

27

CONGRESO NACIONAL DEL
CAPÍTULO ESPAÑOL DE FLEBOLOGÍA
Y LINFOLOGÍA DE LA SEACV

I CONGRESO IBÉRICO DE FLEBOLOGÍA Y LINFOLOGÍA



Hotel Meliá Lebreros

www.congresocefyl2019.com

COMUNICACIONES ORALES

1. SUPERVIVENCIA LIBRE DE RECIDIVA ULCEROSA TRAS TRATAMIENTO INTENSIVO CON ESCLEROTERAPIA ECOGUIADA CON MICROESPUMA DE POLIDOCANOL POBRE EN NITRÓGENO
2. IMPLICACIONES MÉDICO-LEGALES EN EL TROMBOEMBOLISMO VENOSO
3. PLANIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTO Y SEGURIDAD EN LA EMBOLIZACIÓN DE LA INSUFICIENCIA VENOSA PÉLVICA. EXPERIENCIA Y LECCIONES APRENDIDAS TRAS 253 CASOS CONSECUTIVOS (2015-18)
4. FACTORES PRONÓSTICOS DE SEVERIDAD EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SÍNDROME POSTROMBÓTICO
5. EXPERIENCIA Y RESULTADOS CON EL TRATAMIENTO MEDIANTE ESCLEROTERAPIA CON ESPUMA DE LA INSUFICIENCIA DE VENA SAFENA EXTERNA DE CALIBRE MENOR A 8MM
6. RESULTADOS A MEDIO PLAZO EN EL TRATAMIENTO DE LA SAFENA EXTERNA: ESCLEROTERAPIA CON ESPUMA ECO-GUIADA CON CATÉTER VERSUS TERMOABLACIÓN
7. ESCLEROTERAPIA CON CATÉTER Y ANESTESIA TUMESCENTE EN EL TRATAMIENTO DE LA RECIDIVA TRONCULAR SINTOMÁTICA
8. PRÁCTICA CLÍNICA DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA CON ATERINA®, SULODEXIDA. ESTUDIO DE CASOS CLÍNICOS
9. LA HIPERTENSIÓN VENOSA GESTACIONAL Y SU REPERCUSIÓN COMO FACTOR DE RIESGO DE INSUFICIENCIA PLACENTARIA EN UN ESTUDIO DE CASOS-CONTROL ANIDADO
10. ESTUDIO CLÍNICO SOBRE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA MEMBRANA AMNIÓTICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ÚLCERA DE EXTREMIDAD INFERIOR DE ETIOLOGÍA VENOSA. (ESTUDIO PROOF OF CONCEPT)
11. LINFEDEMA DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES, ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE SUS COMPLICACIONES. NUESTRA EXPERIENCIA
12. MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD VENOSA CRÓNICA MEDIANTE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA



1. SUPERVIVENCIA LIBRE DE RECIDIVA ULCEROSA TRAS TRATAMIENTO INTENSIVO CON ESCLEROTERAPIA ECOGUIADA CON MICROESPUMA DE POLIDOCANOL POBRE EN NITRÓGENO

M.E. Pillado Rodríguez¹, L. Rubio Núñez¹, A. Sierra Martínez², L. Grochowicz¹, J.I. Leal Lorenzo¹

1. Departamento de Cirugía Vascul. Clínica Universidad de Navarra, Madrid. 2. Área de Flebología Clínica. Universidad de Navarra, Pamplona.

OBJETIVO

Determinar la supervivencia libre de recidiva en pacientes con diagnóstico de úlcera venosa tratados mediante escleroterapia intensiva con microespuma de Polidocanol pobre en Nitrógeno.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva, de un único centro, a partir de su base de datos asistenciales.

Identificamos los pacientes con diagnóstico de insuficiencia venosa crónica CEAP 6 atendidos en el Centro, registrando datos demográficos, comorbilidades, fecha de primer tratamiento, número de tratamientos efectuados, fecha de último seguimiento, y estado al final del mismo (úlceras abiertas / úlceras cerradas).

Los pacientes identificados fueron revisados de nuevo de forma presencial o telefónica.

Según protocolo, todos los pacientes con diagnóstico compatible con úlcera venosa reciben tratamiento intensivo con escleroterapia ecoguiada con microespuma de Polidocanol pobre en Nitrógeno de venas tronculares, no tronculares y perforantes incompetentes, comenzando con las más implicadas hemodinámicamente en el desarrollo de la úlcera, hasta eliminar las venas patológicas del sistema venoso superficial, cura y terapia compresiva.

RESULTADOS

Entre el 1 de junio de 2008 y 31 de diciembre de 2018 identificamos 54 pacientes con 59 úlceras flebostáticas. 57 úlceras (96,6%), permanecían cerradas al finalizar el seguimiento. Con una mediana de seguimiento de 5,23 años, la supervivencia libre de recidiva fue de 39,3 meses.

CONCLUSIONES

El tratamiento de la patología del sistema venoso superficial y perforantes incompetentes mediante escleroterapia ecoguiada con microespuma de Polidocanol pobre en Nitrógeno en pacientes con primer diagnóstico de úlcera venosa, conlleva una alta tasa de curación y una elevada supervivencia libre de recidiva ulcerosa.

2. IMPLICACIONES MÉDICO-LEGALES EN EL TROMBOEMBOLISMO VENOSO

M. M. Oller Grau, E. Roche Rebollo

Hospital General de Catalunya / Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona.

OBJETIVOS

Las reclamaciones por tromboembolismo venoso (TEV) y la responsabilidad profesional médica están estrechamente relacionadas con el uso correcto de la tromboprofilaxis. El objetivo de este trabajo es analizar todas las reclamaciones por TEV y analizar el seguimiento de las guías de práctica clínica (GPC) sobre profilaxis antitrombótica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una revisión de todos los casos registrados en el Consejo autonómico de Colegios de Médicos desde 1986 al 2014 por reclamaciones judiciales y extrajudiciales derivadas de reclamaciones médico-legales tras un episodio de TEV.

RESULTADOS

Se analizan 100 expedientes relacionados con reclamaciones por TEV. En 24 casos hubo responsabilidad profesional médica. La especialidad con más reclamaciones fue Traumatología. En 43 casos las reclamaciones fueron en pacientes en los que no se había prescrito tromboprofilaxis por considerarse de bajo riesgo, pero aun así hubo un episodio de TEV. En 73 casos se actuó según las GPC, mientras que en 25 no hubo un correcto seguimiento de las mismas. La variable RPM mostró asociación significativa en los casos en los que no hubo un seguimiento correcto de las GPC, así como con la ausencia del uso de tromboprofilaxis ($p < 0.0001$).

CONCLUSIONES

El seguimiento de las guías de práctica clínica no exime de responsabilidad profesional médica si bien es cierto que la actuación según éstas puede proteger al profesional. Es la profilaxis individualizada y, no la aplicación de protocolos, la que hace segura la práctica clínica y evita, al mismo tiempo, la responsabilidad profesional médica.

3. PLANIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTO Y SEGURIDAD EN LA EMBOLIZACIÓN DE LA INSUFICIENCIA VENOSA PÉLVICA. EXPERIENCIA Y LECCIONES APRENDIDAS TRAS 253 CASOS CONSECUTIVOS (2015-18)

F. Gallardo Pedrajas¹, R. Rodríguez Carvajal², R. Laínez Rube², T. Hernández Carbonell²

1. Hospital Quirónsalud Marbella. IVEI. 2. Hospital Quirónsalud Marbella y CDG. IVEI.

OBJETIVO

Describir el manejo diagnóstico y planificación del tratamiento intervencionista en nuestro equipo para estudio de pacientes con Síndrome de Congestión Pélvica (SCP) como consecuencia de Insuficiencia Venosa Pélvica (IVP) que pueden presentar otros fenómenos compresivos venosos asociados como el Sd de Nut-Cracker (NTS) o Sd de May-Thurner (MTS).

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante periodo 2015-2018 se intervinieron 253 pacientes con diagnóstico de IVP, imagen compatible con NTS 22 casos (8.6%), con MTS 36 (14%) y con ambos fenómenos 5 casos (2%). El protocolo de diagnóstico y planificación se basa en estudio RMN abdomino-pélvica con medición de gonadales e hipogástricas y localización horaria de origen de gonadal dcha. Flebografía selectiva en 4 puntos con cateterización secuencial de ambas gonadales e hipogástricas y sus ramas (pudenda interna, glútea, obturatriz). Si sospecha de MTS o NTS se realiza flebografía rotacional 3D. Acceso electivo eco-guiado desde cefálica o basílica dcha., con acceso femoral como segunda opción. Embolización realizada con coils de liberación controlada (Interlock, Boston SC), bajo anestesia local y sedación superficial, en régimen ambulatorio.

RESULTADOS

Se realizó embolización de venas gonadales o hipogástricas incompetentes en 248/253 casos (98%), en 5 casos la flebografía descartó incompetencia. No se logró cateterizar la gonadal dcha. en 9 casos. No registradas complicaciones mayores inmediatas, ni migración de coils, no reingresos hospitalarios ni complicaciones en seguimiento (1-4 años).

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia el tratamiento de la IVP mediante embolización con coils de liberación controlada es un procedimiento seguro a corto medio-plazo. Protocolos de diagnóstico y planificación facilitan el procedimiento y el estudio de los puntos de drenaje anómalos.

4. FACTORES PRONÓSTICOS DE SEVERIDAD EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SÍNDROME POSTROMBÓTICO

D. García García, K. Escoto Theodoracopoulos, N. Benabarre Castany, R. Lara Hernández, O. Merino Mairal, P. Lozano Vilardell

Hospital Universitario Son Espases, Palma, Islas Baleares.

OBJETIVO

Determinar los factores pronósticos de severidad en pacientes diagnosticados con síndrome postrombótico (PTS).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico de PTS. El impacto de cada uno de los factores estudiados se relacionó con el Score de Villalta, obtenido a partir del registro electrónico, los datos se complementaron mediante una encuesta telefónica.

RESULTADOS

Se incluyeron 82 pacientes. El seguimiento medio fue de 35 +/-18 meses. Un 65% fueron mujeres, el 96% de PTS fue leve o moderado (Villalta de 5-14), tras ajustar para factores de confusión, el principal factor pronóstico de severidad fue el diagnóstico de TVP previo (OR 2,6 IC95% 2,01 – 2,76), seguido por el retraso en el tiempo de inicio del tratamiento (>3 días de síntomas) (OR 1,7 IC95% 1,2 – 1,9), la obesidad (OR 1,32 IC95% 1,23 – 1,36) y la afectación proximal (OR 1,25 IC95% 1,13 – 1,37), en el análisis de los pacientes con SPT tras un primer episodio de TVP (n= 27) el principal factor pronóstico fue la obesidad (OR 3,7 IC 95% 3,5 – 3,9), seguido por el retraso en el inicio de tratamiento (OR 2,5 IC 95% 1,87 – 2,69), y la imagen de trombosis residual en la ecografía de seguimiento (OR 2,22 IC 95% 1,78 – 2,45).

CONCLUSIONES

En nuestra serie el antecedente de TVP es el principal factor pronóstico de severidad en pacientes con PTS, en aquellos casos sin antecedente de TVP, la obesidad es el principal factor pronóstico.



5. EXPERIENCIA Y RESULTADOS CON EL TRATAMIENTO MEDIANTE ESCLEROTERAPIA CON ESPUMA DE LA INSUFICIENCIA DE VENA SAFENA EXTERNA DE CALIBRE MENOR A 8MM

A. Moreno Reina, L. Gómez Pizarro, A. V. Muñoz Chimbo, G. Núñez de Arenas Baeza, A. García León

Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme, Sevilla.

OBJETIVO

Evaluar la seguridad y eficacia de escleroterapia guiada por ultrasonidos con espuma de polidocanol en el tratamiento de insuficiencia de vena safena externa (VSE).

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de pacientes con insuficiencia de VSE sometidos a tratamiento con espuma de polidocanol, entre diciembre 2013-diciembre 2018. Se evaluó la oclusión o eliminación del reflujo ecográfico de la VSE (éxito técnico inicial), y la mejoría de los síntomas y de la calidad de vida, mediante el Venous Clinical Severity Score (VCSS) (éxito clínico).

RESULTADOS

Se trataron 27 pacientes, con una edad media de 59 años, siendo el 81,5% mujeres y el 18,5% varones. Todos eran sintomáticos (CEAP: 55,6%C3;25,9%C4;11,1%C5;3,7%C6). El 40,7% de los casos presentaban recidiva varicosa. El calibre medio de las VSEs tratadas fue de 6.5mm y el calibre máximo de 8mm. El período de seguimiento medio fue de 32,41 meses.

La tasa de éxito técnico inicial fue del 100%, consiguiéndose en el 96,3% de casos tras una única sesión (el 3,7% precisó 2 sesiones). La tasa de éxito clínico fue del 95,65%, objetivándose una mejoría estadísticamente significativa en la puntuación obtenida en VCSS (pretratamiento:13.7, postratamiento:7.74; $p < 0.0005$). El grado medio de satisfacción fue de 8,96 (0-10). En el seguimiento, se produjo recanalización del eje de VSE en 3 casos (11,11%), siendo completa y sintomática en sólo 2 casos (7,4%).

Las complicaciones más frecuentes fueron la tromboflebitis (77,3%) e hiperpigmentación cutánea (59,1%). No se evidenciaron eventos tromboembólicos venosos.

CONCLUSIONES

La escleroterapia con espuma constituye hoy día una alternativa terapéutica mínimamente invasiva, segura y eficaz en el tratamiento de insuficiencia de vena safena externa.

6. RESULTADOS A MEDIO PLAZO EN EL TRATAMIENTO DE LA SAFENA EXTERNA: ESCLEROTERAPIA CON ESPUMA ECO-GUIADA CON CATÉTER VERSUS TERMOABLACIÓN

M. Cabrero Fernández, R. Rial Horcajo, O. Ucles Cabeza, F. Plá Sánchez, G. Moñux Ducaju, A. Baturone Blanco, T. Reina Gutiérrez, A. Martín Conejero, F. J. Serrano Hernando

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

OBJETIVOS

Describir los resultados del tratamiento de la safena externa (SE) insuficiente con escleroterapia con espuma eco-guiada con catéter frente a la termoablación, de elección en las últimas guías.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo (2015-2018) de pacientes intervenidos de varices dependientes de la SE mediante escleroterapia con espuma de polidocanol al 3% eco-guiada con catéter, radiofrecuencia o láser. Variables resultado: oclusión, reflujo, recurrencia clínica, complicaciones y reintervenciones. Descripción técnica quirúrgica de escleroterapia. El seguimiento fue clínico y ecográfico a 1, 6 y 12 meses.

RESULTADOS

Fueron incluidos 85 pacientes, edad media de 50 años (23-78), 73% (n=62) de mujeres. Todos tenían un CEAP-C2 o superior. Se utilizó termoablación (láser o radiofrecuencia) en 48 pacientes (grupo-A) y escleroterapia en 37(grupo-B). Los grupos eran comparables: el diámetro medio era 7.5mm en el grupo-A y 6.8mm en el B (p=.134).

El seguimiento mediano fue de 9.6 meses. La tasa de oclusión a 1, 6 y 12 meses fue 98%, 87% y 83% respectivamente en el grupo-A; y 100%, 87% y 76% en el grupo-B (Long Rank: p=.777). Ocurrió 1 recidiva varicosa en cada grupo (p>.999). No hubo reintervenciones.

En el grupo-A hubo 7 pacientes (15%) con neuropatía sural, la mayoría temporales, y ninguno con escleroterapia (p=0.017). No hubo ningún caso de ETEV, pigmentación o quemadura.

CONCLUSIONES

Según nuestros resultados, la escleroterapia con espuma eco-guiada con catéter debería situarse al mismo nivel que la termoablación en el tratamiento de la SE. La estandarización de la técnica de escleroterapia y estudios prospectivos son necesarios para confirmar estos resultados.

7. ESCLEROTERAPIA CON CATÉTER Y ANESTESIA TUMESCENTE EN EL TRATAMIENTO DE LA RECIDIVA TRONCULAR SINTOMÁTICA

L. Leiva Hernando, A. Arroyo Bielsa, J. C. Fletes Lacayo

Hospital Vithas Nuestra Señora de América, Madrid.

OBJETIVOS

Valorar la eficacia a corto plazo y seguridad de la escleroterapia con espuma dirigida con catéter y anestesia tumescente en pacientes con reflujo troncular recurrente sintomático asociado a microflebectomías de colaterales.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional (febrero 2018 hasta marzo 2019) de 15 pacientes (9 hombres y 6 mujeres) con edad media de 51,9 años. Se trató la vena safena interna en 12 pacientes. El tiempo medio desde la primera intervención hasta la recurrencia clínica fue 52 meses. Los procedimientos previos fueron cirugía hemodinámica (73,3%), ablación mecánico-química (13,3%), ablación térmica con radiofrecuencia (6,6%) y sellado con cianoacrilato (6,6%). Diez pacientes presentaban grado C2 de la clasificación CEAP, 3 pacientes eran C3 y 2 pacientes eran C4. El diámetro medio de la vena fue 7,7 mm.

Mediante punción ecoguiada y con catéter Berenstein 5F, se inyectó espuma de tetradecil sulfato o polidocanol (volumen medio: 9,2 ml) previa infiltración perivenosa de anestesia tumescente. Se realizó valoración clínica y eco-Doppler antes y después de la intervención (seguimiento medio: 6,4 meses).

RESULTADOS

El éxito técnico fue 100%, sin evidenciarse ningún caso de repermeabilización durante el seguimiento. No hubo casos de trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar. Sólo un paciente refirió sensación de tirantez en la primera semana sin datos de flebitis resuelta mediante antiinflamatorios no esteroideos.

Durante el seguimiento no fueron necesarios procedimientos complementarios.

CONCLUSIONES

La escleroterapia troncular con catéter y anestesia tumescente es un procedimiento seguro, bien tolerado y efectivo a corto plazo para pacientes con reflujo recurrente sintomático.

8. PRÁCTICA CLÍNICA DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA CON ATERINA®, SULODEXIDA. ESTUDIO DE CASOS CLÍNICOS

J. Cabot Durán

Hospital Plató, Barcelona.

OBJETIVOS

Estudio observacional, prospectivo y descriptivo cuyo objetivo es analizar la respuesta al tratamiento con Aterina®, Sulodexida, en pacientes con trastornos del trofismo dérmico en extremidades inferiores por Insuficiencia Venosa Crónica, principalmente ulceración, rebeldes al tratamiento o con respuesta fracasada a terapias anteriores.

MATERIAL Y MÉTODO

Se reclutaron un total 39 pacientes portadores de 46 lesiones en extremidades inferiores a los que, además de la cura tópica estándar y soporte elástico habitual, se les inicia tratamiento con Aterina, Sulodexida, 60 mg/día por vía oral. Respecto a las variables registradas, se recogieron datos correspondientes a las variables de edad y sexo, etiología de la lesión, antecedentes fisiopatológicos y enfermedades concomitantes, tiempo de evolución de la úlcera, resultado del cultivo en aquellos pacientes con sospecha de contaminación bacteriana y tiempo de cicatrización hasta la resolución de cada caso. Además, se llevó a cabo un registro de imágenes de la evolución de las lesiones.

RESULTADOS

Se consiguió una cicatrización total en el 73.9% de las úlceras, correspondiendo la cicatrización primaria en 25 (54,3%) y secundaria en 9 (19,6%). El 65,2% del total de las úlceras cicatrizaron antes de un año y lo hicieron en un tiempo medio de curación de 7 meses.

CONCLUSIONES

Tras nuestra experiencia y a la vista de los resultados conseguidos, creemos que se debe tener en cuenta la prescripción de Aterina, Sulodexida, vía oral, como tratamiento farmacológico para favorecer la cicatrización, el alivio y la mejoría en las condiciones de la dermis, derivadas de la Insuficiencia Venosa Crónica.

9. LA HIPERTENSIÓN VENOSA GESTACIONAL Y SU REPERCUSIÓN COMO FACTOR DE RIESGO DE INSUFICIENCIA PLACENTARIA EN UN ESTUDIO DE CASOS-CONTROL ANIDADO

M. A. Ortega^{1,2}, B. Romero^{1,2}, F. Sainz³, C. Bravo⁴, J. De León-Luis⁵, S. Coca¹, A. Asúnsolo^{2,6}, M. J. Álvarez-Rocha¹, O. Fraile¹, C. Martínez-Vivero¹, M. Álvarez-Mon^{1,2}, S. Zubicoa⁷, J. Leal⁷, J. Buján^{1,2}, N. García-Honduvilla^{1,2,8}

1. Departamento de Medicina y Especialidades Médicas, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Centro de Investigaciones Biológicas en Red (CIBER-BBN), Universidad de Alcalá, Madrid, España. 2. Instituto Ramón y Cajal de Investigaciones Sanitarias (IRYCIS), Madrid, España. 3. Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla-UAH, Madrid, España. 4. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla-UAH, Madrid, España. 5. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Sección de medicina materno-fetal, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. 6. Departamento de Cirugía, Ciencias Médicas y Sociales, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Alcalá. Madrid, España. 7. Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar, Hospital Ruber Internacional, Madrid, España. 8. Centro Universitario de la Defensa de Madrid (CUD-ACD), Madrid, España.

OBJETIVOS

La aparición de venas varicosas durante el embarazo son un síntoma de hipertensión venosa e insuficiencia venosa de la extremidad inferior (IV). A pesar de su frecuencia, se desconoce si existen repercusiones clínicas en la gestación, así como la afectación de la placenta y al recién nacido. El ánimo de este estudio es analizar la repercusión que IV tiene en la placenta y sus consecuencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron un total de 62 mujeres IV y 52 controles sanos (C). Se analizó la presencia de marcadores de daño hipóxico ($Hif-1\alpha$), estrés oxidativo (NOX1, NOX2, iNOS, eNOS, MDA) y muerte celular en tejido placentario con inmunohistoquímica y RT-qPCR, así como estudios metabólicos. Los niveles plasmáticos y placentarios de MDA se determinaron por colorimetría en los dos tiempos de estudio de 32 semanas de gestación y posparto.

RESULTADOS

El daño placentario que se encontró en las mujeres IV se caracterizó por la sobreexpresión de los marcadores de hipoxia, estrés oxidativo y muerte celular, acompañado de un cambio del perfil de los metabolitos. Las mujeres embarazadas con IV mostraron aumentos sistémicos en los marcadores de estrés oxidativo, como los niveles de MDA en plasma en los diferentes tiempos de estudio. Los fetos de mujeres IV tuvieron una disminución significativa en su pH venoso en comparación con los de mujeres controles.

CONCLUSIONES

La presencia de varices en extremidades inferiores y/o pelvis durante la gestación se puede asociar a cuadros de daño placentario y repercusión sistémica, pudiendo ser un indicador clínico de riesgo.

10. ESTUDIO CLÍNICO SOBRE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA MEMBRANA AMNIÓTICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ÚLCERA DE EXTREMIDAD INFERIOR DE ETIOLOGÍA VENOSA. (ESTUDIO PROOF OF CONCEPT)

J. López Palencia¹, P. Carreño Avila¹, M. Serra Prat², E. Palomera², J. Marinello Roura²

1. Servicio Angiología – Cirugía Vascul. Hospital de Mataró, CSdM. 2. Departamento de Investigación. Hospital de Mataró, CSdM.

OBJETIVOS

La experiencia en la utilización de los Factores de Crecimiento Celular en la Úlcera de Etiología Venosa (UEV) es muy limitada.

General:

Efectividad y Seguridad de la Membrana Amniótica (MA).

Secundario:

Efectividad sobre el dolor.

MATERIAL Y MÉTODO

Criterios

Inclusión: Edad > a 18 años. UEV, evolución = ó > 6 meses. Área: 5 - 15 cms². Grado cicatrización: I ó II.

Exclusión: Otras etiologías; signos clínicos de infección; quimioterapia, corticoesteroides. Albumina < a 2grs/l.

Cronograma: 7 controles/12 semanas (V0 – V6). Implante de la MA, en V1.

Evaluaciones en cada control: EuroQol; Morfometría (Metodología Kundin).

Implante de MA, único en el estudio: fragmento circular 4,5 cms. Coste por paciente: 334,43.- euros.

Estadística: Intervalo de cicatrización: Kaplan-Meyer. Grado de granulación: Log Rank Test. Comparativo área y dolor: Wilcoxon.

Significación estadística establecida: $p < 0,05$.

RESULTADOS

Demografía: 10 pacientes, 80% mujeres. E.M: 79,6 a (50,8 – 92,7 a).

Terapia local previa: Promedio 6,4 apósitos diferentes en los seis meses previos al inicio del estudio.

Etiología: Primaria (90%), Secundaria (10%) Periodo evolutivo: 52,8 meses (6 – 350 m).

Área media: 2.174,92 mm² 500,8 – 5.964,43 mm².

Grado tisular: I 60%; II 40%.

EVA Diurno: V1, 1.60 . V4, V5 y V6 : 0. Nocturno V1, 90 . V5 y V6, 0.

Finalizan estudio, 9 pacientes. Cicatrización: completa, 55,5% (27,4 días. S.d.: 5,22). Parcial, 44,4%.

Morbilidad: Dermatitis (10%); incremento exudado (30%)

Cálculo de Minimización de Costes: 3,9 inferior a apósitos utilizados.

CONCLUSIONES:

La MA ha mostrado efectividad y eficiencia, exenta de efectos secundarios graves.



11. LINFEDEMA DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES, ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN Y L TRATAMIENTO DE SUS COMPLICACIONES. NUESTRA EXPERIENCIA

J. Beltrán Ramón, N. Sanjosé Pijoán, A. Garrido Espeja, E. Roche Rebollo

Hospital Universitario Sagrado Corazón, Barcelona.

OBJETIVOS

La patología linfática tiene baja incidencia, y su compleja fisiopatología, provocan en ocasiones una infravaloración de la misma, dando lugar a la aparición de graves trastornos funcionales al paciente. Los escasos medios terapéuticos hacen que los linfedemas y sus complicaciones ocasionen una importante repercusión socio-laboral en la población, y que la evolución y el pronóstico sea muy incierto.

MATERIAL Y MÉTODO

Criterios seguidos en el tratamiento y evolución de las complicaciones presentadas en una serie de 372 pacientes controlados en nuestro Servicio durante 30 años con linfedema de ee.ii. Distribución por sexos 78,4% mujeres y 21,6% varones con un rango de edad 8-92 años. Clasificamos los pacientes según el tipo de linfedema.

RESULTADOS

La incidencia de pacientes con complicaciones corresponde al 19,1% del grupo estudiado. Valoración de las complicaciones según el tipo de linfedema. Valoración de aparición de complicaciones según el tratamiento aplicado (quirúrgico o médico) de los pacientes con linfedema. Exponemos las pautas de tratamiento y el seguimiento efectuado.

CONCLUSIONES

- Correcta valoración del tipo de linfedema.
- Rapidez en el diagnóstico y el tratamiento.
- Vigilar la pluripatología asociada.
- Importancia de la implicación del paciente, correcta información y educación sobre su patología.
- La cirugía de drenaje previa, sobre el linfedema, no influye en la aparición de las complicaciones.

12. MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD VENOSA CRÓNICA MEDIANTE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

M. A. Bonany Pagès¹, M. González Carrasco²

1. CAP Ernest Lluch. Institut Català de la Salut, Girona. 2. Facultat de Psicologia. Universitat de Girona.

OBJETIVOS

Mostrar que la formación en atención primaria sensibiliza de la pérdida de la calidad de vida provocada por la enfermedad venosa crónica.

MATERIAL Y MÉTODO

Se formó a equipos del Servicio de Atención Primaria sobre la enfermedad venosa crónica, en aspectos asistenciales y calidad de vida. Se administró una encuesta a 285 profesionales de 18 áreas básicas. De ellos un 21,2% eran hombres y 78,8% mujeres. El 46,9% facultativos/vas y el 53,1% enfermeros/as.

Se analizó la respuesta a la pregunta '¿Considera que la enfermedad venosa crónica afecta la calidad de vida de la persona que la sufre?' antes y después de la formación. Se utilizó una escala del 1 al 5 (1: nada- 5: muchísimo). Se utilizó la comparación de medias con la prueba T para muestras relacionadas, del programa estadístico SPSS v.23.

RESULTADOS

Los resultados muestran diferencias significativas en las respuestas de los participantes antes y después de la formación ($t_{263} = -3.414$, $p < .001$). Los que contestaron que no afectaba pasaron del 0,4% a un 0%, los que expresaron un poco, pasaron de 6,4% a 1,4%, los que respondieron bastante, de un 63% a un 18,7% y quienes valoraron que mucho, de un 2,1% a un 38,8%.

CONCLUSIONES

La formación a los profesionales de la atención primaria aumenta la consciencia sobre la pérdida de la calidad de vida cuando evoluciona esta enfermedad. Ello puede contribuir a la mejora de su manejo en este nivel asistencial.

1. TROMBECTOMÍA MECÁNICA Y TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE TVP AGUDA ILIO-FEMORAL IZDA. CON TROMBO FLOTANTE EN CAVA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE MAY-THURNER. SEGUIMIENTO A 3 AÑOS
2. TUMOR PRIMARIO DE VENA CAVA: A PROPÓSITO DE UN CASO
3. AGENESIA DE VENA CAVA INFERIOR Y TROMBOSIS VENOSA EN DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA
4. EDEMA EN BRAZO TRAS IMPLANTE DE MARCAPASOS SUBCLAVIO IZDO. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR MEDIANTE ANGIOPLASTIA Y STENT VENOSO DE COMPRESIÓN ANATÓMICA EXTERNA DE LA VENA INNOMINADA
5. REVELANDO EL PAPEL DE LAS MAPK (ERK) EN EL REFLUJO VENOSO EN PACIENTES CON TRASTORNO VENOSO CRÓNICO
6. TROMBOSIS YUGULAR Y CÁNCER: UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA.
¿PENSAMOS EN ESTA UNIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA?
7. FÍSTULA ARTERIOVENOSA ESPONTÁNEA, UNA COMPLICACIÓN INFRECIENTE DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA
8. ANOMALÍA DE VENA CAVA INFERIOR EN PACIENTES CON PATOLOGÍA VASCULAR.
¿PUEDE CONDICIONAR EL TRATAMIENTO?





1. TROMBECTOMÍA MECÁNICA Y TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE TVP AGUDA ILIO-FEMORAL IZDA. CON TROMBO FLOTANTE EN CAVA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE MAY-THURNER. SEGUIMIENTO A 3 AÑOS

F. Gallardo Pedrajas¹, R. Rodríguez Carvajal¹, R. Laínez Rube¹, T. Hernández Carbonell¹, J. A. Carmona², J. Moreno²

1. ACV Hospital Quirónsalud Marbella. IVEI. 2. M Interna Hospital Quirónsalud Marbella. INSIDE.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de May-Thurner consiste en la compresión patológica de la vena iliaca común izquierda entre la arteria iliaca común derecha y el cuerpo vertebral. Esta condición anatómica se asocia a episodios espontáneos de trombosis venosa profunda (TVP), especialmente en mujeres jóvenes (20-50 años) y puede contribuir a la mayor prevalencia del desarrollo de TVP izquierdas (~56%).

CASO CLÍNICO

Mujer de 30 años, no fumadora, con tratamiento anticonceptivo que tras viaje prolongado en coche presenta edema y dolor en miembro inferior izdo. Eco-Doppler venoso demuestra TVP ilio-femoral izda. y Angio-TC venoso confirma trombosis de eje venoso con trombo flotante en cava inferior y fenómeno de compresión venosa ilíaca.

RESULTADOS

Bajo anticoagulación sistémica se implantó filtro de cava temporal Celer (COOK) para prevención de embolización proximal y se recanalizó la oclusión venosa izda. con abordaje femoral contralateral. Se realizó trombectomía con sistema ANGIOJET, precisando angioplastia e implante de dos stents venosos: Zilvervena (COOK) y Sinousvena (GRIFFOLS) desde femoral común hasta cava inferior por estenosis residual. Retirada de filtro de cava a las 72 horas tras angioTC venoso que confirmó ausencia de restos de trombo. Paciente presentó mejoría inmediata tras procedimiento, alta a las 48 hs con tratamiento anticoagulante y antiagregación. Seguimiento ecográfico a 3 años confirma permeabilidad de stents venosos.

DISCUSIÓN

En nuestra opinión debe considerarse el tratamiento en fase aguda mediante la trombectomía endovascular urgente en casos seleccionados de TVP ilio-femorales sintomáticas o con riesgo de embolización proximal y que asocien fenómeno compresivo como el Sd de May Thurner.

2. TUMOR PRIMARIO DE VENA CAVA: A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Gómez Pizarro, A. Moreno Reina, A. Muñoz Chimbo, E. López Lafuente, A. García León

Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme, Sevilla.

INTRODUCCIÓN

El leiomioma venoso primario es una entidad poco habitual en la práctica clínica. Se origina de forma primaria en la pared venosa, a la cual está firmemente adherido, o bien crece en su interior como trombo tumoral. Se presenta como una entidad clínica silente, a menudo diagnosticada de forma incidental mediante prueba de imagen.

CASO CLÍNICO

Mujer, 77 años, HTA. Consulta en urgencias por cuadro de edema en ambos MMII, astenia intensa y malestar general.

En ecografía renal que se solicita ante cuadro de deterioro de la función renal se describe trombosis de VCI. Se completa estudio con TAC y angioRNM, que informa de masa dependiente de capa muscular de VCI, con ocupación de luz, áreas de necrosis y trombo asociado, compatible con leiomioma.

Se plantea resección en bloque de VCI + reconstrucción con prótesis de PTFE. No obstante, dada extensión hasta aurícula derecha, así como empeoramiento clínico de la paciente, que se encuentra en situación de anasarca, disnea a mínimos esfuerzos, taquiarritmia e IRA establecida, se decide de forma conjunta con servicios de MIN y Oncología manejo paliativo.

RESULTADOS

La paciente experimenta un empeoramiento clínico paulatino, con tendencia a la somnolencia, la hipotensión y la anuria, siendo éxitus en las 72 horas siguientes.

DISCUSIÓN

Aunque se recomienda un manejo multidisciplinar de esta patología, la resección quirúrgica completa es el principal método terapéutico y el que ofrece mejores tasas de supervivencia. No obstante, en el momento del diagnóstico la enfermedad está a menudo avanzada y la resección deja de ser una opción.



3. AGENESIA DE VENA CAVA INFERIOR Y TROMBOSIS VENOSA EN DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA

J. Beltrán Ramón, N. Sanjosé Pijoan, M.Oller Grau, E. Roche Rebollo

Hospital Universitario Sagrado Corazón, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La agenesia de VCI tiene baja incidencia en la población (<1%). Su diagnóstico en ocasiones es fortuito gracias a las nuevas técnicas de imagen, aunque en ocasiones se efectúa a partir de un episodio de ETV, representando un <10% de las tvp idiopáticas en pacientes < 40 años.

CASO(S) CLÍNICO(S)

Varón 41 años, antecedentes agenesia de VCI.

Dolor abdominal y edemas en ee.ii.

Analítica: leucocitosis, PCR 106 mg/L.

Ecografía: adenopatías retroperitoneales

TAC: trombosis de vena porta y vena mesentérica superior. Ausencia de VCI. Trombosis vena lumbar derecha.

Eco-Doppler: TVP femoro-iliaca bilateral.

Tratamiento anticoagulante

Mujer de 80 años, antecedentes TVP EID e HTA.

Dolor abdominal.

Analítica: PCR 179 mg/L.

Ecografía y colangio-RM: colelitiasis y ectasia coledocal.

TAC: ausencia de VCI y estenosis de arteria mesentérica superior.

Eco-Doppler: insuficiencia poplítea derecha.

Tratamiento anticoagulante.

RESULTADOS

- Remisión dolor abdominal y edemas ee.ii. Repermeabilización vena porta y parcialmente mesentérica superior.

Repermeabilización femoro-iliaca bilateral.

- Mejoría dolor abdominal. Tolerancia dieta oral. Síndrome posttrombótico EID.

DISCUSIÓN

La etiología de la agenesia de VCI presenta controversia, la disgenesia embriológica es la más defendida, aunque algunos autores defienden que esta malformación es consecuencia de trombosis intrauterina.

La aparición de las HBPM y los nuevos anticoagulantes orales han establecido buenos resultados, quedando el tratamiento quirúrgico a casos muy reducidos.

4. EDEMA EN BRAZO TRAS IMPLANTE DE MARCAPASOS SUBCLAVIO IZDO. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR MEDIANTE ANGIOPLASTIA Y STENT VENOSO DE COMPRESIÓN ANATÓMICA EXTERNA DE LA VENA INNOMINADA

F. Gallardo¹, J.L. Peña², R. Rodríguez Carvajal¹, T. Hernández Carbonell¹, R. Lainez Rube³, S. Barakat²

1. ACV Hospital Quirónsalud Marbella. IVEI. 2. Cardiología. Hospital Quirónsalud Marbella. 3. ACV Hospital Quirónsalud CDG. IVEI.

INTRODUCCION

La estenosis de la vena innominada es una complicación común tras implante de catéteres permanentes o marcapasos (MP) a nivel yugulo-subclavio. La compresión extrínseca por estructuras anatómicas adyacentes como el arco aórtico, el tronco carótido-subclavio derecho y el esternón puede ser otro mecanismo causante de estenosis.

CASO CLÍNICO

Mujer de 72 años con edema y dolor en brazo izquierdo dos semanas tras implante de MP subclavio izquierdo. No historia de trombosis venosa profunda (TVP) previa ni trombofilias. Ante sospecha de TVP axilo-subclavia se realizó eco-Doppler que demostró permeabilidad venosa. En Angio-CT-venoso se observó compresión externa de vena innominada entre esternón y tronco carótido-subclavio dcho., estenosis superior al 75%. De acuerdo con cardiología se decidió explante de MP, por ocupación de canal venoso por cables y tratamiento endovascular de la lesión ya que la angulación vena subclavia dcha-cava superior no permitía implante de MP contralateral. Tras angioplastia con balón de alta presión se implantó stent venoso de 16x60 Venovo (BARD) en vena innominada para implante posterior de MP vía subclavia izquierda.

RESULTADOS

Paciente alta a las 24 hs asintomática, con tratamiento anticoagulante durante 1 mes y antiagregación. En seguimiento a 12 meses permanece asintomática, con stent venoso permeable sin datos de re-estenosis y funcionamiento adecuado del MP.

DISCUSIÓN

El tratamiento de la estenosis de vena innominada por causa extrínseca puede realizarse mediante angioplastia y stent, permitiendo la recuperación del acceso venoso y el posterior implante de dispositivos tipo marcapasos sin observarse complicaciones inmediatas y con permeabilidad óptima a medio plazo.



5 REVELANDO EL PAPEL DE LAS MAPK (ERK) EN EL REFLUJO VENOSO EN PACIENTES CON TRASTORNO VENOSO CRÓNICO

M. A Ortega^{1,2}, B. Romero^{1,2}, F. Sainz³, A. Asúnsolo^{2,4}, O. Fraile¹, C. Martínez-Vivero¹, M. J. Álvarez-Rocha¹, S. Coca^{1,2},
M. Álvarez- Mon^{1,2}, S. Zubicoa⁵, J. Buján^{1,2}, J. Leal⁵, N. García-Honduvilla^{1,2,6}

1. Departamento de Medicina y Especialidades Médicas, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Centro de Investigaciones Biomédicas en Red (CIBER-BBN), Universidad de Alcalá, Madrid, España. 2. Instituto Ramón y Cajal de Investigaciones Sanitarias (IRYCIS), Madrid, España. 3. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla-UAH, Madrid, España. 4. Departamento de Cirugía, Ciencias Médicas y Sociales, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Alcalá. Madrid, España. 5. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Ruber Internacional, Madrid, España. 6. Centro Universitario de la Defensa de Madrid (CUD-ACD), Madrid, España.

OBJETIVOS

El trastorno venoso crónico (TVC) provoca una modificación en las condiciones de retorno de la sangre. El trastorno puede provocar válvulas incompetentes y, por lo tanto, reflujo venoso (insuficiencia venosa crónica-IVC). Los esfuerzos de investigación han tratado de dilucidar los mecanismos involucrados como posibles dianas terapéuticas. Las enzimas activadas por mitógeno (MAPK) median en procesos fisiopatológicos en tejidos humanos. Entre esta familia de proteínas, ERK desempeña un papel directo en la homeostasis celular que determina la viabilidad de los tejidos. Este estudio examina si ERK posee un papel en el reflujo venoso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio prospectivo en 56 pacientes, incluidos 11 controles (C). De los pacientes TVC, 23 tuvieron reflujo venoso IVC (R) y 22 no reflujo (NR). Las distribuciones por edad fueron: C <50 n = 4; C ≥50 n = 7; NR <50 n = 9; NR ≥50 n = 13; R <50 n = 11; R ≥50 n = 12. Las muestras de venas safenas se sometieron a técnicas de expresión de genes (RT-qPCR) y proteínas (inmunohistoquímica-IHC) para identificar ERK.

RESULTADOS

Los pacientes con IVC mostraron una activación genética significativa de la proteína ERK y en aquellos con reflujo venoso, la expresión de este gen fue significativamente mayor. Los pacientes R <50 mostraron una expresión del gen ERK significativamente mayor que C <50. Los patrones de expresión fueron consistentes con los hallazgos histológicos (IHC).

CONCLUSIONES

Nuestros estudios sugieren como ERK podría tener un papel importante en la enfermedad vascular venosa.

6. TROMBOSIS YUGULAR Y CÁNCER: UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. ¿PENSAMOS EN ESTA UNIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA?

M. Frías Vargas¹, O. García Vallejo¹, E. Arranz Martín¹, A. García Lerín², M. D. Aicart Bort³, P. J. García Fernández⁴, E. Carrasco Carrasco⁵, D. Fuertes Domínguez⁶, N. Vázquez Gómez⁷, F. J. Perdomo García⁸, P. Casado Pérez⁹, M. A. Babiano Fernández¹⁰, M. A. Cabrera Ferriols¹¹, I. Gil Gil¹², J. Caballer Rodilla¹³, A. López Tellez¹⁴, J. M. Ramírez Torres¹⁴, T. Pietrosanto¹⁵

1. Centro de Salud Comillas, Madrid. 2. Centro de Salud Almendrales, Madrid. 3. Centro de Salud Rafalafena, Castellón. 4. Centro de Salud Nueva Málaga, Málaga. 5. Centro de Salud Abarán, Murcia. 6. Centro de Salud Cervera de Pisuerga, Palencia. 7. Centro de Salud Moncofar, Castellón. 8. Hospital Universitario La Paz, Servicio de Urgencias, Madrid. 9. Unidad Multiprofesional Este, Madrid. 10. Centro de Salud Argamasilla de Calatrava, Ciudad Real. 11. Centro de Salud San Vicente del Raspeig, Alicante. 12. Centro de Salud Viella, Lleida. 13. Centro de Salud El Restón, Madrid. 14. Centro de Salud Puerta Blanca, Málaga. 15. Centro de Salud Campello, Alicante.

INTRODUCCIÓN

Hasta el 10% de los pacientes con cáncer pueden aparecer eventos trombóticos, teniendo en cuenta que hasta el 3.1% pueden aparecer en territorio venoso. La AP es un escenario idóneo para diagnóstico y seguimiento.

CASO CLÍNICO

Mujer de 51 años con los siguientes AP: Neoplasia epitelial de unión recto-sigmoidea cT4 N1-2 M1 de reciente diagnóstico. Sin AP patológicos relevantes. Ex fumadora de 10 cigarrillos/día. Acude a nuestra consulta para enseñarnos el informe y la aparición de aumento de temperatura/ cambio de color en región cervical derecha desde hace 24 horas. En la EF el paciente se encuentra consciente, orientada en tiempo y espacio. No disnea. PA: 130/80 mm Hg, FC: 90 l.p.m. Región cervical anterior derecha: Aumento de temperatura y edema. ACP: RsCsRs, MVC. No se ausculta soplos en región abdominal. Neurológico, No focalidad neurológica.

RESULTADO

Se realiza ecografía en AP objetivando imagen de trombosis en sector de vena yugular derecha que se extiende hasta la confluencia de la vena subclavia derecha. Se habló con los servicios de oncología y radiología, confirmando los hallazgos descritos. En nuestro caso se inició tratamiento anticoagulante tipo HBPM (bemiparina) a dosis de tratamiento, permitiendo de forma rápida el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de forma conjunta.

DISCUSIÓN

La ecografía en AP, como instrumento de orientación diagnóstica, cumpliendo con los requisitos de formación establecidos, permite orientar el diagnóstico y seguimiento de las patologías que nos encontramos de forma fortuita en nuestra práctica clínica. Nuestro caso presenta el diagnóstico reciente de neoplasia y hallazgo de trombosis venosa de forma fortuita, unión que en muchas ocasiones no tenemos en cuenta en nuestra práctica clínica.



7. FÍSTULA ARTERIOVENOSA ESPONTÁNEA, UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

A. Muñoz Chimbo, A. Moreno Reina, L. Gómez Pizarro, G. Núñez de Arenas Baeza, A. García León

Hospital Nuestra Señora de Valme, Sevilla.

INTRODUCCIÓN

La fístula arteriovenosa (FAV) es un evento inusual posterior a una trombosis venosa profunda (TVP), cuya evolución natural es incierta. La etiología probablemente se deba a la respuesta inflamatoria y neovascularización de la remodelación del trombo.

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 65 años, diagnosticado de TVP ilio-femoro-poplítea del miembro inferior izquierdo con afectación del cayado y 1/3 proximal de vena safena interna, tratado con heparina de bajo peso molecular y posteriormente Rivaroxabán, además de compresión elástica. Cuatro meses después, en una ecografía de seguimiento, en la vena femoral común (VFC) y cayado safeno-femoral, aparece, en el espesor del trombo un flujo arterializado de baja resistencia proveniente de la arteria epigástrica, que impresiona de FAV. Con el fin de tipificar este hallazgo se efectúa un angioTC de extremidad, visualizándose alta concentración de contraste en VFC. Dada la rareza en la evolución de la trombosis, se realiza un PET TC sin captación del radiofármaco, descartándose un origen tumoral. El estudio de trombofilia fue negativo. La evolución del paciente es favorable, permaneciendo asintomático, salvo con discreto edema de la pierna izquierda.

RESULTADOS

Se mantuvo una conducta expectante y finalmente a los siete meses del diagnóstico de la FAV, se observó el cierre espontáneo y recanalización parcial de VFC y cayado safeno-femoral.

DISCUSIÓN

La FAV dentro o en la periferia del trombo venoso es poco descrita y su etiología se desconoce. Moléculas inflamatorias del trombo difunden a vasa vasorum y vasos circundantes, favoreciendo la recanalización y crecimiento de circulación colateral.

8. ANOMALÍA DE VENA CAVA INFERIOR EN PACIENTES CON PATOLOGÍA VASCULAR. ¿PUEDE CONDICIONAR EL TRATAMIENTO?

N. Sanjosé Pijoán, J. Beltrán Ramón, A. Garrido Espeja, E. Roche Rebollo

Hospital Universitarios Sagrado Corazón, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La embriología de la VCI es compleja, pudiendo motivar aparición de variantes o anomalías anatómicas que, si bien en principio algunas no ocasionan un proceso patológico, sí pueden condicionar otras patologías que presente el paciente.

La agenesia de VCI es una malformación de baja incidencia en la población (<1%). Su diagnóstico en ocasiones fortuito gracias a las nuevas técnicas de imagen, aunque en ocasiones es a partir de un episodio de ETV, representando un <10% de las TVP idiopáticas en pacientes < 40 años.

CASO(S) CLÍNICO(S)

1-Varón 41 años, con agenesia de VCI y trombosis portal y de VMS + TVP extensa de ee.ii.

2-Varón 73 años, con transposición de VCI y AAA infrarrenal.

3-Mujer 82 años, con agenesia de VCI y trombosis de AMS.

El TAC confirmó el diagnóstico de la anomalía de VCI. El eco-Doppler permitió valorar el estado vascular de las ee.ii

Los casos de agenesia recibieron anticoagulación y el de transposición fue tratado de su AAA mediante técnica endovascular.

RESULTADOS

Los casos de agenesia, experimentaron mejoría del dolor abdominal y repermeabilización de territorios vasculares afectados.

El caso de transposición no presentó complicaciones quirúrgicas y la evolución postoperatoria fue buena.

DISCUSIÓN

La etiología de las anomalías de VCI presenta controversia, la disgenesia embriológica es más defendida, aunque algunos autores defienden en la agenesia una posible trombosis intrauterina o perinatal.

Existe controversia con respecto al tratamiento idóneo, las HBPM y los nuevos anticoagulantes orales permiten buenos resultados, quedando el tratamiento quirúrgico a casos muy reducidos.

En la transposición de VCI, las técnicas endovasculares deben considerarse, especialmente en patologías del sector aorto-ilíaco.