

XII CONGRESO NACIONAL DEL CAPÍTULO DE FLEBOLOGÍA DE LA SEACV

Sitges (Barcelona), 3 de junio de 2004

COMUNICACIONES ORALES

1

Estudio comparativo de esclerosis venosa convencional con polidecanol líquido frente a polidecanol espuma

J. Alós-Villacrosa, P. Carreño-Ávila, J.A. López-Palencia, B. Estadella-Riu, J. Marinello-Roura

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona, España

Introducción. Ensayo controlado doble ciego en el que cada paciente es su propio control. Comparación clínica y eco-Doppler, a un año de seguimiento, de la eficacia de ambos métodos utilizados simultáneamente en el mismo paciente así como de sus efectos secundarios.

Pacientes y métodos. 75 pacientes, 6 hombres (8%) 69 mujeres (92%) con varices reticulares o recidivadas (no tronculares), realizando esclerosis simultánea líquido/espuma (método de Tessari) con la misma cantidad de producto en sectores homogéneos, en cuanto al diámetro de la vena, de ambas extremidades o distintos sectores de la misma extremidad, totalizando 150 procedimientos. Diagnóstico y medición del diámetro realizado con eco-Doppler, adecuando la concentración del esclerosante al diámetro ecográfico con una tabla previa. En el grupo espuma a concentraciones 50% inferiores. Los controles clínico-ecográficos (dolor, inflamación, eficacia, longitud esclerosada y pigmentación) se han realizado a los 15,30,90 y 365 días.

Resultados. Expresados en % líquido/espuma. Dolor, aparece en 27/60% ($p < 0,0001$); Inflamación postesclerosis en 9,5/25% ($p = 0,077$); Eficacia parcial-total a los 90 días en 35-53,5%/5,5-94,5% ($p < 0,0001$). Longitud media de vena esclerosada: 7,17/10,08 cm. Pigmentación cutánea residual a los 365 días en 15/46,7% ($p < 0,0001$). Grado de satisfacción medio en una escala de 10: 7,17/7,38 (ns).

Conclusiones. a) Los efectos secundarios son más intensos en la esclerosis con espuma para esta relación de concentraciones, posiblemente por el tamaño de las burbujas al no

tratarse de una verdadera microespuma. b) La espuma permite abarcar mayor territorio a las mismas dosis pero con menores concentraciones. c) El grado de satisfacción entre ambas técnicas es similar.

2

Tratamiento de las úlceras varicosas mediante escleroterapia infragenicular y cirugía en régimen ambulatorio

F. Fernández-Quesada, A. Rodríguez-Morata, F. Sellés-Galiana, R.B. Rodríguez-Carmona, M.J. Lara-Villoslada, E. Ros-Díe

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Clínico. Granada, España

Introducción. Presentar nuestra experiencia en el tratamiento ambulatorio de las úlceras venosas con esclerosis troncular usando *mousse* de polidocanol para, una vez cerrada la misma, completar la terapia con safenectomía supragenicular por invaginación.

Pacientes y métodos. 23 úlceras varicosas esenciales refractarias más de 2 meses a tratamiento habitual, tras estudio Doppler se han tratado mediante esclerosis troncular de ejes safenos, arco posterior, Giacomini o eje de perforantes de Cockett usando *mousse* de polidocanol (técnica de Tessari modificada), en sesiones ambulatorias semanales, sin prescripción de reposo y continuando su actividad normal. Se realizó cobertura con HBPM los 3-5 días postesclerosis y contención elástica en todos los casos.

Resultados. La tasa de cierre fue del 91,3% (media de 2,7 sesiones), dos úlceras disminuyeron más del 80% de diámetro pero sin llegar a cerrar tras diez sesiones. El tratamiento fue muy bien tolerado y sin complicaciones mayores. A los pacientes se les practicó posteriormente safenectomía supragenicular por invaginación mas resección de complementarias mediante cartografía ecográfica en régimen de CMA. Seguimiento medio de 18 meses, no apareciendo recidivas ulcerosas; en 9 pacientes se realizó escleroterapia complementaria de varices residuales.

Conclusiones. Frente al tratamiento clásico de las úlceras, (reposo, SEPS, Linton, Cockett, Cigarraga...) que puede comportar pobres resultados, alta tasa de recidivas y malos

resultados estéticos, ésta 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

Células musculares indiferenciadas en los estados iniciales de la insuficiencia venosa

G. Pascual-González^a, M. Rodríguez-Manchego^a, N. Serrano-Amarilla^a, C. Mendieta^c, J.M. Bellón-Caneiro^b, J. Buján-Varela^a

^aDepartamento de Especialidades Médicas. Facultad de Medicina.

^bDepartamento de Cirugía. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares, Madrid. ^cServicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Ramón y Cajal. Madrid, España

Introducción. En el desarrollo de la patología varicosa la hipertrofia inicial del músculo liso, es seguida de una atrofia posterior del mismo, asociado con una disminución del componente elástico. Nuestro objetivo ha sido estudiar el estado de diferenciación muscular de venas normales y con patología varicosa, y establecer su correlación con el componente elástico de las mismas.

Pacientes y métodos. Muestras de pacientes sin antecedentes de patología venosa –grupo control (n = 10)– y con insuficiencia venosa –grupo experimental (n = 10)–. Las muestras fueron divididas de acuerdo a la edad de los pacientes (<50 o ≥ 50 años). Se realizaron técnicas inmunohistoquímicas en las que fueron utilizados anticuerpos anti-α-actina, vimentina, desmina y miosina. El componente elástico fue detectado mediante tinción de orceína e inmunohistoquímicamente utilizando los anticuerpos antielastina (BA4) y fibrilina 1 y 2.

Resultados. Las células musculares controles expresaban miosina, α-actina, desmina y eran negativas para vimentina, independientemente de la edad. Sin embargo en la patología varicosa se observó un aumento de expresión significativo en la población joven para miosina, α-actina, desmina y vimentina, disminuyendo todas ellas en la población varicosa de edad. Herniación de las láminas elásticas superficiales en la población varicosa joven, junto con aumento de expresión de las fibrilinas y de elastina.

Conclusiones. La población varicosa joven muestra expresión para vimentina, siendo negativa para el resto de las poblaciones, indicando la existencia de células musculares indiferenciadas, asociado a un aumento de la expresión de marcadores del componente elástico. Todo ello indica el estado reactivo de las células musculares al inicio del proceso varicoso.

4

Estudio de la progresión del reflujo venoso

N. Labropoulos^a, L. León^a, J.A. González-Fajardo^b, M.A. Mansour^a, S.S. Kang^a, F.N. Littooy^a

^aDivision of Vascular Surgery. Loyola University Medical Center. Maywood, Illinois, EE.UU. ^bServicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Clínico. Valladolid, España

Introducción. Los pacientes con insuficiencia venosa crónica (IVC) frecuentemente preguntan si la cirugía de varices podría ser diferida sin consecuencias. Este estudio fue diseñado para estudiar su historia natural.

Pacientes y métodos. 116 extremidades (90 pacientes) con IVC y al menos 2 exámenes hemodinámicos con eco-Doppler color antes de la cirugía fueron incluidos en este estudio. Se incluyeron prospectivamente aquellos pacientes a quienes se ofreció cirugía de varices y ésta fue diferida por diversas razones (personales, lista de espera, etc.). Los pacientes fueron clasificados usando el sistema CEAP.

Resultados. El seguimiento medio con eco-Doppler fue de 19 meses (1-43). No hubo cambios en 85 extremidades (73,3%). En 13 (11,2%) se evidenció progresión de la enfermedad por lo menos en un estadio clínico (7 de C2 a C3, 4 de C3 a C4, 2 de C4 a C6). 34 extremidades mostraron cambios hemodinámicos: 3 reflujos no detectados en el eco-Doppler inicial y 31 progresión de la enfermedad –17 miembros (14,7%), con extensión del reflujo preexistente, y 14 (12,1%), con reflujo en un nuevo segmento anatómico-. La mayoría de los casos de progresión fueron identificados a partir de 12 meses.

Conclusiones. Casi un tercio de pacientes con reflujo venoso tuvieron progresión de la enfermedad, bien clínica, hemodinámica o anatómica. Dado que la progresión de la IVC se evidenció a partir de los 12 meses del examen inicial, los pacientes programados para una operación de varices no deberían ser diferidos más de 1 año, necesitando una nueva evaluación si dicho intervalo es excedido.

5

Insuficiencia venosa superficial.

¿Dónde se origina el reflujo?

S. Tagarro-Villalba^a, M.E. González-González^a, M. García^b, M. Vicente-Santiago^c, S. Rodríguez-Camarero^a

^aServicio de Angiología y Cirugía Vascular. ^bComplejo Hospitalario San Millán-San Pedro. Logroño, La Rioja. ^cServicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Central de Asturias. Hospital Covadonga. Oviedo, Asturias

Introducción. La causa más frecuente de varices es el reflujo en el confluente safeno-femoral, pero no es la única. La correcta identificación preoperatoria de los puntos de reflujo es básica a la hora de plantear una correcta indicación quirúrgica.

Pacientes y métodos. Con el objetivo de identificar los diferentes orígenes del reflujo en los pacientes enviados por varices primarias no complicadas realizamos a lo largo del año 2003 una exploración con eco-Doppler a 100 pacientes. El estudio se llevó a cabo en bipedestación, sobre la extremidad de mayor relevancia clínica, mediante las maniobras de compresión-relajación, Valsalva y paraná. Los resultados se almacenaron en una base de datos informatizada y en una cartografía hemodinámica.

Resultados. Se objetivó reflujo safeniano en 95 pacientes y no safeniano en 5. El reflujo afectó a la safena interna en 87 pacientes y en 12 a la externa. Solo el 71% de los reflujos de la interna fueron ostiales puros, presentando 30 pacientes un reflujo diferente a los cayados safenianos, ya fuera aislado o asociado a reflujo de los cayados.

Conclusiones. En un porcentaje no despreciable de pacientes el origen del reflujo no se sitúa en los cayados safenianos o existe más de un punto de reflujo por lo que la cirugía tradicional no guiada por eco-Doppler conllevaría un inadecuado tratamiento con la consiguiente elevación de las recidivas.

6

Sospecha de trombosis venosa profunda en la urgencia diaria

M.A. González^a, J. Azcona^b, J.M. Fustero^b, J.J. Castilla^b, E.M. Martín^b, J.M. Azcona^b

^a Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. ^b Servicio de Cirugía Vascular. HCU Lozano Blesa. Zaragoza, España

Introducción. Valorar los resultados de los pacientes remitidos de forma urgente con sospecha de TVP, en el interés de poder definir los criterios diagnóstico y terapéuticos utilizados.

Pacientes y métodos. Valoración de 414 pacientes con sospecha de TVP (hembras 227, varones 187) con una edad media de $67,69 \pm 15,51$ años, en un periodo de 7 meses. Se recogieron mediante ficha informatizada los datos referentes a: filiación, lugar de procedencia, antecedentes, clínica, tratamiento previo, exploración vascular y diagnóstico final.

Resultados. 109 pacientes presentaron TVP de diferentes localizaciones (26,32%) con 28 casos de EP (25,68%). 153 pacientes (36,95%) habían recibido tratamiento farmacológico sin contención elástica durante un tiempo medio de $12,95 \pm 10,89$ días. De este grupo de pacientes tratados, el 70,58% no presentó TVP a la exploración clínica y funcional vascular. El dolor y el edema como criterios de sospecha clínica estuvieron presentes en un 61,46 y un 74,51%, respectivamente. Dolor más edema se encontraron en el 66,97% de las TVP y en el 29,50% de los que no la presentaron. La correlación Doppler continuo y dúplex fue significativa en la certeza del diagnóstico.

Conclusiones. Los signos clínicos, por sí mismos, no son criterios de indicación terapéutica ante una sospecha de

TVP. La actitud terapéutica sin valoración funcional y/o estudio objetivo no debería realizarse. El presente estudio razona la necesidad de realizar guías de actuación ante la sospecha de TVP, con aquellos servicios o centros de salud de nuestra área de referencia para evitar estas situaciones.

7

Trombosis venosa profunda de extremidades inferiores. ¿Es posible el diagnóstico en ausencia de eco-Doppler?

J.M. Fuentes-Pérez, V. González-Martínez, J. Valera-Valle, J.M. Domínguez-González, T. Salanich-Valldaura, M. Matas-Docampo

Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital General Universitario Vall d'Hebron. Barcelona, España

Introducción. Validar un modelo de diagnóstico clínico en pacientes con sospecha de trombosis venosa profunda (TVP).

Pacientes y métodos. Estudio prospectivo, 112 pacientes remitidos consecutivamente a urgencias por sospecha de TVP. Se aplica escala de Wells, clasificando los pacientes en bajo, moderado y alto riesgo. Se determinan niveles de d-dímero y se realiza eco-Doppler venoso (patrón oro) a todos los pacientes. Posteriormente, se analiza específicamente el valor individual de cada factor de la escala de Wells en los pacientes diagnosticados de TVP, obtenemos nueva escala donde > 6 puntos determina alto riesgo de TVP.

Resultados. De los 112 pacientes, 50 pacientes (44,6%) fueron diagnosticados de TVP por eco-Doppler. Aplicada la escala Wells: 43 (38,3%) riesgo bajo, 19 (16,9%) moderado y 50 (44,6%) alto. d-dímero negativo (< 460 ng/mL) en 57 pacientes (50,8%). En el 100% de los pacientes con riesgo bajo-moderado y d-dímero negativo se descartó la TVP tras practicar eco-Doppler (sensibilidad y VPN del 100%). Únicamente cinco factores de la escala Wells presentan significación estadística ($p < 0,05$) para el diagnóstico de TVP. En un segundo tiempo se aplica la escala modificada a los 62 pacientes en los que no se descarta TVP mediante escala Wells y d-dímero. Los 38 pacientes con riesgo alto en la nueva escala presentan TVP (100%). Obtenemos por tanto una especificidad y VPP del 100%.

Conclusiones. En la mayor parte de los casos, 94/112 (84,1%), es posible realizar el diagnóstico de trombosis venosa profunda sin necesidad de eco-Doppler y con seguridad suficiente.

8

Trombosis venosa: tratamiento extrahospitalario. Estudio multicéntrico sobre 122 enfermos

P. Carreño, C. Bohórquez, M. Cardona, C. Fernández, L.A. Guerrero, B. Gascó, J. Juliá, J.P. Linares, O. Merino, C. Miquel, L. Moga, E. Ramos, A. Rosendo, J. Todolí, A. Velasco, J. Marinello

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital de Mataró.

CSdM. Mataró, Barcelona, España

Introducción y objetivos. Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento extrahospitalario en la trombosis venosa profunda (TVP) en su fase aguda y, secundariamente, analizar los datos que permitan establecer criterios de inclusión y exclusión para esta estrategia terapéutica.

Pacientes y métodos. Características del estudio: observacional, prospectivo y multicéntrico (15 hospitales). Periodo de desarrollo: de marzo 2000 a septiembre 2003. Casuística (n = 122): 57,4% mujeres; 42,6% hombres. Edad media: 60,9 años (22-75). Criterios de inclusión: diagnóstico analítico, hemodinámico y/o angiográfico de TVP. Criterios de exclusión: TVP recidivante, topografía sector iliofemoral, edad > 75 años, patología asociada grave. Localización de la TVP: 41,3% en la vena poplítea; 25,6% en el sector femoropoplíteo. Pauta de descoagulación: HBPM, dosis 0,1 cm³/kg/24 h/10 días. Tratamientos asociados: terapéutica de compresión (100%) y antiinflamatorios (26%). Intervalo de permanencia hospitalaria: 18,6 h (4-31 h). Varibales estudiadas: evolución clínica, dolor (escala EVA), complicaciones (TEP, recurrencia, sangrado), reacciones adversas (clasificación WHOART). Metodología estadística seguida: test chi al cuadrado y t de Student.

Resultados. Eficacia: recurrencia de TVP: 0; TEP, 1(0,82%); edema: perímetro maleolar basal de 26,6 cm y al final del tratamiento de 24,7 cm ($p < 0,001$); dolor: puntuación basal 5,3 y final 3,3 ($p < 0,001$). Seguridad: episodios de sangrado 11 (9%); reacciones adversas 6 (4,9%); ingreso hospitalario 4 (3,2%); mortalidad, 0. Aceptabilidad: el 82% de los enfermos se mostraron satisfechos con el protocolo seguido.

Conclusiones. Los resultados expuestos en este estudio demuestran la eficacia, seguridad y aceptabilidad del protocolo seguido en el tratamiento extrahospitalario de la TVP.

9

La enfermedad tromboembólica venosa durante la gestación y el puerperio

F. Sellés-Galiana, V.E. Ramos-Gutiérrez, A. Rodríguez-Morata, R. Rodríguez-Carmona, J.P. Linares-Palomino, E. Ros-Díe

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario San Cecilio. Granada, España

Introducción. Las complicaciones tromboembólicas son una de las principales causas de mortalidad materna. El riesgo de trombosis venosa profunda (TVP) en gestantes es superior al de mujeres no gestantes de edad similar. Los objetivos son: valorar la incidencia de TVP y trombofilia familiar durante la gestación y el puerperio, y estudiar las características de las TVP y sus complicaciones.

Pacientes y métodos. Estudiamos retrospectivamente las TVP acontecidas entre 1996 y 2003. Encontramos 24 mujeres diagnosticadas mediante eco-Doppler de TVP: 7 puérperas y 17 gestantes. Valoramos las variables: trombofilia familiar, factores de riesgo de TVP, datos del parto, localización de las TVP, el tratamiento utilizado y las complicaciones de la TVP.

Resultados. En el grupo de puérperas la TVP aconteció en la semana 6 posparto, y en las gestantes, en la semana 26. La prevalencia de trombofilias familiares fue del 25%, entre ellas la resistencia a la proteína C activada (3), déficit de proteínas C y S (3), y anticoagulante lúpico positivo (2). Observamos trombosis recidivante en 6 pacientes, 3 de las cuales tenían trombofilia familiar. Tres pacientes presentaron tromboembolismo pulmonar. La localización de las TVP durante la gestación fue mayoritariamente en el sector iliofemoral y en el femoropoplíteo durante el puerperio. Las gestantes se trataron con heparinas de bajo peso molecular (HBPM) y no observamos complicaciones fetales derivadas del tratamiento.

Conclusiones. La TVP es una complicación importante durante la gestación y el puerperio. Las trombofilias familiares tienen una prevalencia importante. Las HBPM constituyen el tratamiento de elección por su seguridad y buena biodisponibilidad.

10

La movilización precoz en pacientes con trombosis venosa profunda aguda no incrementa el riesgo de embolismo pulmonar

A. Romera-Villegas ^a, A. Pérez-Piquer ^a, X. Martí-Mestres ^b, A. Bonell-Pascual ^b, M. Cairols-Castellote ^a

^a Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitari de Bellvitge. ^b Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Creu Roja. L'Hospitalet de Ll., Barcelona, España

Introducción y objetivos. Evaluar la influencia de la deambulación precoz en pacientes con trombosis venosa profunda

(TVP) aguda sobre la incidencia de tromboembolismo pulmonar (TEP) sintomático, y valorar si la localización del trombo o el tipo de anticoagulación influyen en la aparición del TEP. *Pacientes y métodos.* Ensayo clínico observacional realizado en dos centros, período 2002-2003, con asignación aleatoria 1:1 según sobres cerrados, siguiendo una lista de aleatorización informática. En total hubo 650 pacientes con TVP, de los cuales sólo se pudieron incluir 146, 68 mujeres y 78 hombres (edad media: 60,7 años; rango 18-83). Criterios de inclusión: TVP inferior a 15 días de evolución, consentimiento informado, esperanza de vida > 1 año y condición clínica sin riesgo vital. Grupo A: 67 pacientes, 5 días de reposo absoluto. Grupo B: 79 casos, deambulación precoz con contención elástica. Se compararon ambos grupos según tiempo evolución, localización trombosis y tipo tratamiento. El análisis estadístico se realizó mediante un estudio descriptivo, se utilizó la prueba de chi al cuadrado o el estadístico exacto de Fisher y análisis multivariante. *Resultados.* Hubo 4 casos de TEP sintomático (2,7%), sin que hubiese diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos ($p = 0,33$). Tampoco hubo diferencias en relación con el tiempo de evolución ($p = 0,45$), localización del trombo ($p = 0,37$) ni en el tipo de tratamiento ($p = 0,23$). El análisis multivariante no detectó ninguna variable con significación estadística.

Conclusiones. En este grupo seleccionado de pacientes la deambulación precoz, la localización del trombo ni el tipo de anticoagulación influyen en la incidencia de TEP sintomático.

PÓSTERS

1

Aneurismas cirsoideos gigantes

J. Dilmé, J. Latorre-Vilallonga, C. Castaño,
J.M. Mestres-Sales, P. Surcel, E. Viver-Manresa
*Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona, España*

Introducción. Los aneurismas cirsoideos gigantes (ACG) o malformaciones arteriovenosas (MAV) gigantes con fistulas arteriovenosas macroscópicas son infrecuentes y de tratamiento complejo.

Pacientes y métodos. En los últimos 15 años se han diagnosticado en nuestro servicio 8 ACG: 5 hombres y 6 mujeres, 3 en región toracobraquial, 1 en región pulmonar, 1 en región pélvica, 1 en región lumbar y 2 en el antebrazo. Edad: 15-63 años. La indicación terapéutica ha sido la sintomatología dolorosa o el crecimiento desmesurado. Se ha realiza-

do tratamiento conservador en 1 caso, tratamiento quirúrgico en 2 casos, embolización selectiva en 2 casos y tratamientos mixtos (cirugía+embolización) en 3 casos.

Resultados. La mayor parte de los ACG han disminuido de tamaño mejorando clínicamente tras la actuación terapéutica, sin embargo, no se ha conseguido una desaparición total de las MAV. En nuestra experiencia hemos observado una tendencia a la recidiva importante.

Conclusiones. Dada la gran complejidad de estas lesiones, el abordaje de las mismas debe ser multidisciplinar, agrupando a cirujanos vasculares, radiólogos, cirujanos plásticos y ortopédicos. Así mismo y dada la juventud de este tipo de pacientes es necesario un apoyo psicológico personal y del entorno. En los últimos años, debido a la historia natural de los ACG y a la evolución de los mecanismos endovasculares, se tiende a tratar este tipo de MAV mediante embolizaciones supraselectivas, reservando la cirugía convencional como terapia coadyuvante o para aquellos casos, en los que no es posible realizar una embolización selectiva, esta no es suficiente o se debe resear parte de la malformación.

2

Angiodisplasia venosa de extremidad inferior con afectación intraósea. Caso clínico

I. San José-Barrachina^a, A.M. Mateo^a, P. de Marino^a,
L.A. Carpintero^a, Z. de Gregorio^b

^a Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. ^b Servicio de Traumatología y Ortopedia. Hospital Clínico Universitario. Valladolid, España

Introducción. Las angiodisplasias venosas, a diferencia de las arteriovenosas, rara vez producen afectación ósea. Nuestro objetivo es presentar un caso inusual de angiodisplasia venosa, así como una opción terapéutica en el tratamiento de la misma.

Caso clínico. Se trata de una paciente de 29 años que ingresó en nuestra unidad con clínica de dolor intenso (diurno y nocturno) en la cara anterior de la pierna derecha, que presentó a la exploración física una gruesa variz troncular con un punto de entrada en la cara anterior de la tibia y con múltiples colaterales insuficientes. Los estudios de imagen (DIVAS y RM) no evidenciaron la existencia de fistulas arteriovenosas. La flebografía por inyección directa puso en evidencia la existencia de un trayecto intraóseo de unos 15 cm. La resección de la malformación se realizó bajo anestesia general con isquemia de la extremidad, abordaje de la cara externa de la tibia con extirpación de 15 cm de la cortical tibial anterior, legrado de venas intramedulares y relleno de los tramos venosos proximales con fragmentos de fibrina. La reparación ósea se realizó con injertos óseos esponjosos de cresta ilíaca. La paciente se presentó asintomática en las revisiones a los seis meses y al año. En los controles radiológicos se observó una osificación tibial normal.

Conclusiones. El tratamiento quirúrgico de las angiodisplasias venosas intraóseas de las extremidades se presenta como una opción válida y definitiva frente a la escleroterapia, que presenta un riesgo mayor de recidiva y de dolor residual por irritación perióstica.

3

Trombosis venosa de etiología inusual

J.C. Fernández-Fernández, M. Gallegos-Vidal,
I. Hernández-Lahoz, P. Vilariño-López Barranco,
J. Vilariño-Rico, R.J. Segura-Iglesias

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.
Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña, España

Introducción. Se presenta un caso de agenesia de vena cava retrohepática en un varón joven con síntomas de trombosis venosa profunda bilateral de miembros inferiores.

Caso clínico. Paciente varón de 36 años sin antecedentes de interés con lumbalgia y edema de miembros inferiores de cuatro días de evolución. El eco-Doppler y la flebografía objetivaron una trombosis venosa profunda iliofemoral bilateral. Para definir la extensión proximal de la trombosis venosa se realizó una TAC abdominopélvica que reveló ausencia de vena cava retrohepática. Durante 96 horas se efectuó tratamiento fibrinolítico regional con urocinasa, continuándose con heparina. Las iliocavografías de control confirmaron la resolución de la trombosis en la vena cava infrahepática y el defecto de replección de la cava retrohepática, así como el drenaje venoso al sector suprahepático por colaterales. No hubo complicaciones relacionadas con el tratamiento fibrinolítico. A los ocho meses de seguimiento el paciente permanece asintomático y realiza tratamiento con medias compresivas y anticoagulación oral. Los estudios de hipercoagulabilidad primaria, secundaria y de anomalías anatómicas asociadas resultaron negativos.

Conclusiones. La agenesia de vena cava puede causar enfermedad tromboembólica y debe considerarse especialmente en varones jóvenes con trombosis venosa profunda proximal y sin otros factores de riesgo de tromboembolismo.

4

Lesión de vena cava inferior retrohepática y venas suprahepáticas en traumatismo hepático grave

M.A. Ibáñez-Maraña, P. de Marino Gómez-Sandoval,
N. Cenizo-Revuelta, A. Torres-Blanco,
E.M. San Norberto-García, C. Vaquero-Puerta

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

Introducción. Presentamos una lesión de vena cava retrohepática y suprahepática en un paciente politraumatizado que

presentaba rotura hepática. En un traumatismo abdominal cerrado en el que se produce lesión hepática es infrecuente que se produzca lesión de vena cava retrohepática (10%). Cuando ocurre, la mortalidad es muy elevada (85%) por hemorragia masiva intraoperatoria difícilmente controlable.

Caso clínico. Varón de 27 años que presenta traumatismo toracoabdominal por accidente de moto, clínica de disnea y dolor abdominal, estable hemodinámicamente. Ecografía abdominal al ingreso presenta rotura hepática y hemoperitoneo. Se realiza laparotomía media encontrando rotura del lóbulo hepático derecho, con la movilización hepática se produce abundante hemorragia que no cede con clampaje de la triada portal, se sospecha la existencia de lesión de vena cava inferior retrohepática y suprahepáticas. Se aborda la vena cava inferior a nivel retrohepático y suprahepático, suturándose las lesiones. Se deja packing suprainfrahepático y se retira a los 4 días comprobándose ausencia de sangrado activo. Presenta buena evolución postoperatoria, con normalización de enzimas hepáticos. En TAC abdominal de control se aprecia lesión cicatricial hepática con permeabilidad de la vena cava inferior. En eco-Doppler venoso postoperatorio no se observan signos de trombosis de vena cava inferior.

Conclusiones. La lesión de vena cava retrohepática es de difícil diagnóstico preoperatorio y tiene elevada mortalidad, sobre todo por la dificultad en el acceso anatómico y en el control de la hemorragia. Es importante realizar un abordaje venoso, control de la hemorragia y reparación de la lesión rápida, para ello existen técnicas alternativas al control directo (clampaje múltiple o shunt intravenoso).

5

Patología tumoral de la vena cava inferior. Tratamiento quirúrgico

E. González-Cañas^a, J. Vallespín^a, D. García^b, J. Prats^b, N. Allegue^a, A. Giménez^a

^aServicio de Angiología y Cirugía Vascular. ^bServicio de Urología. Hospital de Sabadell 'Parc Taulí'. Sabadell, Barcelona, España

Introducción. La resección y sustitución de la vena cava inferior (VCI) en el tratamiento de neoplasias es un procedimiento excepcional. Con frecuencia los pacientes presentan metástasis o se encuentran en una etapa muy avanzada de la enfermedad contraindicando la cirugía.

Objetivo. Revisión de nuestra casuística de cirugía tumoral con afectación de VCI.

Pacientes y métodos. Desde 1999 hasta el 2003 hemos intervenido cinco pacientes con afectación tumoral de VCI. 3 pacientes presentaban tumor de células claras renales con extensión de trombo tumoral en VCI, otro presentaba un teratoma con metástasis adenopática y una mujer estaba afecta de un ganglioneuroblastoma con infiltración de pared. Analizamos grado, localización y extensión de la neo-

plasia, complicaciones postoperatorias, permeabilidad y supervivencia.

Resultados. En 3 pacientes se practicó cavotomía longitudinal y extracción de trombo, en otro una resección parcial de pared y de masa adenopática, y en el último una resección completa de VCI e injerto de PTFE anillado. No hubo morbitmortalidad postoperatoria inmediata. Un paciente afecto de tumoración renal falleció de su neoplasia en el seguimiento (14 meses) y los otros 4 pacientes se encuentran vivos con permeabilidad de VCI confirmada por TAC.

Conclusiones. El tratamiento quirúrgico en un grupo seleccionado de pacientes ayuda a paliar los síntomas relativos a la afectación de VCI y aumenta la supervivencia.

6

Nuestra experiencia con la flebectomía por transiluminación comparada con la varicectomía convencional

S. Mejía-Restrepo, E. Roche, X. Cabot, C. Esteban, J. Rodríguez, A. Puig, O. Andrés, A. Presas

Servicio de Cirugía Vascular. Clínica Plató. Barcelona, España

Introducción. Quisimos valorar los resultados inmediatos de una serie prospectiva tratada mediante la flebectomía Trivex®. Este es un nuevo sistema mecanizado de resección motorizada guiada por transiluminación y lo comparamos con una muestra tratada mediante safenectomía convencional.

Pacientes y métodos. De febrero de 2002 a marzo de 2003 se realizaron 38 procedimientos mediante Trivex en 37 pacientes. Se compara con una serie prospectiva de 40 pacientes tratados mediante flebectomía convencional. Valoramos edad, tiempo quirúrgico, número de incisiones, dolor posquirúrgico, hematoma, satisfacción y secuelas. Realizamos estudio mediante análisis de varianza y chi al cuadrado (χ^2).

Resultados. La edad media del grupo de transiluminación es de 58 años; 28 mujeres y 10 hombres. El grupo de safenectomía convencional presentó: edad media de 53 años; 25 mujeres y 15 hombres. Las series fueron homogéneas en cuanto a sexo (χ^2 : 1,12; p: 0,29), edad (F: 1,218; t: 1,104; p: 0,273) y clasificación clínica CEAP (χ^2 : 0,01; p: 0,94). Entre la serie de transiluminación y la convencional no ha habido diferencias respecto a tiempo quirúrgico (F: 1,926; t: 1,388; p: 0,169) ni a hematoma posquirúrgico (χ^2 : 3,66; p: 0,16). Existieron diferencias significativas en cuanto a dolor postoperatorio (χ^2 : 11,92; p: 0,00045), satisfacción (χ^2 : 12,29; p: 0,00055), y secuelas (χ^2 : 8,92; p: 0,0028) en detrimento de la técnica Trivex. En la serie de transiluminación, la media de incisiones practicadas fue de 5,8.

Conclusiones. La flebectomía por transiluminación no ha presentado buenos resultados comparado con la cirugía convencional. Han existido más secuelas y más dolor. Si bien nuestra curva de aprendizaje puede haber afectado negativamente los resultados no creemos justificada la sustitución de la técnica convencional por la flebectomía por transiluminación Trivex.