin sintomatología pulmonar. Se realizó *screening* de EP con gammagrafía V/P o angio-TC. Se excluyeron TVP recurrentes y EP sintomáticas y/o recurrentes. Se administró tratamiento inicial estandarizado con heparina de bajo peso molecular ajustada a peso, durante 5-7 días, solapándolo con acenocumarol hasta conseguir un INR de 2-3. El seguimiento fue de 12 meses. *Resultados.* De los 91 pacientes con TVP sintomática, 31% tenían EP silente. Tres pacientes del grupo de TVP y EP asintomática tuvieron TEVR, mientras que en el grupo de TVP aislada no hubo ninguna recurrencia. El riesgo de recurrencia al año del diagnóstico de TVP fue de un 11% (IC 95%: 2-28%) en pacientes con TVP y EP asintomática en comparación con un 0% entre los pacientes con TVP aislada ($p = 0,0045$). *Conclusiones.* El riesgo de TEVR fue significativamente mayor en pacientes con TVP y EP asintomática comparado con los pacientes con TVP aislada.

O4.

INCREMENTO DE LA EXPRESIÓN DE TGF- β_1 EN LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA

C. Mendieta-Azcona^a, G. Pascual-González^b, C. Corrales-Gómez^b, C. Trejo-Iriarte^c, J.M. Bellón-Caneiro^c, J. Buján-Varela^b

^a Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ^b Departamento de Especialidades Médicas.

^c Departamento de Cirugía. Universidad de Alcalá.

Alcalá de Henares, Madrid.

Introducción. El factor transformante beta (TGF- β) se ha relacionado con procesos de reparación tisular y celular y con el desarrollo de diferentes patologías degenerativas e inflamatorias. *Objetivo.* Evaluar la expresión de TGF- β_1 en su forma latente (LAP TGF- β_1) y activa en venas normales y con patología varicosa. *Sujetos y métodos.* Grupo control: venas safenas de donantes de órganos ($n = 16$) sin antecedentes de enfermedad venosa. Grupo experimental: venas safenas varicosas ($n = 16$). Ambos grupos se dividieron en < 50 y ≥ 50 años de edad. Las secciones tisulares se sometieron a análisis inmunohistoquímico y *Western blot* utilizando anticuerpos anti-TGF- β_1 y anti-LAP TGF- β_1 . *Resultados.* El TGF- β activo presenta un patrón diferente de expresión en la patología varicosa con respecto a la población control, incrementándose las áreas de expresión con la patología. Por el contrario, la expresión de la forma LAP TGF- β_1 no varía con la patología y sólo fue significativamente menor en los pacientes de edad. El *Western blot* mostró un significativo incremento de la expresión de TGF- β activo en la población patológica, en ambos grupos de edad, comparado con los controles, mientras que la expresión de LAP TGF- β_1 fue significativamente menor en las venas varicosas del grupo de mayor edad, comparado con el control. *Conclusiones.* Nuestros resultados sugieren que la edad y la patología varicosa inducen una disregulación de la expresión de TGF- β_1 en favor de la expresión del TGF- β activo, lo cual podría correlacionarse con el proceso fibroso que representa la etapa final de la insuficiencia venosa.

O5.

SÍNDROME *NUTCRACKER* COMO ORIGEN DE PATOLOGÍA VENOSA PELVIANA Y DE MIEMBROS INFERIORES. A PROPÓSITO DE 8 CASOS TRATADOS

J. Leal-Monedero, A. Sánchez-Guerrero, A. Millera-Escartín, A. Sánchez-Galán, S. Zubicoa-Ezpeleta
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.
Hospital Ruber Internacional. Madrid.

Introducción. El síndrome compresivo de la vena renal izquierda en la pinza aortomesentérica (síndrome *nutcracker*) es menos conocido que otros, como el síndrome de desfiladero torácico, el síndrome de May-Thurner, etc., también en relación a estrechos anatómicos. Quizás lo es más por la clínica urológica secundaria a la hipertensión venosa renal con hematuria, pero produce también cambios hemodinámicos en la circulación abdominopélvica con repercusión en el sistema venoso de los miembros inferiores. **Pacientes y métodos.** Entre marzo de 2004 y enero de 2006 hemos estudiado y tratado ocho pacientes con esta patología. Cinco presentaban clínica de dolor lumbar izquierdo, cuatro presentaban microhematuria, y ocho, congestión venosa pélvica con inversión de flujo en la vena gonadal izquierda. Se estudiaron con dúplex, TC y flebografía selectiva, exponiendo su protocolo, con toma de presiones pre y postestenótica que mostraron un promedio de 4,6 mmHg en el sector renocavo izquierdo con dilatación de la vena gonadal izquierda, así como importante varicocele pélvico. Se trataron endovascularmente, mediante acceso combinado por femoral y yugular derecha, realizándose colocación de *stent* sobre balón de 14 mm de diámetro con *stent* metálico Palmaz-Genesis. En dos pacientes se realizó embolización de la vena gonadal izquierda. **Resultados.** Sin complicaciones significativas ni migración de *stents*. Todos los pacientes normalizaron las presiones y mejoraron en los síntomas de dolor lumbar y congestión pélvica por varicocele, desapareciendo también la microhematuria. **Conclusiones.** Es una técnica endovascular poco agresiva y con buenos resultados en aquellos pacientes con síndrome compresivo, que mejoran de sus síntomas urológicos así como de los trastornos hemodinámicos pélvicos y de miembros inferiores.

O6.

RESULTADOS INMEDIATOS DE LOS PRIMEROS 100 CASOS DE ENDOLÁSER PARA EL TRATAMIENTO DE LAS VARICES

S. Mejía, X. Cabot, E. Roche, A. Puig, J. Rodríguez, J.M. Fuentes
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Clínica Platón. Barcelona.

Objetivos. Revisar los resultados inmediatos de los primeros 100 casos de endoláser para el tratamiento de las varices. **Pacientes y métodos.** Estudio prospectivo-descriptivo de 100 pacientes consecutivos con insuficiencia de vena safena interna intervenidos de varices mediante endoláser (980 nm) –65 mujeres y 35 hombres– desde junio de 2004 hasta diciembre de 2005. Se realizó control con eco-Doppler en todos los pacientes. **Resultados.** Edad media: 50,23 años. Insuficiencia ostial: 75%. Diámetro medio de safena: 6,38 mm. Crosectomía realizada en 32%, abordaje maleolar en 47%. Tratamiento: tiempo medio 2,77 s. Pausa de 1 s. Potencia media en muslo: 10,1 W; en rodilla: 8,1 W; en pierna: 4,1 W. Quince pacientes presentaron dolor a la semana y persistía sólo en dos a los 3 meses. 7% de fibrosis del trayecto safeno a la semana, que persistió a los 3 meses en dos casos. Se registró neuritis en el 25% de los pacientes, que persistió al tercer mes. El abordaje maleolar, el tiempo de exposición mayor de 4 s y la potencia mayor de 10 W fueron las variables encontradas como factor de riesgo con significación estadística. Al tercer mes, el 81% de las safenas estaban ocluidas total o parcialmente y 17 eran permeables, sin encontrarse diferencias estadísticas entre las diferentes variables que explicasen este hecho. **Conclusiones.** Las complicaciones que hemos detectado han desaparecido al tercer mes, excepto las parestesias. Los peores resultados se han obtenido durante la primera mitad del estudio (curva de aprendizaje). La indicación de este procedimiento en todo tipo de varices puede haber afectado a los resultados.

O7.

CHIVA SUPERFICIAL EN LA INSUFICIENCIA VENOSA PROFUNDA

G. Mestres-Alomar, N. Allegue-Allegue, I. Constenla-García, J. Juan-Samsó, J.M. Escribano-Ferrer, M. Matas-Docampo
Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular.
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción. Aunque es frecuente la asociación de insuficiencia venosa superficial (IVS) y profunda (IVP), pocas series estudian el resultado clínico y hemodinámico de la intervención quirúrgica aislada sobre la IVS. **Objetivo.** Valorar los resultados a medio plazo de la cura CHIVA sobre el sistema venoso superficial, en pacientes con IVS e IVP.

Pacientes y métodos. En nuestro centro, en el período de enero de 2001 a diciembre de 2004, se intervino, aplicando la cura CHIVA al sistema venoso superficial, a 73 pacientes con IVS e IVP. Se seleccionó el subgrupo con insuficiencia de cayado de safena interna e insuficiencia poplíteica como grupo caso (35 pacientes). Como grupo control se seleccionaron aleatoriamente 35 pacientes intervenidos en el mismo período, con igual punto de fuga en la safena interna, pero sin IVP. Se comparó la valoración clínica y hemodinámica preoperatoria con un control posquirúrgico tardío medio a los 34 meses (intervalo: 14,5-61,6 meses). **Resultados.** Las pérdidas fueron de 7 pacientes en el grupo caso y de 5 en el grupo control. Al comparar ambos grupos, se observaron diferencias en la clínica inicial (C2 en el 60,7% de casos frente al 90% de controles; C4 en el 25% de casos frente al 3,3% de controles; $p = 0,01$), pero parecida mejoría clínica postoperatoria (disminución en la escala en el 35,7% de casos frente al 43,3% de controles) y resultado subjetivo (mejoría en el 78,6% de casos frente al 90% de controles). **Conclusiones.** La cura CHIVA sobre el sistema venoso superficial en pacientes con IVS e IVP, a pesar de encontrarse inicialmente en estadios clínicos más avanzados, ofrece buenos resultados, parecidos a los obtenidos en pacientes con IVS aislada.

08.

ESTUDIO CARTOGRAFICO MORFOLÓGICO Y HEMODINÁMICO DE LAS VARICES PRIMARIAS MEDIANTE ECOGRAFÍA DOPPLER

M. García-Gimeno, S. Tagarro-Villalba, S. Rodríguez-Camarero, E. González-González, J. Ajona, M.A. González-Arranz, D. López-García
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro. Logroño, La Rioja.
Clínica USP La Esperanza. Vitoria, Álava.

Introducción. Si bien la ecografía Doppler es en la actualidad el método diagnóstico de elección en la valoración de la patología varicosa, la mayoría de los trabajos publicados se centran en el cayado safenofemoral. **Objetivo.** Identificar mediante eco-Doppler todos los puntos de fuga en los miembros inferiores con varices primarias. **Pacientes y métodos.** Se incluyeron 2.036 cartografías de varices primarias. La patología varicosa se caracterizó mediante la clasificación CEAP. La cartografía anatómica y hemodinámica se realizó mediante eco-Doppler en bipedestación y utilizando maniobras de provocación (Valsalva, Paraná y compresión y relajación distal). Los resultados se almacenaron en una base de datos informática y se analizaron mediante los programas estadísticos SPSS 9 y Epidat 3. **Resultados.** En la ingle se observaron la mayoría de los reflujo (75%). En un

41,9% de los casos de la serie presentaron reflujo ostial en la ingle, y en un 35,4%, reflujo paraostal. En el hueco poplíteico se evidenciaron reflujo en el 11,6% de los casos, mayoritariamente por reflujo ostial de vena safena externa. En el sistema de venas perforantes se registraron 238 puntos de fuga que representaron el 11,7% de los casos. El reflujo no safeniano se presentó en un 8%. **Conclusiones.** Para plantear la estrategia quirúrgica a seguir ante un paciente con varices primarias, es imprescindible realizar una correcta exploración cartográfica anatómica y hemodinámica mediante ecografía Doppler, debido a que en más de la mitad de los casos el origen del reflujo se encontraría en una localización diferente a la unión safenofemoral o safenopoplíteica.

09.

PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES TRAUMATOLÓGICOS AMBULATORIOS. EVOLUCIÓN EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

R. Ucelay-Gómez, J.L. Pérez-Burkhardt, E. González-Tabares, C. Domínguez-Pastor
Unidad de Angiología y Cirugía Vascular.
Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Tenerife.

Introducción. Ante la disminución de consultas a nuestra Unidad por pacientes traumatológicos ambulatorios con sospecha de trombosis venosa profunda (TVP), decidimos realizar este estudio para comprobar la eficacia de la profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) en estos pacientes. **Objetivo.** Comprobar la evolución del uso de profilaxis en estos pacientes y sus ventajas desde los puntos de vista clínico, de presión asistencial y económico. **Pacientes y métodos.** Comparación de los datos obtenidos en un estudio previo (estudio A: 1996-1998) con el presente (estudio B: 2002-2004) en el mismo tipo de pacientes. En todos los casos los pacientes fueron tratados en nuestro hospital. La profilaxis se realizó con heparina de bajo peso molecular, y el diagnóstico, con eco-Doppler. **Resultados.** Las variables de edad, género, tipo de lesiones y clínicas fueron similares en ambos estudios. Disminución de consultas en el estudio A (223) frente al estudio B (81), descenso del 275%. Aumento significativo del uso de profilaxis en estudio B (85%) frente al estudio A (26%). La incidencia de TVP fue similar en ambos estudios. Disminución de ingresos en el estudio B (12 pacientes) frente al estudio A (57 pacientes), descenso del 475%. Los gastos en profilaxis han aumentado en un 16% y los gastos de ingreso han disminuido en un 475%, siendo el ahorro global del 311%. **Conclusiones.** a) La evolución de la profilaxis de la ETEV en los últimos 10 años ha sido claramente satisfactoria desde los puntos de vista clínico, de presión asistencial y económico;

b) Es recomendable el uso de profilaxis en todos estos pacientes; c) Se debe concienciar a estos pacientes de la importancia de la profilaxis en la ETEV.

O10.

LÁSER ENDOVASCULAR COMO TRATAMIENTO DE LAS VARICES. ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DE 204 CASOS

F. Sainz-González, A. Sánchez-Galán, A. Millera-Escartín, J. Castro-Castro, J. Moreno-Gómez, J. Leal-Monedero
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.
Hospital Ruber Internacional. Madrid.

Objetivo. Estudiar la eficacia y seguridad del láser endovascular ecoguiado, para el tratamiento de las varices dependientes de la safena mayor, con y sin crosectomía. **Pacientes y métodos.** Entre los años 2003-2006 hemos tratado 204 extremidades, correspondientes a 190 pacientes, con insuficiencia de la safena mayor. Se trata de un estudio prospectivo, longitudinal, no aleatorio, unicéntrico. Se utilizó un láser multidiado de 980 nm y fibra óptica de 0,6 mm. El estudio preoperatorio y el seguimiento se realizaron con eco-Doppler de 7,5 MHz. Los pacientes estudiados eran 170 mujeres y 20 varones, con una edad media de 45,2 años (intervalo: 27-76 años). Se exponen los criterios de indicación de la crosectomía. La técnica quirúrgica utilizada fue crosectomía en 91 casos, y 109 casos sin crosectomía, unida a flebectomía según técnica de Muller. La anestesia fue epidural en todos los casos. **Resultados.** No hemos encontrado complicaciones mayores. 61 casos refieren sensación de tensión en el trayecto de la safena. 21 casos presentan una pigmentación ligera y transitoria, y cuatro, una neuralgia del safeno. El período de recuperación ha mejorado con respecto a la técnica convencional. En todos los casos ha mejorado la



clasificación clínica de la CEAP. **Conclusiones.** El láser endoluminal es una herramienta útil, segura, eficaz, bien tolerada en el tratamiento de las varices. La crosectomía en aquellos pacientes con insuficiencia del cayado de safena interna puede estar indicada. Esta técnica mejora la calidad del postoperatorio y el tiempo de recuperación a la vida normal.

O11.

ANGIODISPLASIAS DEL MIEMBRO SUPERIOR

M.I. Sánchez-Nevárez, M. Davins-Riu, J.M. Romero-Carro, M. Sirvent, J.R. Escudero-Rodríguez, J. Latorre-Vilallonga
Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción. Las angiodisplasias son la patología congénita más frecuentemente observada en pediatría (Figura); desgraciadamente estas lesiones pueden ser muy confusas y poco comprendidas a la hora de diagnosticar y tratar, dada la variable terminología para su clasificación. **Objetivos.** Realizar una revisión de los pacientes diagnosticados de angiodisplasias de la mano que importe o no al miembro superior, y analizar sus variables epidemiológicas de diagnóstico y tratamiento. **Pacientes y métodos.** Durante el período 1975-2005 se revisaron las historias de 22 pacientes diagnosticados de angiodisplasias del miembro superior. Se clasificaron según su afectación arterial, venosa, linfática o síndromes mixtos. Encontramos aneurismas arteriales (3), aneurismas cirsoideos (2), hemangiomas cavernosos (3), fleboangiomas (6), linfoangiomatosis primaria (2) y hemangiomatosis tuberosa (2), y entre los síndromes mixtos, Parkes-Weber (1) y Klippel-Trenaunay (3). **Resultados.** En 20 de los 22 casos se realizó tratamiento; a los dos no tratados con linfoangiomatosis primaria se les ha propuesto cirugía reductora, pero de momento la rechazan. Entre los métodos utilizados encontramos: embolización con resección (4), escleroterapia simple (3), escleroterapia con espuma por el método descrito por Cabrera (3) y resección quirúrgica simple (6). **Conclusiones.** El tratamiento de las angiodisplasias de la extremidad superior requiere un equipo multidisciplinar compuesto por pediatras, dermatólogos, cirujanos plásticos, radiólogos, psicólogos y cirujanos vasculares. La alteración semiológica o funcional de la mano tiene un enorme significado en el desarrollo del individuo. Es necesario un profundo conocimiento de su fisiopatología, evolución y pronóstico, ya que la elección del tratamiento debe ser cuidadosa y seleccionada para cada caso.

Figura O11.

O12.

ÚLCERA DE LA EXTREMIDAD INFERIOR DE ETIOLOGÍA VENOSA: EPIDEMIOLOGÍA Y VARIABLES CLÍNICAS Y SOCIOSANITARIAS EN NUESTRO ÁMBITO. ESTUDIO PROSPECTIVO

J. Marinello Roura, J. Alós Villacrosa, P. Carreño Ávila, B. Estadella, J.A. López Palencia
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital de Mataró. Consorci Sanitari del Maresme. Mataró, Barcelona.

Objetivos. Establecer la incidencia y prevalencia de la úlcera de etiología venosa (UEV) en nuestro medio y sus variables clínicas y sociosanitarias. **Materiales y métodos.** Estudio prospectivo realizado entre mayo de 2004 y enero de 2006. Se han evaluado las siguientes variables: incidencia, prevalencia, historia evolutiva, recidivas, morfometría (planimetría), tratamientos previos, calidad de vida (SF 36), estado nutricional (cuestionario MNA), criterios predictivos de cicatrización y situación social. **Resultados.** En el período de referencia, se han diagnosticado 87 UEV (68,7% del total de las úlceras). La incidencia para la población de referencia del hospital se sitúa en 3/1.000 personas y año, y la prevalencia, en el 0,37%. La etiología fue la IVC primaria en el 44,5% y la IVC posttrombótica en el 55,5%. En el 39,1% de los enfermos se registró una recidiva, y en el 16,2%, dos. El tiempo medio evolutivo de la úlcera en el momento de la consulta ha sido de 5,5 semanas (rango: 1-98). El área media fue de 7,6 cm² (rango: 2,25-92). Las variables de energía y función social son las más afectadas en cuanto a la calidad de vida. El área inicial de la úlcera y la observancia de la terapéutica de compresión se han manifestado como criterios predictivos de cicatrización ($p < 0,01$), y el exudado persistente, como el factor predictivo negativo más prevalente ($p = NS$). La ratio de cicatrización total en el período ha sido del 77,1%. **Conclusiones.** La asistencia precoz de la UEV por profesionales especializados incide en su pronóstico de cicatrización.

PÓSTERS

P1.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UN ANEURISMA DE VENA POPLÍTEA RECIDIVADO

P. Rodríguez-Cabeza, A. Garrido-Espeja, C. Esteban-Gracia, P. Pérez-Ramírez, A. Martorell-Lossius, J.M. Callejas-Pérez
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona.

Objetivos. Presentamos el caso de un paciente afecto de un aneurisma de vena poplítea recidivado tras tratamiento quirúrgico. **Caso clínico.** Varón de 54 años, fumador activo, con los antecedentes patológicos de una hepatitis A en la infancia y el resto sin interés, que fue diagnosticado mediante eco-Doppler venoso de un aneurisma sacular de vena poplítea de diámetro máximo de 3 cm. Se intervino practicando una aneurismorrafia (con parche de safena externa homolateral). En el control flebográfico al año se observó una imagen aneurismática de características similares a la existente antes de la intervención. **Resultados.** Se decidió reintervenir y se practicó un *bypass* con vena safena interna contralateral del muslo (previa ligadura proximal del aneurisma). El paciente presentó, en la flebografía de control al mes, buena permeabilidad del *bypass* y trombosis del aneurisma. **Conclusiones.** A pesar de la escasez de series publicadas, creemos que el tratamiento de un aneurisma de vena poplítea recidivado debe consistir en su exclusión de la circulación a fin de prevenir el embolismo pulmonar y evitar nuevas recidivas, dejando posteriormente tratamiento anticoagulante.

P2.

TRATAMIENTO DE SÍNDROME POSTROMBÓTICO POSCATETERISMO EN LA INFANCIA, CON CIRUGÍA VENOSA RECONSTRUCTIVA Y CIRUGÍA DE EXÉRESIS COMPLEMENTARIA

I. Serramito-Veiga, M. Martínez-Pérez, M. Senín-Fernández, J. Villaverde-Rodríguez, N. Mosquera-Arochena, P. González-Martínez, I. Lago-Rivas
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela, A Coruña.

Introducción. El tratamiento del síndrome postrombótico se caracteriza por carácter paliativo, multifactorial y reiterativo, con resultado poco satisfactorio que ocasiona desánimo en el paciente. **Objetivo.** Presentamos un caso de síndrome postrombótico muy desarrollado desde la infancia, tratado

satisfactoriamente con cirugía venosa reconstructiva y exéresis varicosa complementaria. *Caso clínico.* Varón de 18 años, con malformación cardíaca y múltiples cateterismos por vasos femorales. Presenta edema hasta la raíz de miembro, varices, pigmentación, celulitis y úlcera. Se decide tratamiento quirúrgico de síndrome varicoso. El eco-Doppler evidencia oclusión femoral común, permeabilidad femoropoplítea e insuficiencia del cayado de safena interna. Dados los antecedentes y la clínica se practica angiorresonancia que muestra oclusión femoral común, permeabilidad iliocava, femoral superficial e insuficiencia de válvula ostial safena interna. Se practica injerto sustitutivo en la femoral común con segmento de safena interna, ligadura de cayado safeno y varicectomía complementaria. Se produce una evolución favorable, con disminución del edema y cicatrización de la úlcera. La angiorresonancia muestra permeabilidad a los 6 meses, tras anticoagulación durante 3 meses y compresión permanente. *Conclusiones.* Se enfatiza la necesidad de un estudio exhaustivo del sistema profundo en el síndrome postrombótico, sobre todo en jóvenes, por la posibilidad de cirugía reconstructiva, y antes de varicectomía. En nuestro caso, el drenaje venoso se hacía por cayado de safena insuficiente y colaterales pélvicas. La ligadura de cayado rutinaria hubiera supuesto una catástrofe en la situación clínica de la extremidad.

P3.

INFILTRACIÓN TUMORAL DE CAVA

J. Villaverde-Rodríguez, N. Mosquera-Arochena, M. Martínez-Pérez, P. González-Martínez, I. Serramito-Veiga, I. Lago-Rivas

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela, A Coruña.

Introducción. Los tumores de vena cava se corresponden con una patología vascular poco frecuente y habitualmente maligna. Su tratamiento es dificultoso debido a que las manifestaciones clínicas se producen en la fase avanzada de la enfermedad; la terapia adyuvante es poco efectiva y la cirugía que podemos plantear es habitualmente de alto riesgo. *Objetivo.* Plantear la resolución de un caso de tumor secundario de cava, con trombo tumoral propagado (tipo I-II), mediante resección tumoral y reconstrucción venosa protésica. *Caso clínico.* Varón de 59 años, sin antecedentes de interés, en estudio en Urología por hematuria. Detección de masa renal derecha en ecografía. TAC abdominal: masa renal derecha. Angio-RM: tumor renal derecho, con propagación tumoral en vena renal derecha y cava. Pequeña masa en polo superior renal izquierdo. Estudio de extensión negativo. Diagnóstico: tumor renal derecho con trombo tumoral tipo I-II y tumor renal izquierdo. Se decide inter-

vención quirúrgica realizando nefrectomía derecha, resección de vena cava y sustitución protésica, reimplante de vena renal izquierda y tumorectomía en el riñón izquierdo. Se da de alta al paciente al octavo día de la intervención con anticoagulación oral. Sin complicaciones. TAC de control a los 30 días: reconstrucción venosa permeable. Paciente asintomático. *Conclusiones.* La resección tumoral, con o sin reconstrucción venosa, representa la opción terapéutica que ofrece mayores garantías de cara a la supervivencia del paciente, ya que la terapia adyuvante resulta habitualmente poco efectiva en este tipo de tumores.

P4.

PUNTOS DE FUGA EN EL SISTEMA VENOSO DE VENAS PERFORANTES

M. García-Gimeno, S. Tagarro-Villalba, S. Rodríguez-Camarero, E. González-González, J. Ajona, M.A. González-Arranz, D. López-García

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro. Logroño, La Rioja. Clínica USP La Esperanza. Vitoria, Álava.

Introducción. Recientemente, una nueva clasificación de consenso internacional basada en la topografía se ha recomendado para la nomenclatura de las venas perforantes. *Objetivo.* Identificar mediante eco-Doppler los puntos de fuga en el sistema venoso de venas perforantes en los miembros inferiores con varices primarias, según la clasificación de la FICAT (Federative International Committee on Anatomical Terminology) y la IFAA (International Federation of Associations of Anatomists). *Pacientes y métodos.* Se incluyeron 2.036 cartografías de varices primarias en los miembros inferiores. La cartografía anatómica y hemodinámica se realizó mediante eco-Doppler en bipedestación y utilizando maniobras de provocación (Valsalva, Paraná y compresión y relajación distal). Las venas perforantes se clasificaron según las recomendaciones de la FICAT y la IFAA. Los resultados se almacenaron en una base de datos informática. *Resultados.* Se registraron 238 puntos de fuga que representaron el 11,7% de los casos de la serie total. La localización más frecuente fue en el grupo de venas perforantes del muslo medial del canal femoral (35,7%), seguido del grupo del muslo anterior (9,2%), de la rodilla en la fosa poplítea (8,8%) y del muslo lateral (6,7%). En 10 casos (4,2%) se registraron dos venas perforantes insuficientes como punto de fuga en la misma extremidad y hubo un caso (0,4%) en que se identificaron tres venas perforantes insuficiente. *Conclusiones.* La actual clasificación basada en la localización topográfica facilita una clara identificación del sistema venoso de venas perforantes. La eco-Doppler es la herramienta diagnóstica ideal para la identificación de las venas perforantes en las extremidades inferiores.

P5.

AMPUTACIONES CON CARÁCTER EXCEPCIONAL EN ÚLCERAS VENOSAS

D. Moro-Valdezate, E. Recio-Valenzuela, G. Alcalá-García del Río, A. Ibáñez-Arias, F. Checa-Ayet
Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo.
Hospital de Sagunto. Sagunto, Valencia.

Introducción. Las úlceras venosas representan el 80-90% del total de las úlceras vasculares. El estudio DETECT-IVC del año 2000 en España constata que el 2,5% de los pacientes que acuden a atención primaria padecen úlceras por hipertensión venosa. La incidencia es mayor a partir de los 65 años (5,6%). **Objetivo.** Presentar cuatro casos en los que, tras años de tratamiento, no logramos la cura de las úlceras y nos hemos visto obligados a realizar la amputación. **Casos clínicos.** Caso 1: varón de 84 años con una úlcera posflebítica de la pierna de 18 años de evolución, a la que se realizó un injerto cutáneo que fracasó. Caso 2: varón de 79 años con linfoma no Hodgkin y úlceras venosas con sangrado en sábana, que llegó a requerir transfusiones. Caso 3: mujer de 79 años con amplia úlcera circunferencial con exudado pútrido e importante pérdida de sustancia y necrosis asociada. Caso 4: varón de 86 años con úlceras bilaterales que ha precisado transfusión por proceso de anemia y derivados mórficos para las curas. **Conclusiones.** En la bibliografía hay pocas referencias sobre este tema. El 40% de las úlceras venosas tienen una evolución superior a un año y hasta el 50% de los pacientes recidivan tras haber curado. Tras medidas preventivas y curativas locales, como apósitos laminares o hidrocoloides, compresión gradual o elástica y vendaje multicapa, recurriremos excepcionalmente a la amputación. Se estima que el 1% de los casos de insuficiencia venosa grave que requieren ingreso hospitalario termina en amputación.

P6.

STENT VENOSO. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

F. Domínguez-Hernández^a, F. Blanco-Antona^b, J.A. Carnicero^a, J.A. Torres^a, F.S. Lozano-Sánchez^a, C. Cascajo-Castro^a, A. Ingelmo-Morín^a

^aServicio de Cirugía Vascular. ^bServicio de Cirugía General.
Complejo Hospitalario Universitario de Salamanca. Salamanca.

Introducción. El tratamiento de la trombosis venosa axilar o subclavia es multimodal, incluyendo la trombólisis directa con catéter, la descompresión quirúrgica, la angioplastia y la anticoagulación oral. Actualmente, las técnicas quirúrgicas percutáneas permiten un buen tratamiento de este tipo de lesiones, a la vez que minimizan los riesgos y complicaciones de una cirugía convencional. Presentamos dos casos tratados en nuestro servicio con angioplastia y stent venosos. **Casos clínicos.** Caso 1: varón de 55 años con antece-

dentes de carcinoma epidermoide de *cavum*, tratado con quimioterapia y radioterapia, quien, tras la retirada del reservorio en la subclavia derecha, comenzó a presentar un edema en esclavina, por lo que se realizó un escáner de control que demostró trombosis en vena cava superior y tronco venoso innominado. La flebografía diagnóstico-terapéutica confirmó el diagnóstico, y durante la misma se colocaron stents solapados. Un mes después, la flebografía de control demostró revascularización de los ejes venosos y disminución de flujo en la circulación colateral. Caso 2: mujer de 60 años con antecedentes de insuficiencia renal en tratamiento con hemodiálisis, a la cual se le realizaron varias fístulas en ambas extremidades superiores, que comenzó con clínica de edema en brazo derecho y cianosis en la mano. Se realizó flebografía de dicha extremidad, evidenciándose una oclusión del eje venoso axiloclavio con importante circulación colateral, por lo que se colocaron varios stents solapados. **Conclusión.** La colocación de stents venosos es una buena opción de tratamiento de la trombosis de la vena axilar subclavia.

P7.

PARAGANGLIOMA DEL ÓRGANO DE ZUCKERKANDL CON AFECTACIÓN DE LA VENA CAVA INFERIOR

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

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. Los paragangliomas son tumores raros, de células cromafines, más frecuentes en la médula adrenal (feocromocitoma) –sólo un 10% son extraadrenales–, de localización más común (75%), a nivel paraaórtico, en el órgano de Zuckerkandl. **Caso clínico.** Mujer de 49 años con masa ocasionalmente dolorosa y palpable en el flanco derecho. En la TC se distingue una masa de 7,2 cm de diámetro que parece englobar la vena cava inferior (VCI). La RM indica que se trata de un tumor muy vascularizado, que desplaza la VCI, de características heterogéneas y con necrosis central. En la cavografía se aprecia el desplazamiento de una VCI permeable. Se procede a la extirpación del tumor, para lo cual fue necesaria la resección de parte de la pared de VCI; se realizó mediante clampaje parcial y sutura directa sin ocasionar estenosis residual. Durante la intervención, la paciente presentó inestabilidad hemodinámica, pero superó el postoperatorio sin complicaciones. El resultado anatomopatológico fue de paraganglioma. En el estudio de extensión no aparecieron metástasis a otros niveles. **Conclusiones.** Ante una masa retroperitoneal, la sospecha de la existencia de un paraganglioma suele ser clínica.

Un 10% de estos tumores son asintomáticos y, al no existir hallazgos radiológicos característicos, el primer diagnóstico diferencial es sarcoma. La agresividad está determinada por la invasión local y el tamaño (> 6 cm), pero sólo se confirma su malignidad con el hallazgo de metástasis (incluso 15 años después). Es preciso realizar la extirpación radical del tumor y un seguimiento a largo plazo de estos enfermos.

P8.

USO DE LA CIRUGÍA COMBINADA, CONVENCIONAL-ENDOVASCULAR, EN DOS CASOS DE PATOLOGÍA VASCULAR COMPLEJA

A. Pérez-Piqueras Gómez, M.A. Cairols-Castellote, I.H. Ballón, S. Riera-Batalla, J.M. Simeón-Nogués
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivo. Presentar dos casos de patología vascular compleja resueltos por cirugía combinada. **Casos clínicos.** Caso 1: varón de 67 años con pseudoaneurisma de 4 cm localizado en la pared anterior de la aorta a nivel del tronco celíaco (TC) y que se origina de éste. Oclusión del origen del TC con recanalización distal a través de colaterales a la arteria mesentérica superior (AMS), que está permeable y se origina a 5 mm del cuello del pseudoaneurisma. Tratamiento secuencial mediante *bypass* aorta infrarrenal-AMS. Posteriormente, endoprótesis aórtica recta 26/22/110 y despliegamiento en aorta abdominal, cubriendo el origen del TC y de la AMS. Caso 2: varón de 40 años con AAT descendente de 9 x 7,5 cm a nivel diafragmático, que llega hasta 1,5 cm de las arterias renales y que incluye el TC y la AMS, ambos permeables. Arterias renales permeables y aorta infrarrenal de 4,5 cm con imagen sugestiva de hemorragia intratrombo. Tratamiento secuencial mediante *bypass* aorto-órtico, reimplantación de la arteria mesentérica inferior (AMI) y *bypass* a AMS. Posteriormente, exclusión de aneurisma toracoabdominal, con colocación de endoprótesis torácica proximal Valiant 36/36/200 y endoprótesis distal Talent 38/34/130. **Resultados.** Caso 1: asintomático. *Bypass* aorta-AMS, AMS y TC permeables, sin fugas y disminución del diámetro aneurismático. Pulsos distales presentes. Caso 2: asintomático. Endoprótesis aórtica permeable. Fuga tipo II en el *ostium* del TC. *Bypass* aorto-aórtico, reimplantación de AMI e injerto a AMS permeables. Pulsos distales presentes. **Conclusiones.** La cirugía combinada secuencial, convencional-endovascular, puede ser una buena alternativa para aquellos pacientes que presentan patología vascular compleja.

P9.

EDEMA DE EXTREMIDAD INFERIOR Y MASA INGUINAL PALPABLE

L. Mengíbar-Fuentes, M.A. Ibáñez-Maraña, N. Cenizo-Revuelta, E.M. San Norberto-García, J.A. Brizuela-Sanz, S. Carrera-Díaz, P. de Marino Gómez-Sandoval, J.A. González-Fajardo, V. Gutiérrez-Alonso, I. del Blanco-Alonso, L. del Rfo-Solá, C. Vaquero-Puerta

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. La compresión extrínseca como etiología de trombosis venosa profunda o edema unilateral de la extremidad inferior supone un limitado porcentaje de casos. Tanto los gangliones de la articulación coxofemoral como los mixomas musculares representan una incidencia mínima como etiología de masas inguinales no pulsátiles. **Casos clínicos.** Caso 1: varón de 34 años que consulta por edema de la extremidad inferior. Antecedente de trombosis venosa profunda femoral en esa extremidad un año atrás. Presenta una tumoración inguinal de 5 cm de diámetro, gomosa, de bordes bien delimitados, no dolorosa ni adherida a planos profundos. El estudio dúplex muestra una tumoración quística que comprime la vena femoral. La RM sugiere como diagnóstico ganglión con infundíbulo dependiente de la articulación coxofemoral. Caso 2: varón de 57 años con clínica de parestesias en el muslo izquierdo y edema con empastamiento. Se palpa una masa inguinal bien delimitada, blanda, no dolorosa, de 10 cm de diámetro. El estudio radiológico (TAC y RM) muestra una colección líquida bien definida, en contacto con el psoas ilíaco, que se prolonga por encima del anillo inguinal (imagen en 'reloj de arena') con desplazamiento de vasos femorales. El estudio anatomopatológico es compatible con mixoma intramuscular. **Conclusiones.** Los gangliones de la articulación coxofemoral tienen una incidencia pequeña, y la compresión inguinal de estructuras vecinas es excepcional. En cuanto al mixoma intramuscular, se trata de la primera descripción en la bibliografía en esta localización anatómica y con la morfología descrita. No obstante, se trata de patologías a considerar dentro del diagnóstico diferencial de edema unilateral de extremidades inferiores y de afectación de los vasos femorales.

P10.

EVALUACIÓN DE LA POBLACIÓN DE CÉLULAS MASTOCÍTICAS EN LA PARED DE LA VENA VARICOSA

G. Pascual-González^b, C. Mendieta-Azcona^a,
C. Corrales-Gómez^b, V. Gómez-Gil^b,
J.M. Bellón-Caneiro^c, J. Buján-Varela^b

^aServicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ^bDepartamento de Especialidades Médicas.

^cDepartamento de Cirugía. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares, Madrid.

Introducción. Los mastocitos son células tisulares secretoras relacionadas con los procesos de inflamación e inmunidad. Desempeñan un importante papel en el inicio de la respuesta inflamatoria a través de la liberación de sustancias vasoactivas. **Objetivo.** Evaluar la presencia de mastocitos en venas normales y con patología varicosa. **Pacientes y métodos.** Grupo control: venas safenas de donantes de órganos

($n = 16$) sin antecedentes de enfermedad venosa. Grupo experimental: venas safenas varicosas ($n = 16$). Ambos grupos se dividieron en < 50 y ≥ 50 años de edad. Las secciones tisulares se sometieron a análisis inmunohistoquímico, microscopía electrónica de transmisión y tinción con azul de toluidina. **Resultados.** La distribución de los mastocitos en el grupo control estaba limitada a áreas adventiciales, cercanas a *vasa vasorum*. En las venas varicosas se detectó un incremento significativo del número y del estado funcional de dichas células. Globalmente, el análisis morfométrico reveló diferencias significativas ($p < 0,005$) en la infiltración de células mastocíticas en la pared varicosa en comparación con la pared sana. Cuando se consideró el factor edad, las diferencias encontradas se mantuvieron en ambos grupos de edad. **Conclusiones.** El número de mastocitos y la degranulación de éstos se incrementa con el factor edad y con la patología varicosa. Por ello, dicha población puede desempeñar un papel importante en el contexto autoinmune del fracaso de la pared venosa.