



Comunicaciones del Capítulo Español de Flebología

COMUNICACIONES ORALES

1.^a Sesión Jueves, 10 de junio (09:00-10:30 h)

C68. ENDOLÁSER 2010. NUEVO PROTOCOLO TERAPÉUTICO SIN ANESTESIA TUMESCENTE

C. Bone Salat, L. Navarro Fló y N. Navarro Fló

Centro Tratamiento Venas, Mallorca; The Vein Treatment Center, New York; Centro Enfermedades Venas, Barcelona.

Introducción y objetivos: La Técnica Endoláser (Láser Endovenoso, L.E.V, EVLT) es una de las técnicas mínimamente invasivas más utilizadas en la actualidad para el tratamiento de las varices tronculares. El objetivo de esta comunicación, es presentar un nuevo protocolo de tratamiento obviando la anestesia tumescente con la finalidad de obtener: una mayor simplificación de la técnica, menor tiempo terapéutico y mayor confort para el paciente manteniendo los buenos resultados.

Material y métodos: Hemos tratado 44 pacientes con afectación de 56 venas safenas internas incompetentes, con reflujo superior a 1 segundo y dilatación media de 10 mm. Hemos utilizado un ecodoppler color para el diagnóstico, la infiltración anestésica es troncular y guiada ecográficamente y hemos utilizado fibras ópticas de canalización selectiva.

Resultados: Hemos obtenido el 100% de oclusión venosa. Ausencia de complicaciones valorables.

Conclusión: Se requiere experiencia en la utilización ecográfica para obtener una buena anestesia troncular de la zona para obviar la infiltración tumescente de todo el trayecto venoso. La utilización de nuevas fibras facilitan la canalización del segmento venoso sin necesidad de cateterización previa y la aplicación de la energía en el endotelio vascular hacen que, la técnica Endoláser haya mejorado sustancialmente, tanto en la simplificación de la misma como en los resultados.

C69. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN DISPOSITIVO NEUMÁTICO PARA PREVENIR ALTERACIONES VENOSAS EN LOS VIAJES AÉREOS

F. Fernández Quesada, I.J. Chirosa Ríos, M. Martínez Marín, J.J. Sánchez Cruz y E. Ros Díe

Hospital Universitario San Cecilio, Granada; Facultad de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, Universidad de Granada; Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.

Introducción y objetivos: La O.M.S reconoce la patología venosa asociada a los viajes como un riesgo global para la salud, que cursa desde molestias leves (edema, parestesias), a graves (TVP, EP) que incluso podrían ser fatales. Como causas destacan inmovilidad prolongada, compresión venosa por sedestación y alteraciones de la coagulación en relación con condiciones de presurización de cabina (hipoxia-hipobárica, baja humedad relativa). Para evaluar un dispositivo neumático diseñado para prevención de esta patología hemos establecido un estudio mediante un ensayo clínico aleatorizado con grupos cruzados.

Material y métodos: 60 voluntarios sanos expuestos a vuelos simulados (hipoxia-hipobárica, catering, limitación de movilidad) a 2.400 m de altitud y comparando determinaciones antropométricas, ecográficas, pletismográficas en muslo y pantorrilla y cuestionarios de sintomatología y QOL antes y después de la exposición, con o sin ejercicio incentivado con dicho dispositivo. Se evaluó peso, diámetros ecográficos del SVP y SVS, edema determinado mediante distancia dermis-fascia y dermis-periorbitario, pletismografía venosa de oclusión (capacitancia y drenaje venoso) y cuestionarios cualitativos (sintomatología y QOL).

Resultados: no hubo diferencias en el diámetro venoso, apareció significación estadística en reducción del edema medido por ecografía a nivel maleolar ($p < 0,000$), franca mejoría en parámetros pletismográficos (sobre todo distales) de retorno venoso ($p < 0,00$) y no apareció significación en la sintomatología referida tras exposición a las condiciones de vuelo simulado en los sujetos que hacían ejercicio respecto a los que no. Estos efectos son reversibles pasadas dos semanas.

Conclusión: el ejercicio mediado por dispositivo neumático previene eficazmente las alteraciones venosas inducidas por la exposición a las condiciones experimentales.

C70. ESTABILIDAD DE LA ESPUMA DE POLIDOCANOL EN FUNCIÓN DE SU ASOCIACIÓN CON GLICERINA (GLICEROL)

R. Rial Horcajo, L. Sánchez Hervás, G. Moñux Ducajú, A. Galindo García, A. Martín Conejero, M. Hernando Rydings, M. Muela Méndez y F.J. Serrano Hernando

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción y objetivos: La eficacia de la espuma para la esclerosis de varices depende fundamentalmente de la concentración del esclerosante y la estabilidad de la espuma. La espuma de polidocanol obtenida con el método de Tessari, tiene el problema del breve tiempo de licuefacción. La seguridad clínica de la administración intravenosa de glicerina (glicerol-polialcohol tensoactivo) ha sido contrastada. El objetivo del presente estudio es averiguar si la adición de glicerina (G), a diferentes concentraciones, contribuye a la estabilidad de la espuma de polidocanol.

Material y métodos: Grupo Polidocanol (GP): espuma de polidocanol 3% (método Tessari estándar: jeringas 5 ml. Llave de tres pasos: 1 ml polidocanol 3%-Aetoxisclerol® Kreussler-Pharma/3 ml de aire. 20 pasos). Grupo G10%: espuma polidocanol 3% + 0,2 ml glicerina 10%. Grupo G20%: espuma polidocanol 3% + 0,2 ml glicerina 20%. Grupo G30%: espuma polidocanol 3% + 0,2 ml glicerina 30%. Repetición de los ensayos en cinco ocasiones. Medición del tiempo de licuefacción visual y en mililitros. Medición microscópica de la burbuja: número/superficie, diámetro y espesor pared.

Resultados: La licuefacción visual comenzó en el Grupo Polidocanol entre los 23 y los 30 segundos; GC10% 60-75 segundos; GC20% 40-60 segundos; GC30% 30-40 segundos. Licuefacción 0,5 ml: GP 100-140 segundos; GC 10% 240-280 segundos; GC20% 210-250 segundos; GC30% 180-200 segundos. Burbujas/mm²-diámetro-espesor pared. GP: 68-98 μ -7 μ ; GC10%: 189-60 μ -9 μ ; GC20%: 76-92 μ -12 μ ; GC30%: 49-112 μ -20 μ .

Conclusión: Por primera vez se describe un método químico para estabilizar la espuma de polidocanol. Pequeñas cantidades de glicerol condicionan un aumento en la estabilidad (tiempo licuefacción) y calidad (tamaño burbuja) de la espuma de polidocanol.

C71. ¿ES NECESARIA LA TROMBOPROFILAXIS EN CIRUGÍA DE VARICES?

B. Merino Díaz, E.M. San Norberto García, M.I. Vizcaíno López, A.F. Sánchez Santiago, J.A. Brizuela Sanz y C. Vaquero Puerta

Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Introducción y objetivos: La cirugía de varices es considerada de bajo riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (ETEV). La ACC-PP Consensus Conference on Antithrombotic Therapy y la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), indican trombopropilaxis en pacientes con riesgo moderado. Sin embargo, no existe ningún estudio prospectivo aleatorizado específico sobre cirugía de varices y empleo de trombopropilaxis con heparinas de bajo peso molecular (HBPM). Objetivos: comparar incidencia de ETEV en pacientes intervenidos de cirugía de varices con trombopropilaxis mediante medidas físicas y HBPM, y los sujetos a medidas físicas exclusivamente.

Material y métodos: Estudio prospectivo aleatorizado de pacientes con riesgo moderado de ETEV intervenidos de cirugía de varices (safenectomía y/o flebectomía) durante enero y febrero de 2010. Revisión clínica, determinación de dímero-D y estudio eco-doppler a 10 y 30 días postoperatorios.

Resultados: 107 pacientes intervenidos, 76 safenectomías y 31 flebectomías. La media de número de factores de riesgo en el grupo de pacientes tratados con HBPM fue 3,93 (\pm 1,04) mientras que en el grupo sin tratamiento de 3,66 (\pm 0,79) (p = 0,559). Tampoco existieron diferencias entre técnicas quirúrgicas (p = 0,609) ni tipo

de anestesia locorregional (p = 0,365). Los valores de dímero-D a los 10 días fueron semejantes (666,23 \pm 543,41 vs 648,70 \pm 511,52, p = 0,87) mientras que existieron diferencias al mes postoperatorio (141,09 \pm 187,69 vs 381,15 \pm 165,18, p = 0,0001). No existió ningún caso de TVP, solamente una varicoflebitis en un paciente del grupo sin tratamiento.

Conclusión: No está justificada trombopropilaxis con HBPM en pacientes intervenidos de varices mediante fleboextracción. No obstante, no conllevó un incremento de complicaciones hemorrágicas mayores, ni en número ni tamaño de los hematomas.

C73. ESTUDIO COMPARATIVO EN EL TRATAMIENTO DE LAS VARICES MEDIANTE ESCLEROTERAPIA CON ESPUMA DE POLIDOCANOL MEDIANTE CATÉTER FRENTE A ESCLEROTERAPIA ECOGUIADA CON ESPUMA DE POLIDOCANOL FRENTE A LÁSER ENDOVENOSO

S. Mejía Restrepo, E. Roche Rebollo, M. Salarich Estruch, A. Puig Doménech, A. Garrido Espeja y J.G. Rodríguez Franco

Hospital Plató, Barcelona.

Introducción y objetivos: Mostrar resultados en la oclusión de safenas internas utilizando: escleroterapia con espuma mediante catéter, escleroterapia ecoguiada o endoláser.

Material y métodos: Estudio prospectivo, comparativo, aleatorizado de pacientes intervenidos de varices dependientes de safena interna: 100 pacientes por grupo, Seguimiento clínico y eco-doppler a 30, 90, 360 días; evaluación de oclusión de safena y complicaciones del procedimiento. Espuma método Tessari, láser 980 nm, catéter 5F.

Resultados: De septiembre 2007 a marzo 2009 incluimos 232 pacientes, 100 tratados con láser, 100 escleroterapia ecoguiada, 32 pacientes mediante esclerosis con catéter. 1 caso de trombosis ilíaca motivó suspender la escleroterapia con catéter. 65,6% mujeres, edad media: 50,6 años, CEAP 2: 66,4%, crosectomía 10,3%, diámetro safena < 6 mm 57%, volumen medio de espuma: 7,04 cc. Concentración media: 1,9%. % oclusión: Endoláser: 89%, 85% y 73% en sucesivos controles (p = 0,008). Grupo Escleroterapia: 82%, 66%, y 56% (p = 0,0003). Grupo Escleroterapia Catéter: 78,1%, 59,4% y 53,1 (p = 0,09). Hubieron diferencias significativas a favor del endoláser a los 90 (p = 0,01) y 360 (p = 0,02) días. No se hallaron diferencias en cuanto a Complicaciones halladas: flebotrombosis que requirieron drenaje, equimosis, pigmentaciones, parestesias; un caso de quemadura y un caso de trombosis venosa profunda.

Conclusión: El endoláser ha sido más efectivo en la oclusión de la safena. Creemos que estas técnicas son difíciles de comparar al presentar diferencias en el procedimiento y en los efectos adversos. La escleroterapia es un procedimiento no quirúrgico más lento y laborioso, no exento de complicaciones que presenta un amplio rango de indicaciones.

C74. INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA: REVISIÓN DEL MACROESTUDIO PROSPECTIVO DELPHI 2010

R. Peña Cortés, M. del Barrio Fernández, C. Martínez Mira, G. Alonso Argüeso, N. Sanz Pastor, C. Fernández Morán y F. Vaquero Morillo

Complejo Asistencial de León, León.

Introducción y objetivos: En el año 2004 se presentó por parte del Capítulo Español de Flebología y la SEACV, el libro blanco del estudio: Insuficiencia Venosa Crónica (IVC): su impacto en la sanidad española. Horizonte del año 2010. Relación coste-beneficio. Macroestudio prospectivo basado en el método Delphi.

Material y métodos: Llegados a ese horizonte del año 2010, creamos interesante conocer el grado de cumplimiento de los principa-

les parámetros estudiados, para mejorar nuestro conocimiento. Revisamos las principales previsiones realizadas para el año 2010: datos epidemiológicos, métodos de prevención; importancia de pruebas diagnósticas; futuro de la aplicación de tratamientos para la IVC; tratamientos financiados; costes directos e indirectos. Para complementar el análisis de estas proyecciones, hemos revisado datos de estudios de atención y frequentación en Atención Primaria, en Atención especializada y los del Registro de la SEACV desde los años 2002 a 2008 en relación a la IVC.

Resultados: Las proyecciones del estudio han sido acertadas en aquellos aspectos relacionados con la propia enfermedad: prevención, importancia de las pruebas diagnósticas, aplicación de tratamientos, financiación, etc., pero se han quedado cortas en relación a las necesidades de atención especializada por los aumentos de primeras visitas ($> 89\%$); revisiones ($> 72\%$); cirugía radical de varices ($> 44\%$); cirugía parcial ($> 131\%$); Chiva ($> 85\%$); esclerosis totales ($> 164\%$). Atención Primaria: 6% de las consultas son por angiopatías, 90% por IVC. Lista de espera: se mantiene similar.

Conclusión: El macroestudio Delphi fue una eficaz puesta en escena, acertando en sus principales previsiones, pero quedándose cortas para las necesidades de la asistencia especializada.

2.ª Sesión Jueves, 10 de junio (12:00-13:30 h)

C75. VALORACIÓN A LARGO PLAZO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE LOS MIEMBROS INFERIORES

L. Mengíbar Fuentes, M. Martín Pedrosa, J.A. González Fajardo, R. Salvador Calvo, A. Revilla Calavia, N. Cenizo Revuelta y C. Vaqueru Puerta

Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Introducción y objetivos: Evaluar la calidad de vida (CV) a largo plazo en pacientes con trombosis venosa profunda (TVP) de miembros inferiores y examinar si esta se correlaciona con el grado de severidad del síndrome posttrombótico (SPT).

Material y métodos: Todos los pacientes incluidos fueron consecutivos, con síntomas unilaterales y primer episodio de TVP. Tras un seguimiento de 5 años el grado de secuela posttrombótico fue valorado mediante la escala validada de Villalta. Al finalizar todos los pacientes realizaron un cuestionario genérico (EuroQol) y otro específico de insuficiencia venosa (CIVIQ). Los resultados fueron analizados de manera ciega.

Resultados: De los 165 pacientes inicialmente reclutados, tan sólo 100 completaron el seguimiento de 5 años y cumplimentaron los cuestionarios. A pesar del uso regular de medias elásticas (75%), la incidencia de SPT fue del 65%: 35 pacientes asintomáticos, 41 con SPT moderado y 24 con SPT severo. La CV media fue respectivamente con el EuroQol y el CIVIQ de $5,85 \pm 1,66$ y $28,43 \pm 10,28$ en SPT ausente; $6,41 \pm 1,75$ y $40,45 \pm 15,98$ en SPT moderado; $9,18 \pm 2,12$ y $60,14 \pm 13,02$ en SPT severo. El EuroQol tan sólo mostró diferencias significativas cuando el SPT fue severo, mientras que el CIVIQ se reveló muy útil para detectar diferencias entre los distintos subgrupos, mostrando un deterioro progresivo en relación con el grado de severidad del SPT ($r = 0,601$).

Conclusión: Los pacientes con TVP que desarrollan un síndrome posttrombótico presentan un importante deterioro de la calidad de vida, tanto peor cuanto más severa sea la secuela posttrombótica.

C76. DÍMERO-D COMO MARCADOR PRONÓSTICO EN PACIENTES CON CÁNCER

C. Peñas Juárez, T. Solanich Valldaura, S. Florit López, B. Gonzalo Villanueva, D. Barriuso Babot y A. Giménez Gaibar

Hospital de Sabadell, Barcelona.

Introducción y objetivos: Analizar el valor cuantitativo del dímero-D como factor pronóstico en pacientes con cáncer activo y sin cáncer activo.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo histórico de pacientes diagnosticados de trombosis venosa confirmada por eco-doppler, y a los que se practica un dímero-D en el momento del diagnóstico con seguimiento medio de 12,3 meses (10,6-14,1). Durante 2008-2009 se recogieron pacientes afectos de un cáncer activo (grupo A) y un grupo control (grupo B) sin antecedentes conocidos de neoplasia. Se valoró el dímero-D medio de cada grupo, y se establecieron rangos de dímero-D: < 4.000 ng/ml; $4.000-8.000$ ng/ml y > 8.000 ng/ml. Los datos obtenidos se analizaron mediante t-Student y Chi-cuadrado (SPSS18.0).

Resultados: Grupo A: 33 y Grupo B: 50. Los grupos fueron homogéneos en cuanto a sexo, lateralidad y localización anatómica de la trombosis. No diferencias significativas en cuanto al valor medio del Dímero-D entre ambos grupos (A: $8.453,67$ ng/ml y B: $7.956,02$ ng/ml; $p = 0,734$), ni en la distribución de los rangos. La mortalidad en el seguimiento fue significativamente más alta en el grupo A (22%) que en el B (12%) ($p = 0,001$). En el grupo A, dímero-D > 8.000 supuso una mortalidad del 66,67%, por un 33% con un dímero-D < 8.000 ng/ml ($p = 0,064$). En el grupo A, los pacientes con dímero-D < 4.000 y > 8.000 se asociaron con una mayor mortalidad ($p = 0,022$), no observándose ninguna de estas diferencias en el grupo B.

Conclusión: Los pacientes con cáncer activo y un valor de dímero-D mayor de 8.000 ng/ml presentan una mayor mortalidad en el seguimiento. Este valor pronóstico no se evidencia en pacientes sin cáncer activo.

C77. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA FLEBOSCLEROSIS CON ESPUMA EN PACIENTES CON VARICES TRONCULARES DE ORIGEN PÉLVICO O POR PUNTOS DE FUGA DE DIFÍCIL ACCESO QUIRÚRGICO

S. Bellmunt Montoya, M. Sirvent González, P. Altes Mas, L. Martínez Carnoval, B. Soto Carricas, S. Hmimina y J.R. Escudero Rodríguez

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción y objetivos: El tratamiento de varices pélvico-perineales o por cavernomas o algunas perforantes representa un reto para la cirugía convencional. La flebosclerosis con espuma parece ser una herramienta útil en estos casos. Pretendemos evaluar la eficacia y la seguridad de la implantación de un programa de flebosclerosis con espuma en estas indicaciones.

Material y métodos: Entre el 1/1/2009 y 31/12/2009 se reclutaron consecutivamente pacientes con insuficiencia venosa crónica con varices tronculares por varices pélvico-perineales o con puntos de fuga de difícil acceso quirúrgico (cavernomas y perforantes inaccesibles). Sólo se trataron las varices localizadas en muslo para minimizar la repercusión estética de una posible pigmentación. La espuma se obtuvo mezclando etoxiesclerol al 1% y O₂ (proporción 1:4), administrando un máximo de 10 cc por sesión. El seguimiento fue a la semana, 1 mes y 3 meses. La eficacia se evaluó observando la eliminación de la variz y la seguridad observando alergias, pigmentación o fenómenos tromboembólicos.

Resultados: Se trataron 55 extremidades en 51 pacientes, 80% mujeres, de 53 años de edad media. Clasificación de la CEAP: 54 C2 y 1C4. 35 extremidades presentaban varices pélvico-perineales y 20 un punto de fuga de difícil acceso. A la semana: 4 tromboflebitis

sintomáticas, 1 TVP distal y 1 posible alergia. Respecto a la eficacia: 4 recanalizaciones inmediatas de varices pélvicas y 4 puntos de fuga permeables, 3 con varices ocluidas. Se reprogramaron 4 pacientes. A los 3 meses: 12 pigmentaciones, 2 puntos de fuga abiertos y 3 recanalizaciones del trayecto venoso. En resumen, la eficacia a los 3 meses tratando el punto de fuga fue del 90% y tratando el trayecto varicoso 86%. La incidencia de pigmentación fue del 21% y de TVP del 2%.

Conclusión: El procedimiento es eficaz y seguro a corto plazo. Es preciso confirmar estos datos con mayor seguimiento y con grupo control pero la fleboesclerosis se vislumbra como un buen recurso en varices con difícil solución quirúrgica, como única terapia o como coadyuvante.

C78. TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE MIEMBROS INFERIORES: FICCIÓN Y REALIDAD

E. Ameneiro Pérez, M. Martínez Pérez, D. Romero Balboa, A. Rodríguez Río y C. Piqueres Falcó

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña.

Introducción y objetivos: La trombosis venosa profunda de miembros inferiores es una patología frecuentemente valorada en los servicios de Urgencias para su diagnóstico y tratamiento. Debido a la morbilidad asociada, debemos realizar diagnósticos rápidos y precisos. Con la incorporación del eco-Doppler, el diagnóstico de la trombosis venosa ha mejorado en fiabilidad, pero por su inocuidad y fácil realización se ha generado un abuso en su demanda en los servicios de Urgencias, no prestando atención al cuadro clínico. Conocer el porcentaje real de trombosis venosa profunda dentro del total de pacientes con sospecha de la misma, valorados en el servicio de Urgencias de nuestro hospital.

Material y métodos: Durante 12 meses (marzo 2009-marzo 2010) se examinaron 305 pacientes en el servicio de Urgencias de nuestro centro por sospecha de trombosis venosa profunda de miembros inferiores. Se recogieron los datos exploratorios, analíticos (dímero-D, fibrinógeno, plaquetas) y ecográficos.

Resultados: Del total de pacientes examinados, 38,36% no presentaban patología vascular aguda. Dentro de los pacientes con patología vascular, 132 casos (43,28%) se confirmó el diagnóstico de trombosis venosa profunda, presentando flebitis superficial (10,71%), síndrome postrombótico (2,62%), linfedema (0,65%) e insuficiencia venosa crónica (3,93%).

Conclusión: Parece necesario aplicar un modelo clínico diagnóstico predictivo de trombosis venosa profunda en pacientes que acuden al servicio de urgencias con sintomatología clínica compatible con dicho proceso, de forma que aquellos casos con baja probabilidad clínica y dímero-D negativo se evitaría la realización de eco-doppler, agilizándose la asistencia en Urgencias y reduciéndose la sobrecarga asistencial de los servicios de Cirugía Vascular.

C79. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON UN APÓSITO DE BARRERA (CAVILON®) EN LA CICATRIZACIÓN DE ÚLCERAS VENOSAS CRÓNICAS. RESULTADOS DEL ENSAYO CLÍNICO CAV/UVV/07

M. Hernando Rydings, M.T. Reina Gutiérrez, A. Soria García, P. Ruiz Álvarez, I. Martínez López, S. González Sánchez y F.J. Serrano Hernando

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción y objetivos: El uso de apósoitos adhesivos produce alteraciones funcionales en la piel perilesional de las úlceras venosas. Los apósoitos de barrera crean una capa protectora. Objetivo principal: evaluar la efectividad clínica del apósoito barrera Caviton®, en la reducción del área de las úlceras venosas. Objetivos secundarios:

tasa de cicatrización completa, valoración de la piel perilesional y análisis de costes.

Material y métodos: Ensayo clínico, prospectivo, aleatorizado, controlado y multicéntrico. Se incluyeron 98 pacientes con úlceras venosas de más de 6 semanas de evolución. En todos se utilizó un apósoito absorbente (espuma) y un vendaje multicapa. Grupo 1(49) se utilizó, además, apósoito de barrera, en el grupo control (49), no. Período de estudio por paciente: 12 semanas. Se midió semanalmente la úlcera mediante planimetría y estado de la piel perilesional mediante una escala clínica de 5 ítems. El análisis estadístico se realizó con los test: chi-cuadrado y t de Student.

Resultados: No existieron diferencias significativas en las características demográficas, tamaño de la úlcera, ni estado de la piel, entre ambos grupos. El grupo 1 presentó mayor profundidad de la úlcera: 34,7% / 16,3% (p = 0,03) y mayor tiempo de evolución previa: 52,4 ± 68,5 / 39,1 ± 46,36 (p = 0,07). El porcentaje medio de reducción del área ulcerosa a 4 y 12 semanas fue: 56,7% / 45,5% (p: 0,08) y 83,4% / 71,6% (p: 0,046), respectivamente. Cicatrización completa a 12 semanas: 49% / 44,9% (p: 0,07) No hubo diferencias significativas en el coste del tratamiento.

Conclusión: El uso de apósoito de barrera en el tratamiento de las úlceras venosas crónicas, mostró efectividad en la cicatrización de las mismas, sin un aumento significativo de costes.

C80. TVP: FACTORES DE RIESGO Y EVOLUCIÓN

T. Martín González, C. Gómez Olmos, E. Marín Manzano, A.A. Reyes Valdivia, V. García-Prieto Bayarri, S. Redondo López y C. Cuesta Gimeno

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción y objetivos: La ETEV presenta una incidencia de 1-2 casos / 1000 habitantes / año. Las TVP se asocian con diversos factores de riesgo. Presentes en más del 50% de embolismos pulmonares, recurren en un 10% de los casos. Presentan una tasa elevada de síndrome postrombótico, con la morbilidad que conlleva y el elevado gasto socio-sanitario. Éstos pacientes presentan una elevada mortalidad por su patología asociada, sobre todo neoplásica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, incluyendo 72 pacientes diagnosticados de TVP entre los años 2003-2004. Se estudian factores de riesgo, estudio de extensión, tipo de anticoagulante, duración del tratamiento y evolución. Se analizan los datos con el objetivo de determinar relación de los distintos factores con la recurrencia de la enfermedad y el desarrollo de neoplasia posterior. Como objetivo secundario determinar la validez del estudio de extensión.

Resultados: Un 20% presentan un síndrome postrombótico. Encontramos un porcentaje de embolia pulmonar concomitante del 27%. Observamos mayor recurrencia de la enfermedad en anticoagulación inferior a 1 mes y en pacientes con tratamiento hormonal sustitutivo. Un 20% desarrollaron una neoplasia posterior, siendo más frecuente en los que presentan TEP concomitante. Un 50% presentan alteraciones en TC de estudio y un 34% de pacientes con marcadores negativos presentaron neoplasia posterior. La neoplasia más frecuentemente encontrada en estos pacientes fue el cáncer de pulmón y el de próstata.

Conclusión: Una inadecuado tiempo de anticoagulación supone un riesgo de recidiva de ETEV. El presentar un evento tromboembólico es un factor de riesgo para presentar una neoplasia posterior, probablemente relacionado con la carga trombótica (el presentar embolia pulmonar concomitantemente a TVP supone un mayor riesgo de desarrollar neoplasia posterior). Un estudio de extensión estaría justificado en casos seleccionados con factores de riesgo. El síndrome postrombótico presenta una elevada incidencia, asociado a una alta morbilidad y un importante gasto socio-sanitario.

PÓSTERS

1.ª Sesión Jueves, 10 de junio (09:00-10:30 h)

P78. ¿ES ÚTIL LA ANGIORRESONANCIA MAGNÉTICA EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS VARICES PÉLVICAS?

A. Garrido Espeja, E. Roche Rebollo, M. Salarich Estruch, A. Puig Doménech, S. Mejía Restrepo, J. Muchart López y A. Roma Dalfo

Hospital Plató, Barcelona.

Introducción y objetivos: Conocer la utilidad del estudio mediante angiorensonancia venosa para el diagnóstico de las varices de etiología pélvica ante la sospecha clínica y revisar nuestra actitud terapéutica.

Material y métodos: De abril 2009 a marzo de 2010 se decidió solicitar RMN en fase venosa aplicando protocolo secuencias potenciadas T1, T2, GRE T2 a todo paciente con clínica de síndrome conges-tivo pélvico asociado a varices. Se realizó exploración ecodoppler a todos los pacientes registrando el origen de los reflujo-s. Se revisan los resultados recogiendo hallazgo de dilatación de vasos pelvianos, localización, diámetro y concordancia con manifestación clínica. Se revisan los tratamientos realizados.

Resultados: Se realizaron 15 exploraciones (100% mujeres) que confirmaron la sospecha de varices pélvicas en 13 (86,6%) de 4 a 21 mm de diámetro. Patrón etiológico: Vena ovárica izquierda exclusivamente 6/13, Hipogástrica exclusivamente 1/13, predominancia ovárica izquierda 4/13, Patrón difuso hipogástrico y uterino 3/13, sospecha de May-Turner 1/13. El patrón clínico más común fueron las varices vulvares 6/13. Tratamientos realizados: embolización con coils asociado a escleroterapia con espuma y flebectomía: 2 pacientes; escleroterapia y flebectomía: 5 casos; embolización aislada: 2 casos; Sin tratamiento: 4 pacientes. No hubo complicaciones en los procedimientos endovasculares. Hubo 1 caso de febrícula de 37,5 postembolización.

Conclusión: Aunque es una serie reducida creemos que la RMN en fase venosa es una exploración indicada ante la sospecha de varices de origen pélvico. La identificación etiológica y localización de las varices pélvicas ayuda en el planteamiento de la estrategia terapéutica.

P79. ANOMALÍAS DE LA VENA CAVA INFERIOR COMO CAUSA DE TROMBOSIS VENOSA ILÍACO-FEMORAL EN PACIENTES JÓVENES. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

L. Ganzarain Valiente, A.M. Quintana Rivera, M.T. Rodríguez Bustabad y J.L. Fonseca Legrand

Hospital de Cruces, Bilbao.

Introducción y objetivos: Las anomalías de la vena cava inferior son infrecuentes (0,3-0,5%), siendo la mayoría asintomáticas. La frecuencia de trombosis ilíaco-femoral con afectación bilateral es < 10%, aumentando hasta 66-75% en pacientes con anomalías congénitas. Presentamos dos casos de trombosis venosa profunda de miembros inferiores en pacientes jóvenes con agenesia de la vena cava inferior intrahepática.

Material y métodos: Paciente 1: varón de 31 años. Como antecedente personal tiene una malformación de Arnold-Chiari I. Paciente 2: varón de 32 años. Fumador y portador de prótesis de cadera por fractura de la misma tras accidente 5 años antes. Ambos acuden al Servicio de Urgencias por dolor lumbar sugestivo de radiculopatía y edemas bilaterales hasta ingle. A ambos se les realiza un eco-doppler por sospecha clínica de trombosis venosa profunda. Una vez

diagnosticada, solicitamos TAC abdómino-pélvico para valorar el estado de la vena cava y filiar etiología.

Resultados: En los estudios realizados se aprecia una agenesia de la vena cava Inferior intrahepática con un trombo que afecta a vena cava, ilíacas y femorales comunes. Se descartan coagulopatías en los pacientes. Ambos son tratados con tratamiento sintomático y anticoagulación, que se mantiene de forma indefinida.

Conclusión: A pesar de la infrecuencia de las anomalías de la vena cava inferior, es un factor de riesgo a tener en cuenta en pacientes jóvenes que cursan con trombosis venosa espontánea de afectación proximal bilateral.

P80. HIPOPLASIA DE VENA CAVA, TROMBOSIS DE VCI Y VENA GONADAL SIMULANDO MASA PARARRENAL IZQUIERDA

M. Fariñas Alija, R. García Vidal, Y. Abril Arjona, N. Argiles Mattes, E. Rollán Saint-Amand, C. Berga Fauria y V. Martín Paredero

Hospital Joan XXIII, Tarragona.

Introducción y objetivos: Las anomalías congénitas de la vena cava inferior, como la agenesia y la hipoplasia son defectos poco frecuentes cuya prevalencia poblacional se estima en un 0,3%. Esta alteración favorece el estasis venoso y por tanto la trombosis venosa profunda en extremidades inferiores. Presentamos el caso de un paciente con TVP e hipoplasia de VCI.

Material y métodos: Caso clínico: paciente varón de 54 años, con edema de extremidad inferior derecha de 4 días de evolución. El cuadro clínico comenzó como dolor súbito en pantorrilla e ingle de dicha extremidad que se acompañó de edema progresivo. Como antecedentes personales el paciente refería hipertensión arterial en tratamiento dietético y dislipemia, no tomaba ninguna medicación. A la exploración el paciente presentaba edema leñoso de la extremidad derecha I, Homans + pulsos distales. En la analítica sanguínea destaca d-dímero de la fibrina de 928 ng/ml (250-400 ng/ml). Se realizó una ecografía doppler color en urgencias: trombosis oclusiva en vena femoral e ilíaca derecha. Se decidió realizar angio-TAC: hipoplasia de la VCI intrahepática con trombosis desde la lesión hacia la v. cava distal y trombosis de las venas renales, afectando a la v. gonadal Izquierda con dilatación trombótica que simula una masa...

Resultados: Se confirmó que la imagen yuxtarrenal simulando masa de 44,1 mm de diámetro, corresponde con la vena gonadal izquierda trombosada. Se inició tratamiento anticoagulante de forma indefinida. Asimismo se inició tratamiento compresivo en extremidades inferiores. No se ha diagnosticado retrombosis, nueva trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar.

Conclusión: Cada vez más artículos enuncian casos de trombosis en EElI asociadas a anomalías congénitas de VCI e imágenes radiológicas anormales que deben ser analizadas con paciente minuciosidad. En estos casos con ausencia de factores predisponentes y estudios de coagulación normales, debe sospecharse este tipo de anomalía como factor de riesgo. El diagnóstico radica en la importancia de una anticoagulación correcta e indefinida, y sobre todo el seguimiento de estos pacientes.

P81. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA RECIDIVA VARICOSA DE ORIGEN PÉLVICO

I. Lago Rivas, M. Blanch Alerany, L.M. Izquierdo Lamoca, J.I. Fernández Solares y R. Zotta Desboeufs

Hospital Universitario Montepríncipe, Madrid.

Introducción y objetivos: Presentamos un caso de recidiva varicosa en los miembros inferiores de origen pélvico tratado de forma endovascular.

Material y métodos: Mujer de 55 años que por varices en el miembro inferior derecho fue intervenida en el año 1992 de embolización

de vena gonadal izquierda junto a safenectomía interna derecha. Acude a nuestra consulta por recidiva varicosa importante en el mismo miembro. El estudio con eco-doppler venoso señala a una variz de origen pélvico como su punto de fuga. La tomografía computarizada objetiva que dicha variz pélvica es tributaria de la vena hipogástrica izquierda previamente embolizada. La flebografía confirmó el diagnóstico. Se decidió intervenir quirúrgicamente realizando, mediante un abordaje percutáneo anterógrado de la vena femoral común izquierda, cateterización supraselectiva de la vena pélvica insuficiente y su embolización con microcoils. La flebografía de control fue satisfactoria con trombosis de la rama pélvica.

Resultados: Tras un seguimiento de 10 meses, la paciente presenta una disminución del calibre de sus varices del miembro inferior derecho.

Conclusión: La insuficiencia venosa pélvica es una entidad poco estudiada, que debe sospecharse en aquellos pacientes con varices en miembros inferiores de localización atípica, con recidiva varicosa tras safenectomía o con síndrome de congestión pélvica. En dichos pacientes, el estudio de la incompetencia venosa pélvica y el reflujo a nivel de las venas ováricas e hipogástricas debe ser considerado. Los favorables resultados obtenidos en varios estudios apoyan la embolización de las ramas pélvicas-puntos de fuga como tratamiento inicial de las varices en miembros inferiores.

C72. SÍNDROME DEL CASCANUECES: TRATAMIENTO ENDOVASCULAR MEDIANTE ANGIOPLASTIA Y STENT

R. Zotta Desboeufs, L.M. Izquierdo Lamoca, M. Blanch Alerany, I. Lago Rivas y J.I. Fernández Solares

Hospital Universitario Montepríncipe, Madrid.

Introducción y objetivos: El síndrome de Cascanueces (SCN) es una entidad clínica causada por la compresión de la vena renal izquier-

da (VRI) en la pinza aortomesentérica (PAM). Presentamos un caso de SCN tratado con éxito en nuestro servicio mediante angioplastia y *stent*.

Material y métodos: Mujer de 34 años. Embolización de venas gonadales previa realizada en otro centro. Síndrome de congestión pélvica con dispareunia, dismenorrea, hematuria, dolor en flanco izquierdo, varices en MMII. Mediante eco-doppler abdominal y AngioTC se confirma la repermeabilización de la gonadal izquierda embolizada y compresión de la vena renal izquierda en la PAM.

Resultados: Mediante acceso ecoguiado de la vena femoral izquierda, se realizó cateterización selectiva de la vena renal izquierda con catéter guía RDC de 7F y un catéter MP2 de 4F. Mediante flebografía se confirma la presencia de reflujo en vena gonadal izquierda con medición del gradiente de presión reno-cavo de 10 mmHg. A través de un introductor de 10 F se realizó una predilatación con balón de angioplastia 16 × 40 mm maxi LD y despliegue de *stent* de acero 12 × 60 mm WallStent autoexpandible con buen resultado venográfico, reducción del reflujo gonadal izquierdo y desaparición del gradiente de presión reno-cavo. Se instauró anticoagulación con heparina de bajo peso durante 15 días y antiagregación posterior. En el seguimiento a un año la paciente se encuentra asintomática, con permeabilidad del *stent* ausencia de reflujo en vena gonadal izquierda.

Conclusión: El SCN se encuentra entre los síndromes de atrapamiento venoso. En la literatura encontramos 80 casos de SCN anterior y 4 casos de SCN posterior tratados. El eco-doppler debe ser el primer estudio cuando se sospecha SCN por su alta sensibilidad y especificidad. La medición del gradiente de presión reno-cavo es el patrón oro para el diagnóstico de SCN. Sólo los cuadros floridos con síntomas severos e incapacitantes deben considerados para tratamiento. La terapia endovascular ofrece buenos resultados pero el número de pacientes tratados es escaso y son necesarios seguimientos más prolongados.