

## Comunicaciones del Capítulo de Flebología de la SEACV

PRIMERA SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES DEL  
CAPÍTULO DE FLEBOLOGÍA DE LA SEACV

### 1.1. Aumento de lipoproteína (a) en enfermos adultos afectados de embolismo pulmonar (EP) y trombosis venosa profunda de extremidades (TVP)

FJ CASALS <sup>a</sup>, E CASALS <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Consulta de Tromboembolismo. <sup>b</sup> Laboratorio de Lípidos. CDB. Corporació Sanitari Clínic. Barcelona.

**Introducción.** La lipoproteína (a) tiene efectos protrombóticos al interferir con la fibrinólisis, su aumento se considera un factor de riesgo de trombosis arterial y arteriosclerosis. **Objetivo.** Caracterizar la clínica y biología de los enfermos adultos, con tromboembolismo venoso y niveles plasmáticos elevados de lipoproteína (a). **Pacientes y métodos.** A todos los enfermos, con TVP detectada por flebografía o eco-Doppler, o EP comprobado por gammagrafía V/Q, se les determinó sistemáticamente la tasa de lipoproteína (a), mediante inmunoprecipitación (SPQ<sup>®</sup> Diasorin), considerando la elevada, cuando su valor superaba 2,6 desviaciones estándares de la media (>55 mg/dL). Además se estudió la existencia de trombofilia biológica o cáncer. **Resultados.** Se detectaron 30 enfermos con aumento de lipoproteína (a), 11 hombres y 19 mujeres, de edad media 62±15 años (8 pacientes tenían menos de 50 años). Seis pacientes presentaban EP y seis trombosis ilíaca o axiloesubclavia. La trombosis fue idiopática en 17 episodios. En el seguimiento observamos 16 % de recidivas y dos pacientes presentaron una complicación de arteriosclerosis. La media de lipoproteína (a) fue 83±29 mg/dL; este valor fue siempre reproducible a excepción de un paciente. En 14 enfermos la cifra de colesterol total fue inferior a 220 mg/dL. En tres casos se asoció una resistencia a la proteína C activada (APCR) y en otros tres una hiperhomocisteinemia. **Conclusión.** En nuestra experiencia, el aumento de lipoproteína (a) constituye la tercera anomalía biológica más frecuentemente detectada en enfermos con tromboembolismo venoso, tras la APCR y la hiperhomocisteinemia; no se correlaciona con el aumento del colesterol y se observa más en mujeres, presentando la clínica grave de la enfermedad.

### 1.2. Características de la trombosis venosa profunda en pacientes con factor V de Leiden y mutación G20210A del gen de la protrombina

CARMONA S, ARROYO A, RODRÍGUEZ AI, ÁLVAREZ A, BARRIO C, MONTERO R, GESTO R

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** Determinar si existen características diferen-

ciales de la trombosis venosa profunda en pacientes con factor V de Leiden o mutación G20210A del gen de la protrombina. **Pacientes y métodos.** La recogida prospectiva de cien estudios de hipercoagulabilidad consecutivos en cien pacientes con al menos un episodio de trombosis venosa profunda, demuestra la existencia de un 13% de portadores de factor V de Leiden y un 9% de la mutación G20210A del gen de la protrombina. Se han recogido datos de edad, sexo, factores de riesgo asociados, localización topográfica de la trombosis venosa profunda y número de episodios. **Resultados.** No se demuestran diferencias entre los pacientes portadores de algunas de dichas anomalías en cuanto a edad, sexo, territorio venoso afectado o trombosis de repetición frente a los pacientes sin estas alteraciones. La trombosis venosa profunda en pacientes con factor V de Leiden y mutación G20210A del gen de la protrombina, requiere la asociación de menor número de factores de riesgo. Durante un seguimiento medio de 4,3 años, aunque en el grupo de pacientes con factor V de Leiden y mutación G20210A del gen de la protrombina aparentemente existe mayor tendencia al desarrollo de úlceras por secuela y trombosis de repetición, no existen diferencias estadísticamente significativas. **Conclusiones.** La trombosis venosa profunda en pacientes con factor V de Leiden y mutación G20210A del gen de la protrombina no tiene rasgos diferenciales característicos en comparación con pacientes sin estas anomalías genéticas.

### 1.3. Insuficiencia venosa crónica. Prevalencia asistencial. Diagnóstico, tratamiento y calidad de vida en atención primaria en España

GESTO R, GRUPO DDTCV

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

**Objetivos.** Confirmar la prevalencia asistencial de la insuficiencia venosa crónica (IVC) en Atención Primaria en España y comprobar mediante el cuestionario CIVIQ que el tratamiento específico de la IVC mejora la calidad de vida de los pacientes. **Pacientes y método.** Encuesta realizada por 738 médicos generalistas coordinados por 40 especialistas en Angiología y Cirugía Vascular, a 6.770 pacientes que acudían espontáneamente a consulta, por cualquier causa, durante el mes de marzo de 2001, sin aplicar ningún criterio de selección. A los pacientes con IVC se les prescribió tratamiento específico y fueron seguidos durante 6 meses con controles y administración del cuestionario CIVIQ en D60 y D180. **Resultados.** De los 6.770 pacientes, 4.291 (63,4%) manifestaban algún signo o síntoma de IVC. 2.557 (38,3%) fueron diagnosticados de IVC y clasificados según la parte clínica de la CEAP encontrándose un 75.5% en C2-

C6. El 80,7% recibieron nuevo tratamiento específico para la IVC. El cuestionario CIVIQ refleja que hay una mejoría global en la calidad de vida del 25%. Existe correlación entre la eficacia del tratamiento según el paciente y el investigador, con la mejoría en la calidad de vida. Los pacientes tratados con medidas higiénico dietéticas y posturales + flebotónico + medias elásticas son los que experimentan una mejor evolución clínica y en su calidad de vida. *Conclusiones.* Se confirma la alta prevalencia asistencial de la IVC en España y que el test CIVIQ es una excelente forma de evaluación del tratamiento en pacientes con IVC.

#### 1.4. Registro informatizado de pacientes con enfermedad tromboembólica en España (RIETE). Análisis de 2-074 pacientes

MARTÍN-PEDROSA JM, GONZÁLEZ-FAJARDO JA, SUÁREZ C<sup>a</sup>, MONREAL M<sup>a</sup>, PÉREZ-BURCKARDT JL<sup>a</sup>, LÓPEZ-BERET P<sup>a</sup>, GUTIÉRREZ JM<sup>a</sup>, VAQUERO C, GRUPO RIETE  
<sup>a</sup> Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario de Valladolid. Grupo RIETE

*Objetivo.* Nuestro propósito es disponer en Internet de una amplia base de datos de pacientes con ETV, atendidos en hospitales españoles, que sirva de ayuda en la práctica clínica. El Registro Informatizado de Enfermedad Tromboembólica en España (RIETE) es una base de datos actualizada donde se registra la sistemática diagnóstica, actitud terapéutica y evolución clínica de pacientes con ETV. *Pacientes y métodos.* Registro informatizado de todos los casos incidentes con diagnóstico objetivo de ETV, desde marzo 2001 hasta febrero 2002. Se recogen todos los datos relacionados con diagnóstico, tratamiento y seguimiento durante un período de al menos tres meses, de 2.074 pacientes. *Resultados.* Se han incluido 2.074 pacientes que han generado 4.152 tratamientos, edad media: 66,1 años; Un 10,5% presentaban al menos una situación de riesgo: 9,4% hipoprotrombinemia (50%), 56,1% dímero D positivo, 2,7% antecedentes de hemorragia grave en mes previo, 3,3% creatinina mayor a 3 mg/dL, 1,6% inestabilidad hemodinámica, 1,5% embarazo y 8,4% trombopenia inferior a 60.000/mm<sup>3</sup>. Han finalizado el seguimiento de tres meses el 14,6%, un 21,8% con incidencias –defunción (5,9%), hemorragia (11,8%) y recidiva de ETV (4,4%)–. La hipoprotrombinemia se asoció significativamente a mayor riesgo de complicaciones y los antecedentes de hemorragia reciente a recidiva. *Conclusiones.* Es factible disponer información sobre un número importante de pacientes con ETV, de los cuales un 10,5% son pacientes complicados. Creemos que obtener un amplio registro de pacientes en nuestro país puede servir para ayudar a tomar decisiones clínicas, y nos podemos beneficiar todos los que tratamos a estos pacientes.

#### 1.5. Factores pronósticos e influencia de la terapia con AINE en la insuficiencia venosa crónica (IVC) grado IV

DEL RÍO L, CABALLERO L, GONZÁLEZ-FAJARDO JA, MARTÍN M, TORRES A, SAN JOSÉ I, IBÁÑEZ MA, CARREIRA S, GUTIÉRREZ V, VAQUERO C  
*Hospital Clínico Universitario. Valladolid.*

*Objetivos.* Determinar el efecto del ácido acetilsalicílico y el trifusal sobre la tasa de curación de úlceras en pacientes con IVC y establecer los principales factores pronósticos que influyen en su evolución. *Pacientes y métodos.* Entre 1997 y 2001, 84 pacientes con IVC y lesión ulcerosa con diámetro >2 cm<sup>2</sup> fueron evaluados en nuestro servicio. De ellos, 57 pacientes (22 varones, 35 mujeres) con edad media de 60 años (intervalo 36-86) fueron incluidos en un estudio prospectivo aleatorizado con grupo control paralelo para estimar la influencia de los principales factores pronósticos mediante un modelo de riesgos proporcionales de Cox. Los pacientes recibieron 300 mg de aspirina o 600 mg de trifusal o placebo asociado a terapia compresiva estándar. El seguimiento se realizó semanalmente y concluyó con la curación de la úlcera. *Resultados.* En presencia de terapia gradual compresiva, la curación ocurrió más rápidamente en pacientes que recibieron la administración de aspirina o trifusal frente al grupo control (89,66 frente a 118,31 días). Los principales factores pronósticos estimados fueron área inicial de la lesión <10 cm<sup>2</sup> (OR 0,21), estadios evolutivos precoces (OR 0,18) y localización en región maleolar interna (OR 1,07). La edad, sexo, terapia sistémica e infección mostraron escasa relevancia sobre la evolución. *Conclusiones.* La administración de agentes antiinflamatorios acorta el período de curación de lesiones ulceradas en la IVC. La determinación de los factores pronósticos debe ser identificada en todos los pacientes pues permite estratificar la tasa de curación y orientar nuestra actitud en individuos con peor pronóstico.

#### 1.6. Insuficiencia venosa primaria, edad y sexo. Distribución anatómica del reflujo

ORTEGA F<sup>a</sup>, CENTOL A<sup>a</sup>, LIMIÑANA JM<sup>b</sup>, JIMÉNEZ F<sup>c</sup>  
<sup>a</sup> Dpto. Morfología. ULPGC. <sup>b</sup> Dpto. Cc. Clínicas. ULPGC. <sup>c</sup> Clínica San Roque. LPGC.

*Introducción.* Epidemiológicamente, la insuficiencia venosa primaria (IVP) se relaciona con diversos factores, como la edad y el sexo. Numerosos estudios han determinado la distribución de los puntos de insuficiencia pero, a nuestro conocimiento, no se ha podido especificar si los puntos de reflujo guardan alguna relación con la edad y el sexo. *Objetivo.* Determinar si sexo y edad son fac-

tores de riesgo para la IVP en los territorios venosos superficial, profundo y perforante. *Pacientes*. 993 extremidades con IVP de las que 644 (64,9%) pertenecían a mujeres y 349 (35,1%) a hombres, con edades medias de 51,17 (15,57) y 53,25 (16,22) años, respectivamente. *Método*. Estudio con eco-Doppler color de los territorios profundo, superficial y perforante, considerándose patológico un reflujo superior a 0,5 s. Regresiones logísticas condicionales para determinar intervalos de confianza con nivel de significación 0,05. *Resultados*. El sexo masculino es un factor de riesgo para las venas femoral superficial y poplítea. La edad lo es para las venas poplítea, peroneas y perforantes de la pantorrilla del territorio safeno interno (PPSI). *Conclusiones*. En los sujetos con insuficiencia venosa primaria, el sexo masculino es un factor de riesgo para los territorios profundos (venas femoral superficial y poplítea) mientras que conforme aumenta la edad, existe un mayor riesgo de presentar reflujo patológico en las venas poplítea, peroneas y PPSI.

### 1.7. Relación entre la clínica de varices y su hemodinámica

ALLEGUE N, JUAN J, ESCRIBANO JM, MAESO J, SOLANICH T, MATAS M

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

*Objetivos*. Estudiar la relación entre la clínica, el diámetro de la vena safena interna y su hemodinámica en pacientes intervenidos de varices. *Pacientes y métodos*. Se han estudiado 200 extremidades inferiores operadas entre octubre de 1997 y noviembre de 1998. A todos ellos se les practicó un marcaje venoso con un eco-Doppler. Clasificación clínica según la CEAP: la clasificación hemodinámica se ha hecho según el tipo de *shunt*. En el *shunt* tipo I la safena drena directamente a una perforante; en el tipo III drena por una colateral y el tipo IV tiene un punto de fuga no ostial ni por perforantes de safena interna. *Resultados*. El tipo de *shunt* más frecuente ha sido el tipo III (60%), seguido del tipo IV (26%) y del I (14%). Cuando se relacionan todos los tipos de *shunt* con la clínica no se hallan diferencias entre ellos. Al valorar conjuntamente los *shunts* tipo III y tipo I frente a los tipo IV, aparecen diferencias estadísticamente significativas, siendo más frecuente la presencia de estadios avanzados en los pacientes con *shunts* tipo I y III. Lo mismo ocurre con el diámetro de la safena interna, los *shunts* tipo I y III se corresponden con los diámetros de safena mayores. *Conclusiones*. El *shunt* tipo III es el más frecuente. El *shunt* tipo IV es el que da menos sintomatología. Los *shunts* tipo III y I provocan clínica más importante y mayor tamaño de la vena safena.

## SEGUNDA SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES DEL CAPÍTULO DE FLEBOLOGÍA DE LA SEACV

### 2.1. Estudio comparativo de profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa en la cirugía de varices

SOGUERO I, CANO-TRIGUEROS E, ARRUABARRENA A, SESMA A, VIVIENS B, RICO V, RECIO A, MARCO-LUQUE MA  
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

*Objetivos*. Comparar la incidencia de enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) en pacientes intervenidos de varices según el uso o no de heparina de bajo peso molecular como profilaxis. *Pacientes y métodos*. Desde enero de 1997 a diciembre de 2000 hemos intervenido por patología varicosa (resección convencional) un total de 634 pacientes (887 extremidades). Edad media 52,4 años ( $r=26-73$ ), 66,6% mujeres. Los pacientes se dividieron en dos grupos según la utilización de heparina de bajo peso molecular como profilaxis postoperatoria (grupo 1,  $n=391$ , pacientes intervenidos 1997-1998, heparina de bajo peso molecular a dosis profilácticas; grupo 2,  $n=243$  pacientes intervenidos 1999-2000, sin heparina de bajo peso molecular) con el fin de comparar ambos grupos en cuanto a la presencia o ausencia de ETEV posterior. Los pacientes se revisaron a los 7 días, 3 meses y al año. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en cuanto a edad, sexo, estancia media, intervención de una o dos extremidades, tipo de anestesia, cirujano vascular (*staff* residente), complicaciones de la herida y tipo de safena extraída. Estadísticos:  $\chi^2$ . Programa SPSS. *Resultados*. Grupo 1: incidencia de ETEV del 0,0025% (1 paciente). Grupo 2: incidencia del 0%. Hubo más complicaciones en las heridas en el grupo 1 pero sin diferencias significativas ( $p>0,05$ ). Comparando ambos grupos no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al uso o no de profilaxis con heparina de bajo peso molecular ( $p>0,05$ ). *Conclusiones*. No creemos justificado el empleo de heparina de bajo peso molecular como prevención de ETEV en la cirugía de varices.

### 2.2. Tratamiento ambulatorio de la trombosis venosa profunda. Resultados preliminares de un estudio multicéntrico

CARREÑO P, GRUPO ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA TROMBOSIS VENOSA

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Consorci Sanitari de Mataró. Mataró, Barcelona.

*Objetivos*. Exponer los datos de los primeros 49 casos cerrados de un estudio multicéntrico realizado en España. *Pa-*

*cientes y métodos.* Naturaleza del estudio: observacional, abierto. Hospitales participantes: 22. Período analizado: enero 2001-enero 2002. Casuística: 49 enfermos: 24 mujeres, 25 hombres. EM: 67,6 años (35-84 años). Etiología: idiopática, 48,9%. Factor causal identificado, 51,1%: quirúrgico, 44%; traumático, 36%; neoplásico, 24%. Topografía: sector femoropoplíteo, 47%; femoral superficial, 14,2%; poplíteo, 14,2%; tibioperoneal, 24,6%. Protocolo diagnóstico: eco-Doppler modo B y dímero-D. Criterios de exclusión: enfermedad asociada grave, soporte familiar inadecuado, rechazo del enfermo. Protocolo terapéutico: administración ambulatoria en dosis única diaria de 0,7 cm<sup>3</sup> de tinzaparina por vía subcutánea durante 15 días. Deambulación mediante contención elástica. Consentimiento informado al alta del Servicio de Urgencias e informe escrito o telefónico con el médico de cabecera. Cuestionario de calidad de vida al inicio y final del tratamiento. *Resultados.* No se ha registrado ningún caso de recurrencia trombotica ni interurrencia de tromboembolismo. Se ha registrado un 16,3% (8 enfermos) de episodios de sangrado, que en ningún caso ha comportado la suspensión del tratamiento. Ningún enfermo ha sido hospitalizado. El 69,4% de los enfermos han valorado el tratamiento como 'muy satisfactorio' y ninguno como 'insatisfactorio'. *Conclusiones.* Los resultados iniciales de este estudio multicéntrico avalan las posibilidades de generalizar el tratamiento ambulatorio de la trombosis venosa de la extremidad inferior en fase aguda, en base a la ausencia de complicaciones en su curso evolutivo.

### 2.3. Valoración hemodinámica de un sistema ergonómico activo (SEAC) en pacientes con IVC

AZCONA J, LORENTE MC, AZCONA JM  
*Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.*

*Introducción.* La posición sentada durante tiempos prolongados, incrementa la filtración capilar llegando a producir edema e incomodidad. *Objetivos.* Analizar los posibles efectos sobre el drenaje venoso de MMII, que la utilización de un sistema ergonómico activo de movilización de los pies (SEAC) puede inducir. *Pacientes.* Formado por 21 sujetos sanos, edad media de 24,09 ± 6,23 años (grupo control) y 20 pacientes, edad media de 38,8 ± 15,64 años, con patología de insuficiencia venosa crónica de miembros inferiores (IVC) sintomática. *Método.* Clasificación de la patología (criterios CEAP); tests hemodinámicos (fotopletismografía técnica de oclusión venosa, aparato Vasoquant VQ 1000 OVP y test de reflujo, fotopletismógrafo Vasoquant VQ 1000 D-PPG); valoración subjetiva con escala analógica visual. El estudio se realizó dos días consecutivos, un día manteniendo posición sentada durante 1 hora y otro día sentados 1 hora con los pies apoyados en aparato con movilización de los pies, sistema ergonómico activo (SEAC). *Resultados.*

La permanencia sentados durante 1 hora con el SEAC ha supuesto respecto a estar simplemente sentados, beneficio en el drenaje venoso de las extremidades, traducido en disminución del llenado venoso gemelar, mejor retorno venoso expresado por un vaciado venoso aumentado y un tiempo de vaciado acelerado, unidos a desaparición del nivel III de reflujo y manifestaciones subjetivas de confort por disminución de la pesadez o sensación de relax en las extremidades. *Conclusiones.* Estos resultados indican que el SEAC induce cambios en la hemodinámica venosa disminuyendo la situación de estasis, que se acompañan de mejoría sintomática.

### 2.4. Patología venosa crónica dependiente de la glútea inferior

CASTRO J, ZUBICOA S, CARVAJAL J, SAINZ F, RODRÍGUEZ I, LEAL J  
*Clínica Ruber Internacional. Madrid.*

*Objetivo.* Exponer los resultados obtenidos en el estudio radiológico del sistema venoso de la pelvis y fundamentalmente de la vena glútea inferior como vía colateral entre la pelvis y los miembros inferiores en los pacientes con insuficiencia venosa crónica pelviana. *Pacientes y método.* Desde enero 1998 hasta enero 2001 se ha valorado la morfología de la vena glútea inferior y la colateralidad de ella con los miembros inferiores en aquellos pacientes que presentaban radiológicamente puntos de fuga a sistema venoso isquiático. Estudiamos 633 pacientes de edad media de 52 años (28-62 años). Se realizó el estudio mediante valoración y exploración clínica, laboratorio vascular con Doppler, eco-Doppler y fotopletismografía, eco-Doppler transvaginal en 611 pacientes (de 625 pacientes femeninas) y estudio ilioavográfico selectivo de venas pélvicas mediante cateterismo desde vena basilica derecha realizando maniobra de Valsalva o en mesa basculante angiográfica. *Resultados.* Se ha hecho un estudio comparativo entre clínica, exploración no invasiva y estudio radiológico pélvico, donde se demuestra que la vena glútea inferior puede ser una vía de suplencia activa colateral al sistema principal conectando los sectores de la pelvis con los del muslo y la pantorrilla (safena externa).

### 2.5. Recidiva varicosa de miembros inferiores de origen pelviano

LEAL J, CASTRO J, ARROYO F, SAINZ F, SIERRA M, ZUBICOA S  
*Ruber Hospital Internacional. Madrid.*

*Objetivo.* Exponer nuestra metodología y experiencia en el tratamiento embolizante de las venas pelvianas en pa-

cientes con recidiva varicosa en MMII. *Pacientes y método.* Desde 1 de septiembre de 1995 hasta 1 de septiembre de 2001 se intervino de varices a 3.896 pacientes (mujeres) y durante ese período se valoraron clínicamente 990 pacientes que habían recidivado sus varices intervenidas. Se realizó el siguiente protocolo: 1) Historia y exploración clínica. 2) Se empleó el eco-Doppler color (transvaginal) para valoración del SVP. 3) La técnica radiológica se basó en el estudio selectivo de los ejes gonadales e hipogástricos y si era necesario la embolización mediante *coils* y *foam*. *Resultados.* Se exponen resultados de: 276 pacientes con estudio ilio-cavográfico: 155 (56,16%) 1 o 2 de los ejes gonadales  $\geq 8$  mm; 223 (80,79%) lagos venosos; 265 (96,01%) comunicación directa hacia MMII (43 tronculares, 50 pequeño vaso y 172 mixtas); 239 pacientes embolizadas y 37 excluidas por: 3 síndrome postrombótico (8,11%); 11 compresiones (29,73%); 5 malformaciones venosas (13,51%); 18 sin indicación (48,65%). Los resultados obtenidos a los 6 meses del estudio han sido altamente satisfactorios en cuanto al dolor pélvico y de los MMII. *Conclusiones.* Una de las causas del mantenimiento o recidiva de los síntomas de IVC se debe a las fugas pélvicas a través de la colateralidad centrífuga. En nuestras manos la técnica de la embolización de los puntos de fuga pélvicos es sencilla, ambulatoria, bien tolerada y no hemos tenido complicaciones graves. El sistema venoso pélvico y los MMII se comportan como una unidad funcional.

### TERCERA SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES DEL CAPÍTULO DE FLEBOLOGÍA DE LA SEACV

#### 3.1. Esclerosis troncular en úlceras venosas

FERNÁNDEZ F, MALDONADO N, SÁNCHEZ JM, RAMOS E, RODRÍGUEZ A, RODRÍGUEZ R, GONZÁLEZ CH, ROS E  
*Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada.*

*Objetivos.* Presentar nuestra experiencia en tratamiento de las úlceras venosas con la esclerosis troncular usando *mousse* de polidocanol. *Pacientes y métodos.* Hemos tratado 49 úlceras (12 por varices esenciales, 37 postrombóticas) refractarias más de 2 meses a tratamiento habitual, mediante esclerosis troncular en bipedestación de ejes safenos, arco posterior, Giacomini y eje de perforantes de Cockett usando la *mousse* de polidocanol obtenida según la técnica de Tessari modificada. Los pacientes fueron tratados en sesiones ambulatorias semanales, sin prescripción de reposo y continuando su actividad normal. A los no anticoagulados previamente se les realizó cobertura con HBPM los 5 días postesclerosis y conten-

ción elástica en todos los casos. *Resultados.* La tasa de cierre fue del 100% en las esenciales (media de 2,7 sesiones) y del 94.6 en postrombóticas (35 úlceras, media de 4,3 sesiones), 2 úlceras disminuyeron de diámetro en más del 70% pero sin llegar a cerrar tras diez sesiones. El tratamiento fue muy bien tolerado y no aparecieron complicaciones mayores. A las esenciales se les practicó posteriormente safenectomía supragenicular por eversión mas resección de complementarias mediante cartografía ecográfica, en las postrombóticas se procedió a prescribir tratamiento conservador. Se realizó seguimiento durante un año, no apareciendo recidivas en el grupo de las esenciales y 3 en las postrombóticas (8,6%), que fueron cerradas nuevamente con esclerosis. *Conclusiones.* Frente al tratamiento clásico, que comporta pobres resultados, esta modalidad terapéutica ofrece una opción muy útil que permite cerrar la úlcera con poco coste económico y permitiendo al paciente continuar con su vida normal.

#### 3.2. Efectividad del láser endovenoso en el tratamiento de la incompetencia de vena safena interna y externa

BONÉ C, NAVARRO L

*Centro de Enfermedades de Venas. Gabinete Médico Carlos Boné. Palma de Mallorca.*

*Objetivos.* Seguimiento evolutivo de la técnica del láser endoluminal en el tratamiento de la vena safena interna y externa poniendo de manifiesto la oclusión del punto de fuga o el sellado y posterior fibrosis del trayecto tratado. *Pacientes.* Los parámetros a seguir para el control del tratamiento con endoláser han sido: la exploración clínica y un seguimiento exhaustivo de la ausencia de flujo en el territorio tratado con láser bajo control eco-Doppler. *Método.* Hemos tratado con endoláser desde 1999 un total de 225 venas safenas internas y 11 venas safenas externas incompetentes con dilatación y flujo retrógrado. El diámetro máximo tratado de vena safena interna ha sido de 27 mm y el de la vena safena externa de 10 mm. Se ha efectuado un control mensual, trimestral y anual con eco-Doppler. *Resultados.* En todos los casos tratados y después de 4 años de control se evidencia la oclusión del trayecto tratado. Se ha producido un 3% de recanalización, siempre segmentaria y 2 casos de recanalización completa. Se ha presentado solamente un caso de parestesia que se ha auto solucionado en tres meses. No hemos tenido ninguna complicación. *Conclusiones.* Hasta la actualidad la técnica del láser endoluminal (endoláser) está demostrando ser efectiva en el tratamiento de la afectación de la red secundaria (vena safena interna y externa). Es muy importante seleccionar al paciente de acuerdo con el estudio hemodinámico. Es una

técnica fácil y segura para el tratamiento de varices no complicadas de este sector.

### 3.3. Indicaciones y resultados de la SEPS

MIQUEL C, SALARICH M, SANJOSÉ N, BELTRÁN J, LLOPIS M, ARIAS A

*Hospital Sagrado Corazón. Barcelona.*

**Introducción.** La hipertensión venosa crónica (HTV) de las EEII produce lipodermatoesclerosis y ulceraciones crónicas. La presencia de venas perforantes se asocia con ésta patología en un 80% de los casos, habiéndose demostrado su ligadura quirúrgica útil para acelerar el proceso de curación de las úlceras y disminuir su recurrencia. **Objetivos.** Efectuar un estudio prospectivo para evaluar la eficacia de la cirugía endoscópica subfascial de las venas perforantes (SEPS) en la disminución de las manifestaciones secundarias a HTV y recurrencia de aparición de ulceraciones. Criterios de inclusión: lipodermatoesclerosis o antecedentes de úlceras (pacientes CEAP 4 y 5) y perforante supramaleolar insuficiente por eco-Doppler. Criterios de exclusión: úlceras abiertas o evidencia de oclusión de sistema profundo en el examen eco-Doppler. **Pacientes y métodos.** Desde enero a diciembre de 2.001 se han intervenido 20 pacientes (4 varones, 16 mujeres) con edad media de 65 a ( $r=47-80$ ), de los que 8 tenían antecedente de fleboextracción de safena interna y 3 de TVP. En 12 (60%) existía lipodermatoesclerosis y en 8 (40%) ulceraciones previas. En todos los casos se efectuó marcaje preoperatorio de las venas perforantes con eco-Doppler color. La Intervención se efectuó bajo anestesia epi o intradural mediante material de laparoscopia e incisiones en tercio superior de la pierna. El seguimiento postoperatorio fue clínico a 1 mes y trimestralmente, y por eco-Doppler al mes de la intervención. **Resultados.** Con un seguimiento medio de 8 meses (2 a 11 meses) se objetivó mejoría clínica (dolor, edema, trofismo cutáneo) a los 6 meses en un 85%. No hubo ninguna TVP, ni infección. Se produjeron 2 trombosis superficiales (10%) y 2 úlceras (10%), una de ellas curada a los dos meses. Se observó ausencia de perforantes en el 70% de casos y persistencia de una única perforante en el 30%. **Conclusiones.** La eficacia de la SEPS, según el registro NA-

SEPS, muestra un 88% de úlceras curadas al año y una recurrencia de 16% al año y de 28% a los dos años frente al 33-100% al año y 52-100% a los dos de los tratamientos convencionales, lo que permite definirla como una técnica efectiva para la prevención de recurrencia ulcerosa.

### 3.4. Reconstrucción endovascular de vena ilíaca postrombótica

ZUBICOA S, CASTRO J, SAÍNZ F, RODRÍGUEZ I, SIERRA M, ARROYO F, LEAL J

*Ruber Hospital Internacional. Madrid.*

**Objetivo.** Exponer nuestra metodología y experiencia en el tratamiento endoluminal mediante angioplastia e implantación de *stents* en pacientes con patología oclusiva en síndrome postrombótico de afectación ilíaca. **Pacientes y método.** Se realizó angioplastia con implantación de *stents* en 11 pacientes con secuelas postrombóticas a nivel ilíaco que hemodinámicamente actuaban como oclusivas y que presentaban clínica de hipertensión venosa centrípeta, cambios degenerativos en piel y úlceras recurrentes o trombosis venosa profunda distales con varices recidivantes postquirúrgicas. Se describe el protocolo seguido: de historia y exploración clínica, estudios no invasivos mediante eco-Doppler y fotopletiografía y estudios invasivos mediante flebografía e ilio-cavografía con medición de presiones basales y dinámicas. Exponiéndose los resultados obtenidos, se describe la técnica y el material empleado en aquellos pacientes que fueron susceptibles de dicha terapéutica endoluminal. **Resultados.** A los siete meses los resultados obtenidos desde el punto de vista morfológico son excelentes con una reoclusión de 1 paciente (9,09 %) a los tres meses debido a problemas de coagulación, estando permeable y sin alteraciones de presión en ese sector el resto de pacientes (10 pacientes; 90,01 %). Así como también los datos de correlación entre las pruebas funcionales y los hallazgos radiológicos con y sin angioplastia. **Conclusiones.** La angioplastia ilíaca más implantación de *stent* en el síndrome postrombótico de afectación de vena ilíaca es una técnica con la que hemos obtenido muy buenos resultados clínicos y morfológicos de hipertensión centrípeta. Pensamos que es una buena opción terapéutica.

SESIÓN DE PÓSTERS DEL CAPÍTULO DE FLEBOLOGÍA DE LA SEACV

### **P1. Agnesia-atresia de vena cava inferior. A propósito de cuatro casos**

SÁNCHEZ JM, MALDONADO F, RAMOS G, RODRÍGUEZ MA, RODRÍGUEZ C, LINARES P, FERNÁNDEZ F, LÓPEZ-CANTARERO B, ROS E

*Hospital Clínico San Cecilio. Granada.*

**Objetivo.** Presentamos tres casos de atresia-fibrosis de vena cava inferior (VCI) y un caso de agnesia de cava. **Pacientes y método.** Caso 1. Varón de 18 años con edema bilateral agudo en miembros inferiores. Eco-doppler y TAC demuestran trombosis iliocava bilateral y sospecha de masa retroperitoneal presaca que engloba VCI. La punción-biopsia dirigida por TAC no es concluyente. Antecedentes personales (AP): neonato prematuro, implantación de catéter femoral. Se decide, previa a cirugía, implantación de filtro temporal de cava. La laparotomía demuestra ausencia de tumor retroperitoneal y atresia-fibrosis de cava. Caso 2. Varón de 18 años con síndrome posttrombótico bilateral de 7 años de evolución. AP: neonato prematuro con trombosis de vena renal derecha y nefrectomía perinatal. En flebografía y TAC se aprecia trombosis de VCI de aspecto fibrótico. Caso 3. Varón de 16 años, con cuadro de TVP iliofemoral derecha. AP: prematuro, trombosis cerebral neonatal. TAC demuestra cordón fibrótico correspondiente a VCI. Anticuerpos anticardiolipina+. Caso 4. Varón de 16 años intervenido de ligadura de vena espermática izquierda por varicocele. Diez días después comienza con dolor importante y edema de ambas piernas. Mediante eco-Doppler y TAC se demostró una TVP de VCI infrarrenal, así como agnesia VCI suprarrenal con hiperdesarrollo de vena acigos.

Factor V de Leyden positivo. **Conclusiones.** Aunque infrecuente, la agnesia-atresia de VCI es una entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de trombosis cava en pacientes jóvenes, generalmente asintomática hasta la adolescencia, cuando aparece de manera espontánea o a consecuencia de algún evento menor.

### **P2. Leiomiosarcoma de vena mesentérica**

BOLÍVAR, DEL RÍO, CELDRÁN, BRETEAU, GONZÁLEZ, LEBLIC, APARICIO, ARRIBAS, FRANCO, PAREDERO

*Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid.*

**Objetivos.** Presentamos un caso de diagnóstico casual de leiomiosarcoma de la vena mesentérica superior destacando el hecho de que una vez realizada una amplia búsqueda bibliográfica no hemos encontrado ningún caso de leiomiosarcoma en esta localización. **Pacientes y métodos.** Revisión de la historia clínica, enfermedad actual y antecedentes personales del paciente, así como evaluación preoperatoria mediante TAC. Durante la intervención quirúrgica se extirpa neoformación dependiente del tronco de la vena mesentérica superior realizándose reconstrucción vascular mediante injerto de vena femoral superficial. El estudio anatomopatológico confirma el diagnóstico de leiomiosarcoma. **Resultados.** Mediante la técnica empleada se consigue una buena evolución postoperatoria del paciente, siendo dado de alta sin complicaciones y encontrándose bien al mes de la intervención. **Conclusiones.** Los leiomiosarcomas con origen en la pared venosa son tumores raros, siendo su localización más frecuente la vena cava inferior, aunque se han descrito tumores con origen en diferentes venas principales y menores. Los autores no han encontrado publicado ningún caso semejante al descrito en la literatura médica consultada.