

Angiología

www.elsevier.es/angiologia



MESA REDONDA: TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA PATOLOGÍA VENOSA DEL SECTOR ILIO-CAVA: INDICACIONES Y OPCIONES TERAPÉUTICAS

Tratamiento del síndrome de congestión pélvica

J. Leal-Monedero y S. Zubicoa-Ezpeleta

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Ruber Internacional, Madrid, España

El síndrome de congestión pélvica (SCP) consiste en un aumento de las estructuras venosas intrapélvicas, tanto en número como en calibre. Estas estructuras serán de morfología varicosa y presentan alteraciones en el flujo. La manifestación clínica más frecuente es el dolor pélvico, de tipo crónico, no cíclico y con más de 6 meses de evolución, sin causa ginecológica asociada. Aumenta en bipedestación y suele estar relacionado con mujeres que han tenido varios embarazos. Otros síntomas incluyen la pesadez perineal, la dispareunia, la dismenorrea, la disuria, la constipación y la aparición de varices atípicas genitales, en pequeña fosa y/o en miembros inferiores.

Es esencial diferenciar la patología causada por reflujo de la causada por compresiones, pues el abordaje terapéutico variará significativamente. En el SCP causado por reflujo se desarrollarán principalmente varices pélvicas, responsables de los síntomas. Dichas varices van a derivar tanto de los ejes gonadales como de los ejes ilíacos internos. En función del paciente y, principalmente, de la integridad del suelo pélvico se producirán o no fugas a los miembros inferiores, que tendrán que ser tratadas igualmente.

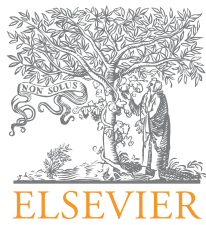
El diagnóstico se realiza mediante exploración no invasiva utilizando eco-Doppler color transvaginal y transparietal, que presenta una precisión diagnóstica de hasta un 96%. En otras ocasiones será útil disponer de otras técnicas de imagen como la angio-TC y la angio-RM, especialmente cuando se exploran síndromes compresivos. Sin embargo, la confirmación diagnóstica se obtiene mediante flebografía pélvica, pudiendo realizarse simultáneamente el tratamiento.

El tratamiento de indicación será la embolización de los ejes insuficientes. La embolización es una técnica endovascular poco invasiva, con escasa morbilidad o complicaciones. Su objetivo es ocluir, fundamentalmente los ejes gonadales, las varices pélvicas y las ramas tributarias de la vena iliaca interna que aparecen como insuficientes. Este procedimiento se realiza en la sala de vascular utilizando una técnica mixta de embolización con microespuma de etoxiesclerol al 2% preparada según el método de Tessari combinando con la utilización de *coils* de liberación controlada, por ser estos los más precisos en su colocación y los que tienen menor posibilidad de migración.

Cuando el SCP es desencadenado de manera secundaria por síndromes compresivos deberá tratarse colocando un *stent*, que generalmente es autoexpandible y cuyas dimensiones dependerán de la morfología y de la extensión de las lesiones.

Además de las técnicas endovasculares previamente descritas existen otros métodos alternativos para el tratamiento del SCP, como la administración de medicamentos y la cirugía, que cada día se utilizan con menor frecuencia debido a sus desventajas con respecto a la embolización, como la resolución a corto plazo del proceso inflamatorio o la alta invasividad.

En resumen, el estudio de la patología venosa pélvica actúa sobre dicha patología así como en los reflujo a miembros inferiores. La terapia mediante embolización de los ejes insuficientes pélvicos ha sido eficaz hasta en un 97% de los casos, tanto en mujeres como en varones, y las complicaciones encontradas son prácticamente mínimas.



MESA REDONDA: TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA PATOLOGÍA VENOSA DEL SECTOR ILIO-CAVA: INDICACIONES Y OPCIONES TERAPÉUTICAS

Tratamiento endovascular de la patología ilio-cava

R. Águila Márquez

Cirugía Vascul ar y Endovacul ar, Hospital Ángeles Lomas, Estado de México, México

Introducción

Durante décadas el tratamiento del síndrome postrombótico (SPT) ha consistido en la utilización de agentes anticoagulantes combinados con terapia de compresión, y en algunos casos la prescripción de un flebotónico. Sin embargo, desde hace aproximadamente 3 años la tendencia y mejores resultados al tratar esta patología se han conseguido mediante la realización de reconstrucciones del sector ilio-cavo utilizando angioplastias venosas y colocación de *stents* específicos para el sector venoso. Considerando que solo el 33,3% de los pacientes con una trombosis proximal mejoran su condición clínica mediante anticoagulación, el 66,6% restante está en riesgo de padecer síndrome postrombótico y, peor aún, puede llegar a presentar una úlcera secundaria a la obstrucción central, disminuyendo su capacidad laboral hasta la incapacidad total. Durante esta presentación se desarrollan las indicaciones precisas para tomar la decisión de someter a un paciente a “*stenting*” venoso, así como las técnicas endovasculares más novedosas para tratar las obstrucciones centrales, equipo necesario, etc.¹⁻⁴.

Indicaciones

Las indicaciones precisas para el tratamiento endovascular del sector ilio-cavo son:

- Paciente con síndrome postrombótico moderado o severo, sintomático.
- Evolución de síntomas a pesar de utilizar medias de compresión y terapia tradicional (presencia de úlcera o claudicación venosa).
- Incremento de los síntomas que han llevado al paciente a modificar su estilo de vida.
- Pacientes octogenarios que no puedan utilizar compresión por cualquier motivo.

- Recanalización de obstrucciones centrales crónicas en pacientes con reflujo ≥ 1 s.
- Estenosis residual postangioplastia $\geq 50\%$ ⁵⁻⁸.

Opciones terapéuticas

Existen diversas técnicas para recanalizar el segmento ilio-cavo; sin duda, los abordajes deben ser ecoguiados, sin excepción, desde yugular, femoral ipsilateral, contralateral, siempre y cuando no presenten compromiso, poplíteo uni o bilateral. Actualmente se utilizan *stents* específicos y diseñados especialmente para el sector venoso, los cuales presentan mayor fuerza radial y disminuyen el *recoil* de la pared; entre ellos están: Zilver Vena (Cook) Vici (Veniti), Sinus (Optimed) y Venovo (Bard). Además, se debe de contar en sala de hemodinamia con introductores de soporte (Ansel, Balkin, etc.), guías hidrofílicas 0,35”, *road-runner*, rectas y anguladas, e incluso guías de gramaje; sin embargo, se debe ser sumamente cuidadoso en su uso. Los sistemas de mayor soporte

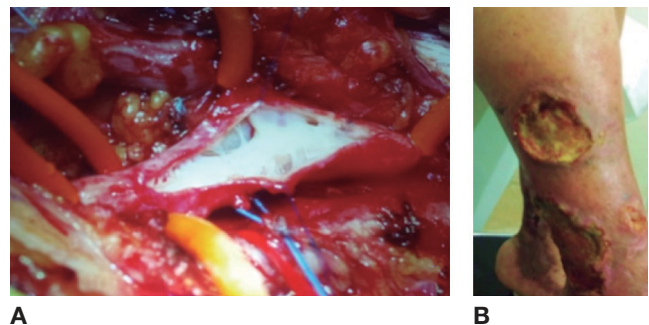


Figura 1 A) Sinequias y trabéculas formadas por la fibrosis del trombo. B) Úlcera postrombótica.

proveen una mayor eficacia, tal como: sistema tri-force. La utilización de balones de alta presión es mandatoria (mínimo 18 ATM). Existen casos anecdóticos del uso de sistema de reentrada, como outback (Cordis), para recanalizar el sector proximal cuando las guías están paralelas sin posibilidad de reentrada. La utilización de IVUS (*Intravascular Ultrasound*) es indispensable para conocer el diámetro real de la vena, además de conocer estructuras en tiempo real y de manera intraluminal como: trabéculas o sinequias^{9,10}.

Bibliografía

1. Raskob. Thrombosis: A major contributor to global disease burden. *J Thromb Haemost* 2014. 12698;12:1580-90.
2. Goldhaber SZ. Pulmonary embolism thrombolysis: a clarion call for international collaboration. *J Am Coll Cardiol*. 1992;19: 246-7.
3. Tangney E, O'Donnell T, lafrati M. Cost and benefit analysis of stenting versus compression therapy for patients with chronic total venous occlusion. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2016;4.
4. Labropoulos N, Waggoner T, Sammis W, Samali S, Pappas PJ. The effect of venous thrombus location and extent on the development of post-thrombotic signs and symptoms. *J Vasc Surg*. 2008;48:407-12.
5. Raju S, Ward M. Utility of Iliac Vein Stenting in Elderly Population Over Age Eighty. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2014;2:110.
6. Mousa AY, Broce M, Yacoub M, et al. Validation of Venous Duplex ultrasound imaging in determining iliac vein stenosis after standard treatment of active chronic venous ulcers. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2016; on press.
7. Fatima J, AlGaby A, et al. Technical considerations, outcomes and durability of inferior vena cava stenting. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2015;3:380-8.
8. Raju S, Ward M, et al. Relative importance of iliac vein obstruction in patient with post-thrombotic femoral vein occlusion. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2014;3:161-7.
9. Mahnken A, Thompson K, et al. CIRSE standards of Practice Guidelines on ilio caval stenting. *CardioVascular and Interventional Radiology*. 2014.
10. O'Sullivan G, Sheehan J, et al. Iliofemoral venous stenting extending into the femoral region: Initial clinical experience with the purpose-designed Silver Vena stent. *The Journal of Cardiovascular Surgery*. 2013.