

Sociedad Mexicana de Angiología y Cirugía Vascular, A. C.
XXXVII Congreso Nacional de Angiología y Cirugía Vascular
Mérida, Yuc. 2005

28 de septiembre al 1º de octubre, 2005

TRABAJOS LIBRES Y DE INGRESO

Libre

RELAJACIÓN DEPENDIENTE DE ENDOTELIO EN SAFENA INTERNA PROCURADA PARA REVASCULARIZACIÓN

Dr. Bruno Anaya Ascensión, Dr. Jesús Arenas Osuna, Dr. Alfonso Cossío Zazueta, Dr. Juan Asbun Bojalil
Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza", México, D.F.

El sistema vascular es el responsable de abastecer los nutrientes a los diferentes tejidos del organismo, también contribuye en la eliminación de los distintos metabolitos que se producen en los tejidos. El endotelio vascular ha tomado importancia en la regulación de este sistema, ocupa una interfase estratégica entre el torrente sanguíneo y los diferentes aparatos y sistemas. Su participación es a través de la producción de sustancias biológicamente activas, capaces de producir contracción o relajación de los vasos sanguíneos. Dentro de las sustancias relajantes se encuentran el óxido nítrico, prostaciclina y el factor hiperpolarizante derivado de endotelio, siendo éstas de interés para el presente estudio.

Objetivo: Determinación de la relajación dependiente de endotelio en safena interna procurada para revascularización.

Material y métodos: Se obtuvieron los segmentos restantes de safena interna procurada para injerto, los cuales fueron trasladados al laboratorio de investigación vascular para pruebas *in vitro* en cámaras de órgano aislado; se realizaron las pruebas respectivas, en todos los casos utilizando los siguientes fármacos: como vasoconstrictores cloruro de potasio y fenilefrina; vasodilatadores acetilcolina y nitro prusíato de sodio. Se realizaron las pruebas respectivas y se registraron en el sistema de recolección de datos sigma plot.

Resultados: La safena interna N=16 presentó una respuesta contráctil a fenilefrina, con una respuesta máxima de 1.5 g, en promedio 1 g, a cloruro de potasio 6.3 g como promedio de contracción. Con respecto a los fármacos relajantes, la acetilcolina, el fármaco prototípico que induce relajación dependiente de endotelio a una concentración 10^{-6} M, no induce relajación de la safena interna en los segmentos

contraídos con fenilefrina o cloruro de potasio; sin embargo, a estos mismos segmentos se les administró nitro prusíato de sodio y con éste sí encontramos una respuesta de 84% de relajación.

Conclusiones: Los segmentos de safena interna presentaron contracción adecuada a cloruro de potasio y fenilefrina, no se encontró respuesta relajante inducida por la acetilcolina indicándonos la posible lesión endotelial durante la preservación del vaso sanguíneo, esto en un momento dado puede contribuir en la permeabilidad del injerto por las distintas funciones del endotelio vascular. El nitro prusíato de sodio sí tuvo efecto relajante en la safena con un promedio de 84%, indicándonos que el músculo liso vascular es reactivo a donadores exógenos de óxido nítrico.

Ingreso

FACTORES DE RIESGO PARA PÉRDIDA DE LA EXTREMIDAD DESPUÉS DE REVASCULARIZACIÓN INFRAINGUINAL

Dr. Raúl González Herrera, Dr. Julio Abel Serrano Lozano, Dra. Nora Elena Sánchez Nicolat, Dr. Alfonso Cossío Zazueta, Dr. Hernán Huerta Huerta, Dra. Irene Cal, Mayor Turnbull
Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", ISSSTE

La isquemia crítica se caracteriza por dolor en reposo y/o lesión tisular; es indicativa de riesgo de pérdida de la extremidad.

La revascularización es una opción terapéutica para el tratamiento de la isquemia crítica; sin embargo, la oclusión del injerto, infección y pérdida de tejido, son complicaciones de esta cirugía, que pueden repercutir en el salvamento de la extremidad; elevando la morbilidad y la mortalidad perioperatorias y el riesgo de pérdida de la extremidad.

Objetivo: Reportar los factores de riesgo asociados a pérdida de extremidad después de una derivación infragenicular.

Métodos: Se estudiaron los pacientes intervenidos de revascularización infragenicular, desde febrero de 1999 hasta junio de 2005, en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, analizando los factores de riesgo asociados a arterioesclerosis como diabetes mellitus, hipertensión arterial

sistémica, tabaquismo y dislipidemias, así como los vasos utilizados para la anastomosis y el tipo de injerto.

Resultados: Se analizaron 80 pacientes (68.8% hombres y 31.2% mujeres) intervenidos de revascularización infrainguinal, con una edad media de 69.06 años (rangos 44-83), realizándose un total de 90 revascularizaciones infrageniculares, siendo la arteria femoral común el vaso más frecuentemente utilizado para la anastomosis proximal (75.60%) y la arteria poplítea infragenicular el vaso más frecuentemente utilizado para la anastomosis distal (52.6%), y la vena safena interna autóloga el injerto más frecuente (87.2%). El salvamento de extremidad fue de 58.2% y 41.8% de los pacientes fueron sometidos a amputación mayor. La amputación supracondilea es la que se realizó con mayor frecuencia (34.2%). El 75.7% de los pacientes amputados fueron hombres y el 24.3% mujeres. De todos los pacientes amputados sólo 3% no fue diabético y 51.5% era hipertenso. De los pacientes que fueron amputados el vaso de salida más frecuente fue la arteria poplítea baja (48.8%), aunque también fue el vaso que se utilizó en la anastomosis distal más frecuentemente (54.4%). De los cuatro pacientes en los que se realizó revascularización con injerto sintético infragenicular sólo uno fue sometido a amputación.

Conclusiones: La revascularización infrainguinal sigue el recurso más valioso para evitar una amputación debida a isquemia de los miembros pélvicos. Sin embargo, en los pacientes en que se presentan factores de riesgo como diabetes mellitus, sexo masculino, insuficiencia renal y en los que esté indicada la cirugía de revascularización por necrosis, existe mayor riesgo de presentarse morbilidad asociada a complicaciones perioperatorias, por lo que ameritan una especial atención en su cuidado; y en los casos con mayores factores de riesgo, la amputación como primera opción puede ser una mejor alternativa.

Libre
EXPERIENCIA EN DERIVACIONES DISTALES PARA SALVAMENTO DE EXTREMIDAD EN PACIENTES CON ISQUEMIA CRÍTICA EN EL HOSPITAL REGIONAL LICENCIADO ADOLFO LÓPEZ MATEOS, ISSSTE
Dr. Marco Antonio Meza Vudoyer, Dr. Bruno Anaya Ascensión, Dr. Julio A. Serrano Lozano, Dr. Alfonso Cossío Zazueta, Dra. Nora Sánchez Nicolat, Dr. Hernán Huerta Huerta, Dr. Martín Flores Escartín, Dr. Flavio Antúnez Gil, Dr. José Luis Zárraga Rodríguez
Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", ISSSTE

Los pacientes con enfermedad arterial oclusiva de las extremidades inferiores en los vasos tibiales a menudo cursan con dolor en reposo, úlceras isquémicas o gangrena. El método óptimo de revascularización para salvamento continúa siendo controversial. La permeabilidad de las derivaciones infrapopliteas, aparentemente es menor en comparación con la femoropoplíteas de acuerdo con algunas series, sin embargo, los resultados no son concluyentes.

Objetivo: Presentar la experiencia del manejo de pacientes con isquemia crítica de la extremidad secundaria a enfermedad de vasos tibiales que son sometidos a derivación arterial distal.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes con isquemia crítica de la extremidad inferior, ingresados al Servicio de An-

giología y Cirugía Vascular del HRLALM, en el periodo de marzo de 2004 a febrero de 2005, clínicamente con pulso femoral y poplítico conservados, con ausencia de pulso a nivel de arterias tibial posterior y pedia, documentándose por ultrasonido Doppler dúplex ausencia de flujo en estos vasos. Se buscó realizar arteriografía preoperatoria en todos los pacientes, la cual no siempre fue disponible, por lo que en estos casos se realizó arteriografía transoperatoria para identificar la permeabilidad de los posibles vasos de salida. En todos los pacientes se empleó vena safena interna invertida realizando anastomosis terminolateral con prolene 6-0 y heparinización sistémica con 3,000 a 5,000 U previos al pinzamiento. En el periodo postoperatorio se registró el flujo por Doppler bidireccional en los vasos infrapopliteos, así como la evolución de las lesiones isquémicas y la realización de amputaciones menores y mayores.

Resultados: Se realizaron 12 derivaciones distales en 11 pacientes con isquemia crítica (con vaso de salida: tres a la arteria tibial anterior, cinco a la arteria tibial posterior y cuatro a la arteria pedia dorsal), todos con vena safena interna invertida; seis hombres y cinco mujeres; todos ellos diabéticos, cinco hipertensos, dos por dolor en reposo, seis por úlceras isquémicas y cuatro por gangrena seca. En todos se emplearon antimicrobianos perioperatorios. Se realizó amputación mayor en tres pacientes (dos a arteria tibial anterior y uno a arteria tibial posterior), menor en siete evolucionando satisfactoriamente las heridas.

Conclusión: Las derivaciones arteriales distales con vena safena interna invertida son una adecuada opción para pacientes con isquemia crítica de extremidades inferiores con enfermedad de vasos tibiales.

Ingreso

MORBIMORTALIDAD DE TROMBOEMBOLECTOMÍAS TARDÍAS EN EL HOSPITAL REGIONAL “VALENTÍN GÓMEZ FARÍAS” ISSSTE, ZAPOPAN, JALISCO, MÉXICO
Dr. Luis Heriberto Daniel Torres, Dr. Héctor Ruiz Mercado, Dr. José Antonio González Higuera, Dr. Francisco Javier González Ochoa, Dr. Antonio Rincón de los Santos, Dr. Guillermo Salazar Vargas *Hospital Regional “Valentín Gómez Fariás”, ISSSTE*

Objetivo: El propósito de este estudio fue el de conocer la morbimortalidad de nuestros pacientes en relación con la tromboembolectomía tardía, debido a que en nuestra institución no se conoce con exactitud el porcentaje de amputación ni de muerte en relación con este tipo de patología.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y longitudinal del 1 de enero de 2001 al 30 de junio de 2005. Se incluyeron en este estudio 90 pacientes de los cuales 50 correspondieron al sexo masculino (55.5%) y 40 al sexo femenino (44.4%).

Los criterios de inclusión fueron todos los pacientes a quienes se les realizó tromboembolectomía posterior a ocho horas del inicio de los síntomas, excluyendo a aquellos pacientes que se presentaron por causas traumáticas o iatrogénicas. Se analizaron las siguientes variables, muerte, complicación médica y/o quirúrgica, amputación mayor y menor así como salvamento o recuperación de miembros.

Resultados: Se obtuvieron los siguientes resultados: 90 pacientes; 50 masculinos (55.5%) y 40 femeninas (44.4%), el rango de edad fue de 40 años a 104 años, el promedio de edad fue de 78.4 ± 7.94 años, el promedio de horas de la intervención quirúrgica fue de 31.5 ± 15.4 horas, con rango de 10 horas hasta 104 horas. A los 90 pacientes se les realizaron tromboembolectomías siendo nueve humerales (10%), dos aortoiliacas (2.2%), 73 femoropoplíteos (81.1%) y seis tibio-peroneos (6.6%). Se presentó resolución completa (salvamento de miembros) en 25 pacientes (27.7%), 20 pacientes (22.2%) tuvieron complicación metabólica (síndrome de reperfusión) y/o retrombosis, hubo 36 amputaciones (40%), siete amputaciones menores (7.7%) y 29 amputaciones mayores (32.3%) y nueve muertes (10%). Se presentaron de manera significativa menos cifras de amputación mayor y menor con cirugía en un periodo menor de 24 horas realizándose pruebas de χ^2 con corrección de Yates de 4.66 valor de $p = 0.01$, así como la correlación entre la resolución del padecimiento y la cirugía de 23 horas o menos realizándose prueba de χ^2 de 9.18 valor de $p = 0.002$. La correlación entre grado de isquemia con complicación metabólica y muerte se analizó con prueba de χ^2 con corrección de Yates de 0.09 y valor de $p = 0.36$ no siendo significativo, mientras que la correlación entre el grado de isquemia con amputación se analizó mediante χ^2 con corrección de Yates de 0.24 y valor de $p = 0.70$ siendo también este valor no significativo.

Conclusiones: El manejo pronto y oportuno de los pacientes, así como la referencia inmediata se traducen en un pronóstico más favorable en este tipo de pacientes. Nuestros resultados comparados con los de la literatura mundial se traducen en un porcentaje ligeramente más alto de amputación (40% vs. 8-30%) y más bajo de mortalidad (10% vs. 15-20%). La decisión de realizar un procedimiento radical no debe ser demora en este tipo de pacientes ni contraindicar la cirugía ponderando la decisión de amputación inmediata cuando verdaderamente no existe otra posibilidad de revascularización y con ello aumentar la sobrevida de estos pacientes evitando con esto complicaciones secundarias e incluso la muerte.

Libre
SEVERA INSUFICIENCIA ARTERIAL DE MIEMBROS PÉLVICOS POR ERGOTISMO. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Dr. Frantz Magloire Duverglas, Dr. Carlos Velasco, Dr. Roberto Reyes Cruz, Dra. Verónica Espinoza Cruz
Hospital Ángeles México y Ángeles Clínica Londres

Mujer de 35 años se presenta en el Servicio de Urgencias con diagnóstico de síndrome de enfermedad de Guillain-Barré como resultado de una electromiografía realizada horas antes de su ingreso, por presentar dolor importante en ambos miembros pélvicos, falta de fuerza, parestesias también presentes en miembros torácicos. El neurólogo consultado encuentra severa hipotermia, palidez en ambas piernas y lividez severa del pie izquierdo, ausencia de pulsos poplíticos y distales y solicita valoración angiográfica, la cual confirma severa insuficiencia arterial, más notoria en el pie izquierdo.

Como antecedente refiere migraña de 17 años de evolución en tratamiento con tartrato de ergotamina en dosis mayores a 4 mg diarios, desde entonces. El Doppler arterial bilateral reporta insuficiencia arterial desde vasos iliacos. La arteriografía confirma importante disminución de calibre de los vasos iliacos, espasmo importante bilateral de todo el árbol arterial, arterias filiformes en ambos miembros pélvicos, ausencia de vasos distales en los pies en forma segmentaria. Se suspende la medicación de ergotamina. Se inicia manejo con pentoxifilina IV y heparina de bajo peso molecular, con leve mejoría. Se procede a realizar simpatectomía lumbar izquierda. Evolución postoperatoria favorable. Dos días después tenía pulsos normales en ambas pernas y tibiales posteriores, color, temperatura, llenado capilar normales. Se decidió por la simpatectomía por la severidad del cuadro en el pie izquierdo. Continúa con pulsos normales tres meses más tarde. El neurólogo descartó el diagnóstico de Guillain-Barré y está manejando las migrañas con medicación diferente de las ergotaminas. En la revisión bibliográfica encontramos: probable primera publicación en 1972, casi todos los pacientes de 28 a 49 años, de sexo femenino, uso de ergotamina para tratamiento de migrañas, en dos casos coincidiendo con esquizofrenia, tratamientos variables: heparina, vasodilatadores, prostaglandinas, cirugía con dilatadores y puentes vasculares, simpaticólisis peridural. En ocasiones mejoría con la suspensión del medicamento, mejores resultados con manejos conservadores. Malos resultados con la cirugía directa.

Ingreso

RESULTADO, UTILIDAD Y EVALUACIÓN CRÍTICA DE LA APLICACIÓN DEL SISTEMA DE PUNTAJE NISSA (NERVE INJURY, ISCHEMIA, SOFT-TISSUE INJURY, SKELETAL INJURY, SHOCK, AND AGE OF PATIENT SCORE) EN PACIENTES CON TRAUMA VASCULAR DE EXTREMIDADES INFERIORES

Dr. Marco César Sapiéns López, Dr. Francisco Llamas Macías, Dr. Oliver Brachet Ize, Dra. Evelyn Sánchez Rodríguez, Dr. Juan Ramírez Robles, Dr. César Nuño Escobar, Dra. Susana Juárez Pulido

Instituto Mexicano del Seguro Social, Servicio de Angiología, Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro Médico de Occidente

Objetivo: Evaluar el sistema de puntaje NISSA, como factor predictivo para decidir la amputación primaria o la revascularización en pacientes con lesión vascular en extremidades inferiores.

Material y métodos: Es un estudio observacional, longitudinal, descriptivo y retrospectivo. Se recabaron datos de expedientes y pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias con traumatismo en extremidad inferior que presentaban daño vascular, en el Centro Médico de Occidente, Unidad Médica de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, en el periodo de enero de 2004 hasta julio de 2005. Se evaluó el sistema de puntaje NISSA dándole un valor predictivo en su evolución para cada paciente. Se calculó la sensibilidad, especificidad, el valor predictivo positivo, y valor predictivo negativo para examinar

la utilidad del sistema de puntaje. Se cuantificó según el sistema de puntaje NISSA donde se refiere que si presenta un puntaje mayor o igual de 9 el paciente presenta un pronóstico no favorable.

Resultados: Se evaluaron 12 pacientes, todos del sexo masculino, con un rango de edad entre 18 a 49 años (promedio de 32.4 años). Las causas del trauma vascular fueron accidente automovilístico, en nueve casos; tres, heridas por arma de fuego; cinco, con trauma vascular poplíteo, de los cuales tres terminaron amputados y siete con lesión de predominio femoral; de éstos, dos terminaron en amputación. Las causas fueron en dos casos, datos de isquemia irreversible posterior a la cirugía, uno por infección y dos por lesión extensa de tejidos blandos y pérdida ósea. El marcador total de los 12 pacientes es de 99 con un promedio de 8.25. El marcador promedio de extremidades amputadas fue de 10.2 y de las no amputadas de 6.8. El puntaje promedio de las extremidades amputadas en forma secundaria fue de 10. De los siete pacientes revascularizados exitosamente únicamente tres presentaron secuelas motoras mínimas. Un paciente con un puntaje menor de 9 resultó amputado. Y un paciente con marcador mayor de 9 no evolucionó a la amputación. El manejo en las lesiones arteriales fue colocación de injerto de safena invertido con anastomosis término-terminal. En las lesiones venosas se manejaron con colocación de injerto de vena, reparación primaria o ligadura de ésta. Los resultados dan una sensibilidad de 40%, especificidad de 86%, valor predictivo positivo de 67%, valor predictivo negativo de 67%.

Conclusiones: Los resultados estadísticos no son tan prometedores como lo refiere el autor del sistema de puntaje NISSA en su versión original. Presenta limitaciones que no lo hacen exacto como para formar un criterio absoluto que prediga en 100% el pronóstico de una extremidad. Pero es indiscutible el mejor pronóstico de una extremidad inferior con trauma vascular que presenta un puntaje menor de 9, además, clínicamente es más importante la evolución y pronóstico de estos pacientes. En estudios con muestras más numerosas presentan datos estadísticos más alentadores que sugieren un valor predictivo mejor que el mencionado en este estudio.

Libre
EXPERIENCIA OBTENIDA EN LA REALIZACIÓN DE FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS PARA HEMODIÁLISIS EN EL HGZ No 8 IMSS, CD. DE MÉXICO

Dra. Leticia Arcos Acosta
Hospital General de Zona No. 8 IMSS

Se revisa la evolución de 71 pacientes, a quienes se les realizaron 85 fistulas arteriovenosas para hemodiálisis, en el periodo de noviembre de 2001 a junio de 2005. Se operaron 40 mujeres (56%) y 31 hombres (43%), con una edad que varió de 19 a 75 años.

Se tuvo conocimiento de la etiología de la insuficiencia renal en 67 pacientes (94%): nefropatía diabética (43%), glomerulonefritis (28%), malformación congénita (10%), nefropatía hipertensiva (7%), nefritis tubulointersticial (4.4%), uropatía obstructiva (3%), secundaria a radioterapia (3%), secundaria a lupus eritematoso (1.4%).

Fístulas realizadas: humerocefálicas, 47 (55%); axilohumeral con injerto de PTFE, 18 (21%); radiocefálicas, 14 (16%); asa de safena en muslo cuatro (5%), asa de PTFE en muslo, dos (2%).

De los 65 pacientes con fistulas autógenas se tiene seguimiento en 61 (94%), cinco pacientes (8%) han fallecido, cinco fistulas (8%) fueron permeables, pero no funcionales. Se desmantelaron tres fistulas humerocefálicas, dos (3%) desarrollaron robo a los ocho y nueve meses de realizadas, una (1.6%) condicionó hipertensión venosa con edema incapacitante de la extremidad a los 13 meses. Se han trombosado seis fistulas (10%) dos radiocefálicas a los seis y ocho meses, tres humerocefálicas al mes y a los siete y 13 meses y una con asa de safena en muslo a los seis meses. Tres pacientes requirieron de exploración y/o embolectomía por hematoma y trombosis con recuperación de permeabilidad y función de las fistulas. Permanecen funcionales 42 fistulas (69%), siendo hasta el momento una fistula humerocefálica la de mayor permeabilidad a 43 meses.

De las 20 fistulas realizadas con injerto se tiene seguimiento en 19 pacientes (95%), de los cuales ha fallecido un paciente, se han trombosado cuatro fistulas (21%), dos secundarias a trauma durante la punción a los dos y cuatro meses de realizadas y dos fistulas dejaron de ser funcionales después de 41 y 21 meses de adecuada permeabilidad. Se desmanteló una fistula a los 13 meses por desarrollo de hipertensión venosa que condicionó edema incapacitante de la extremidad. Una paciente requirió de trombólisis por trombosis del injerto recuperando permeabilidad y función de la fistula. Continúan 13 pacientes (68%) con fistula funcional, siendo la de mayor permeabilidad la de 38 meses.

Los resultados obtenidos son los esperados y se encuentran en relación con lo reportado en la literatura.

Ingreso

PREVALENCIA DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN EL HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

Dr. Alejandro Cortina Nascimento, Dr. Venancio Pérez Damián, Dr. José Luis Paz Janeiro, Dr. Isidoro Barrios Cedrún, Dr. Hugo Carrasco González
Servicio de Cirugía Vascular. Hospital Español de México. México, D.F.

Objetivo: Estudiar la prevalencia, manejo y evolución intrahospitalaria de la trombosis venosa profunda (TVP) de los miembros inferiores en el Hospital Español de México.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. Se revisaron los expedientes de los pacientes internados, con diagnóstico de TVP comprobada por Eco Doppler, en el laboratorio vascular del hospital, de enero 2003 a diciembre 2004.

Resultados: Se internaron en el hospital 26,760 pacientes en el periodo del estudio. Se diagnosticaron por Eco Doppler 199 casos de TVP, de los cuales se internaron 145. Lo que nos da una incidencia de 0.6% de los internamientos. Sexo femenino 56% (82) y 44% (63) masculinos. En 85 casos se afectó el lado izquierdo y en 65 el derecho, cinco pacientes tenían afección bilateral. El territorio más comúnmente afectado fue el iliofemoral con extensión distal en 32%, femoral superficial con ex-

tensión distal 24%, venas tibiales y peroneas 14%, femoral común 8%, poplítea con extensión distal 7.3%, poplítea 6% y el resto en proporciones menores. En 18% de los casos se encontró además trombosis del sistema superficial. En 76 de 145 pacientes se identificó algún factor de riesgo, siendo los más importantes: cáncer en 25 pacientes, postoperados 14, patología ortopédica 13, reposo prolongado ocho, TVP previa seis, trombofilia cinco, embarazo dos, sepsis dos y politrauma uno. A 10 de 145 (6.8%) se les colocó filtro de vena cava. La incidencia de TEP documentada por gammagrafía fue de 18% y la mortalidad intrahospitalaria fue de 7.5%.

El manejo fue dado por angiólogos en 52%, internistas 19%, cardiólogos 16%, hematólogo 7% y neumólogo 6%. A 61 pacientes se les administró heparina, a 83 heparina de bajo peso molecular y a uno antiagregantes como manejo inicial y 98 estaban tomando anticoagulantes orales al momento de su alta hospitalaria. En total sumaron 1,385 días de estancia intrahospitalaria, con un promedio de 9.5 días (3-77).

Conclusiones: Es muy difícil definir con precisión la incidencia real de la TVP aguda debido a que un alto número de casos no son diagnosticados, aun así es una enfermedad con una morbilidad elevada. En nuestro hospital solamente la mitad de los casos son manejados por angiólogos.

Libre TRATAMIENTO ENDOVASCULAR PARA ISQUEMIA CRÍTICA DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES EN EL SECTOR ILIOFEMORAL

S. I. Escotto, H. D. Piñón, P. S. Benítez, M. R. Águila, R. V. Aguilar, G. Y. Orea, H. I. Meléndez, R. N. Rodríguez, T. J. M. Rodríguez
México, D.F.

Objetivo: El objetivo del presente estudio es analizar los resultados en los primeros casos de isquemia crítica en las extremidades inferiores en pacientes de nuestro Centro Médico Nacional.

Pacientes y métodos: Se realiza un análisis retrospectivo de los expedientes y estudios arteriográficos de los pacientes con diagnóstico de isquemia crítica que hubieran sido tratados por vía endovascular. Se revisaron los expedientes clínicos de enero de 2003 a enero de 2005, e ingresaron al estudio aquellos pacientes que presentaran como manifestación de isquemia crítica dolor de reposo o alguna lesión trófica, así como ITB menor de 0.30 en la extremidad pélvica afectada y que hubiese sido tratado por vía endovascular sin opción a poder realizarles algún tratamiento quirúrgico tipo revascularización arterial. Se encontraron 14 pacientes que cumplieron dichos criterios de inclusión. La edad promedio fue de 69.5 años con una máxima de 92 y una mínima de 53 años. El seguimiento promedio fue de 10 meses. Cuatro fueron femeninas y 11 masculinos. Diabéticos fueron 42.8%, dos casos presentaban insuficiencia renal incipiente, seis casos enfermedad coronaria concomitante y todos presentaban hipertensión arterial sistémica. El tabaquismo se encontró en 85.7% de los casos. Sólo un paciente presentó miembro pélvico único, 92.8% presentaban dislipidemia, los 14 pacientes tenían dolor de reposo y uno tenía además úlceras isquémicas. Ocho

pacientes tenían lesiones en la arteria femoral superficial, las ocho se clasificaron como TASC B, seis presentaron lesiones en arteria ilíaca común, cuatro TASC A y dos TASC B. El promedio del ITB preangioplastia fue de 0.31. Se colocaron ocho stents tipo Smart (CORDIS), dos tipo Express (Boston Scientific), uno Palmaz Genesis (CORDIS), un Sentinol (Boston Scientific), a dos pacientes no se les colocó stents. Trece abordajes anterógrados y uno retrógrado. En 13 pacientes se tuvo éxito técnico. El éxito clínico y salvamento de la extremidad se presentó en 12 pacientes, uno perdió la extremidad y en el otro se realizó una derivación femoropoplítea con PTFE anillado cónico 7x4 mm. El ITB postangioplastia fue en promedio 0.7, lo cual fue estadísticamente significativo aplicando prueba exacta de Fisher y χ^2 ($p < 0.05$). Se presentaron dos occlusiones agudas postangioplastia que requirieron trombolisis temprana con posterior permeabilidad completa de las arterias de salida.

Conclusión: El tratamiento endovascular es viable y posible en poblaciones de pacientes con diabetes mellitus, así como otros factores de riesgo elevados que tienen amenaza de pérdida de su extremidad.

Libre

EXPERIENCIA INICIAL EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL EN EL HOSPITAL CENTRAL SUR DE PETRÓLEOS MEXICANOS

Dr. Jaime Aguilar Izaguirre, Dr. Luis Gerardo Morales Galina, Dr. Heriberto Hernández Fraga, Dr. Arturo Alon Sánchez Valle, Dr. Gustavo Fink Josephi
Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX Picacho, México, D.F.

Objetivo: Demostrar la eficacia y la seguridad de las endoprótesis tipo Talent® para la exclusión de aneurismas de aorta abdominal infrarrenal.

Métodos: Se describe la experiencia de tres pacientes con aneurismas de aorta abdominal infrarrenal que cumplen con los siguientes criterios de inclusión: pacientes mayores de 50 años, ambos sexos, con aneurisma de la aorta abdominal mayor de 40 mm, asintomáticos o sintomáticos, no rotos, con factores de riesgo asociados a ruptura, cuello del aneurisma mayor de 0.5 cm, calcificaciones menores de 30%, longitud mínima de 8 mm, arterias iliacas sin angulaciones. El estudio preoperatorio de los pacientes constó de tomografía axial computarizada con cortes de 3 mm de distancia y contrastado, aortografía con catéter centimetrado con visualización de arterias iliacas y femorales. Valoración de riesgo quirúrgico con coronariografía en caso necesario, así como protocolo de erradicación de focos sépticos. Los procedimientos se llevaron a cabo en la Sala de Hemodinámica del Hospital Central Sur de Alta Especialidad, con modificaciones para la realización de abordaje quirúrgico de las arterias femorales. Los pacientes fueron evaluados en cuanto a las complicaciones perioperatorias, postoperatorias inmediatas y mediadas con seguimiento promedio de seis meses.

Resultados: Primer caso: paciente masculino de 58 años de edad que cuenta con el antecedente de nefrectomía radical izquierda por cáncer renal con abordaje transabdominal, sin

evidencia actual de actividad tumoral; antecedente heredofamiliar de padre y abuela paterna y bisabuela paterna finados por ruptura de aneurisma de la aorta abdominal. El paciente presentaba una dilatación aneurismática sacular de 6.7 cm x 4.3 cm de diámetro con cuello de 2.3 cm infrarrenal, sin datos de disección ni ruptura, se colocó endoprótesis de aorta abdominal tipo Talent® sin complicaciones transoperatorias, únicamente presentó un seroma inguinal derecho con cultivos negativos. Control postoperatorio con tomografía axial computarizada sin evidencia de endofugas. Segundo caso: paciente masculino de 60 años de edad con antecedente de nefrectomía izquierda por litiasis coraliforme. Cáncer de vejiga tratado con quimioterapia y choque anafiláctico durante la inducción anestésica para la corrección abdominal del aneurisma. El paciente presentaba una dilatación aneurismática de 8.2 x 5.3 cm sin compromiso de iliacas. Se coloca endoprótesis de aorta bifurcada sin complicaciones trans o postoperatorias, con seguimiento a siete meses sin evidencia de endofugas. Tercer caso: paciente masculino de 67 años de edad con hipertensión arterial, nefropatía asociada, portador de litiasis vesicular, el cual presenta aneurisma de aorta abdominal de 11.5 x 8 cm infrarrenal; se realiza exclusión endovascular con elevación de azoados posterior al procedimiento con necesidad de hemodiálisis ahora definitiva con control a cuatro meses sin evidencia de endofugas.

Conclusiones: La cirugía endovascular para aneurismas de aorta abdominal es una buena opción para pacientes con riesgo de intervención quirúrgica transabdominal, pero aún no se cuenta con pruebas suficientes como para suplir el tratamiento convencional, por lo que las indicaciones para dicho procedimiento se deberán tomar con reservas.

Ingreso EXPERIENCIA EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DE ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL INFLAMATORIOS, EN EL PERÍODO DE JULIO DE 2000 A FEBRERO 2005

Dr. G. R. Lucio, Dr. O. C. Velasco, Dr. L. C. Martínez, Dr. M. B. Sánchez, Dr. P.J. García, Dr. G. C. Serrano, Dr. L. M. Quezada, Dr. G. Barrera, Dr. V. H. Navarro, Dr. J. M. Rosales
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, México, D.F.

Objetivo: Revisar la incidencia de un subtipo poco común de aneurismas de aorta abdominal y caracterizar la etiología y patogénesis de esta enfermedad. Resaltar las áreas de controversia, así como la necesidad de realizar un adecuado estudio preoperatorio del paciente antes de la intervención quirúrgica. Y analizar los factores de riesgo para el desarrollo de aneurisma inflamatorio de aorta abdominal.

Métodos: Se utilizó una base de datos en power point, en la cual se realizan los registros de las cirugías llevadas a cabo diariamente en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Se analizaron 218 registros en el periodo comprendido del 7 de julio de 2000 al 24 de febrero de 2005, de pacientes intervenidos de aneurisma de aorta abdominal, de los cuales 22 se registraron como aneurisma inflamatorio de aorta abdominal, así como sus expedientes en el archivo clínico.

Resultados: De los 218 pacientes con diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal, a 22 (10.09%) se les diagnosticó el subtipo de aneurisma inflamatorio; 18 (81.82%) hombres, cuatro (18.18%) mujeres, con media de 66 años (rango 35 a 85 años). La coincidencia con tabaquismo es muy alta, en un rango de 80 a 100% de los pacientes. Noventa por ciento de los pacientes tenía síntomas de dolor de espalda, en flancos y abdominal, 10% de los pacientes eran asintomáticos.

Conclusiones: La incidencia es similar a la reportada mundialmente en este estudio: 10%. El desarrollo de aneurismas es multifactorial con importantes factores genéticos y ambientales. La inflamación juega un papel crítico y su entendimiento favorece uno de los procesos de la enfermedad con varios grados de inflamación. La etiología exacta no está bien establecida, pero puede estar en respuesta a un antígeno endógeno, como péptido derivado de elastina o a un agente exógeno. El ultrasonido es la primera herramienta de diagnóstico en utilizarse; sin embargo, es operador-dependiente, la tomografía es de los principales estudios diagnósticos; sin embargo, actualmente la resonancia magnética se utiliza con mayor frecuencia porque evita la radiación ionizante y es menos nefrotóxica. Se debe realizar una adecuada y detallada historia clínica con el fin de identificar los factores de riesgo, así como un análisis detallado de los estudios de laboratorio y gabinete preoperatorios para establecer un diagnóstico oportuno de aneurisma de aorta abdominal inflamatorio.

Libre

ABLACIÓN DE LA SAFENA INTERNA MEDIANTE LÁSER ENDOVENOSO, PARA EL TRATAMIENTO DEL REFLUJO SAFENOFEMORAL SINTOMÁTICO. NUESTRA EXPERIENCIA (196 EXTREMIDADES)

Dr. Venancio Pérez Damián, Dr. J. Luis Paz Janeiro, Dr. Alejandro Cortina N., Dra. Lucia Sagüí L.
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Español de México

Objetivo: Presentar la experiencia en el manejo de la insuficiencia venosa superficial de los miembros inferiores, mediante la utilización de láser endovenoso para ablación de la vena safena interna, en pacientes con reflujo sintomático.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo, observacional y descriptivo, durante un periodo de 28 meses, de febrero de 2003 a junio de 2005, de pacientes que fueron atendidos en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Español de México y que presentaban signos clínicos de insuficiencia venosa, se les diagnosticó reflujo de la safena interna y/o de la unión safenofemoral y que requirieron tratamiento quirúrgico.

Resultados: Se operaron un total de 117 pacientes en estadios clínicos CEAP: C2-6, EP, ASP, PR. De los cuales 23 fueron del sexo masculino y 94 del sexo femenino con un promedio de edad de 57.3 años (con rangos de 15-83 años), se trataron 196 extremidades inferiores (93 safenas internas derechas, 84 safenas internas izquierdas, 11 safenas externas derechas y ocho safenas internas izquierdas), todos los pacientes presentaban reflujo corroborado por estudio Doppler color.

Todos los procedimientos se realizaron en quirófano, con anestesia general, con mascarilla laringea y todos los pacientes fueron informados del procedimiento láser y firmaron hoja de consentimiento.

Para la ablación láser se utilizaron diferentes tipos de abordaje para la introducción del sistema y se aplicaron dos tipos de impulso: pulsado o continuo con 12 o 15 Watts, se utilizó control ultrasonográfico o Doppler en todos los casos.

Se realizaron estudios Doppler de control a diferentes intervalos para demostrar el efecto térmico del láser sobre la vena. Se aplicó un promedio de 1,645 Joules de energía a cada vena. Se realizaron Doppler de control a las 24 horas, siete, 14, 30, 90 días y al año, la distancia promedio de oclusión a la unión safenofemoral fue de 2.2 cm, todos los pacientes operados mediante ablación láser presentaron algún grado de equimosis o induración en el trayecto de la vena; todos los pacientes caminaron sin ayuda a las 5-6 horas de la cirugía.

Complicaciones: Una paciente presentó trombosis venosa profunda a los cuatro días de operado y en dos pacientes la safena interna se mantuvo permeable.

Conclusiones: En nuestra experiencia se demuestra que la ablación láser de la safena interna es una alternativa viable a la cirugía convencional con una recuperación más rápida, menor dolor, excelente resultado cosmético con el inconveniente de un costo elevado, la necesidad de seguimiento a largo plazo y que se requiere conocimiento en el uso de Doppler.

Resultados: En el grupo endoscópico el tiempo operatorio promedio fue menor (88 vs. 70 min). El promedio de perforantes interrumpidas en el grupo endoscópico fue mayor (4.9 vs. 3.6/caso). Llama la atención que a medida que avanza nuestro estudio el número de perforantes seccionadas es mayor en el grupo endoscópico. El número de días de internamiento fue menor en el grupo endoscópico (2.1 vs. 3.4). No se documentaron complicaciones directamente relacionadas con el procedimiento en ninguno de los grupos durante el tiempo de estancia hospitalaria. Las complicaciones relacionadas al procedimiento en el periodo extrahospitalario se documentaron en mayor número en el grupo abierto (24 vs. 11%). Cabe hacer notar que solamente siete pacientes de los 18 del grupo tradicional estuvieron como sujetos control en el periodo extrahospitalario. Si tomamos en cuenta ese subgrupo el porcentaje de complicaciones relacionadas con el procedimiento se eleva a 42%.

Conclusiones: Consideramos la ISEP como una alternativa mejorada que debe considerarse sola o en conjunto con la safenectomía, dentro del concepto de tratamiento moderno integral de la insuficiencia venosa severa con disfunción de perforantes. Con los datos recabados en este estudio no podemos determinar la superioridad de la técnica endoscópica con relación con los resultados a largo plazo.

Libre

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA. ESTUDIO EN POBLACIÓN MEXICANA

Dr. Miguel Ángel Rosas Flores, Dr. Abel Serrano Lozano, Dra. Karen Henestrosa Peña, Dr. Marco Meza Vudoyer, Dr. José Luis Zárraga Rodríguez, Dra. Nora Sánchez Nicolat, Dr. Hernán Huerta Huerta, Dr. Carlos Ramírez Moreno
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", ISSSTE

Introducción: La insuficiencia venosa crónica es una causa significativa de morbimortalidad a nivel mundial. Se estima una prevalencia, en individuos mayores de 18 años, de 10 a 15% en hombres y de 20 a 25% en mujeres. En México, a pesar de la alta prevalencia, morbimortalidad y los costos que esta enfermedad ocasiona, se desconoce su impacto sobre el funcionamiento físico y emocional y por lo tanto sobre la calidad de vida en la población.

Objetivo: Conocer el impacto en la calidad de vida que ocasiona la insuficiencia venosa crónica en la población nacional.

Métodos: Estudio prospectivo, transversal, observacional, comparativo. Se evaluaron 112 pacientes; los cuales se dividieron en dos grupos: Grupo 1, pacientes sanos; Grupo 2, pacientes portadores de insuficiencia venosa crónica. El diagnóstico de insuficiencia venosa crónica se determinó a través de los hallazgos clínicos encontrados durante la exploración física, clasificando a los pacientes portadores de esta patología, de acuerdo con los seis subgrupos establecidos en el inciso C de la clasificación CEAP.

El instrumento que se utilizó para evaluar la calidad de vida fue el Cuestionario de Salud Short Form 36; esta escala explora ocho dimensiones del estado de salud: función física,

Ingreso
INTERRUPCIÓN SUBFASICAL ENDOSCÓPICA DE PERFORANTES. COMPARACIÓN DE LA EVOLUCIÓN HOSPITALARIA EN RELACIÓN CON LA TÉCNICA TRADICIONAL
Dr. Óscar Villegas Cabello, Dr. César Gálvez, Dr. Carlos Estrada, Dr. Adolfo Leyva, Dr. Luis G. Rodríguez
Programa de Posgrado en Cirugía, Escuela de Medicina del Instituto y de Estudios Superiores de Monterrey, Monterrey, N.L., México

Antecedentes: Las formas severas de la insuficiencia venosa se presentan hasta en 20% de la población económicamente activa. La presentación clínica incluye la presencia de venas varicosas tortuosas y dilatadas asociadas a dolor, dermatitis, hiperpigmentación y úlceras hasta en 2% de la población en general. La interrupción de las venas perforantes tradicionalmente se ha reservado en la mayor parte de los casos para pacientes con úlcera venosa, ya que el abordaje requiere de incisiones que se asocian a múltiples complicaciones locales.

Objetivo: Demostrar que la interrupción subfascial endoscópica de perforantes (ISEP), permite la eliminación precisa de todas las venas perforantes de la pierna, disminuyendo el tiempo operatorio, la estancia hospitalaria y las complicaciones locales del abordaje tradicional.

Métodos: Estudio "ambispectivo" de casos y controles no pareados. Todos los pacientes en etapa 4, 5 o 6. El grupo retrospectivo incluyó 18 casos realizados con técnica convencional en un periodo de cinco años y el grupo prospectivo 22 casos realizados con técnica endoscópica en un periodo de dos años.

Se comparan entre otras variables: el tiempo operatorio, número de perforantes identificadas, días de estancia postoperatoria y complicaciones.

función social, limitaciones del rol: problemas físicos, limitaciones del rol: problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor, y percepción de la salud en general. Esta herramienta es el instrumento genérico más usado actualmente para estimar la calidad de vida en una población determinada. Su puntuación puede ir de 0 a 100, en cada una de sus subescalas, siendo las puntuaciones más altas las que se relacionan con mejor calidad de vida. Se realizó análisis estadístico descriptivo e inferencial, apoyados en el programa SPSS 10.

Resultados: Muestra de 112 pacientes: masculinos 37 (33%), femeninos 75 (67%); edad promedio 45.7, mínimo 18, máximo 84; Grupo I, sanos: 43 (38.4%); Grupo II, portadores de insuficiencia venosa crónica: 69 (61.6%). Cuestionario de Salud Short Form 36: función física: sanos \bar{x} 92.56, DE 9.08, IVC \bar{x} 55.78, DE 23.94; limitación del rol: problemas físicos: sanos \bar{x} 88.15 DE 13.69, IVC \bar{x} 44.52 DE 35.89; dolor: sano \bar{x} 80.98, DE 16.40, IVC \bar{x} 46.63 DE 22.46; percepción de salud general: sano \bar{x} 82.48, DE 18.66, IVC \bar{x} 46.62, DE 14.87; vitalidad: sano \bar{x} 76.23, DE 18.28, IVC \bar{x} 54.65, DE 22.43; función social: sano \bar{x} 81.74, DE 15.67, IVC \bar{x} 65.93, DE 23.98; limitación del rol: problemas emocionales: sanos \bar{x} 85.18, DE 19.55, IVC \bar{x} 70.20, DE 37.54; salud mental: sano \bar{x} 75.94, DE 17.16, IVC \bar{x} 65.22, DE 17.94; total escala salud mental: sano \bar{x} 79.66, DE 14.61, IVC \bar{x} 64.01, DE 20.82; total escala salud física: sano \bar{x} 85.37, DE 10.53, IVC \bar{x} 48.43, DE 18.81. Análisis estadístico inferencial, (prueba *t* de Student): comparando los resultados de las diversas subescalas entre el grupo de pacientes sanos y el grupo de pacientes con IVC, se observó diferencia estadísticamente significativa en los siguientes subgrupos: función física ($p < 0.005$), limitación del rol: problemas físicos ($p < 0.005$), dolor ($p < 0.005$), percepción de salud general ($p < 0.005$) y salud mental ($p < 0.005$).

Conclusiones: Existe un deterioro, estadísticamente significativo, en la calidad de vida de los pacientes portadores de IVC, en las subescalas que valoran la salud física del Cuestionario de Salud Short Form 36, motivo por el cual es indispensable enfocar nuestra terapéutica en solucionar o paliar aquellos aspectos que afecten el entorno físico de nuestros pacientes. Es trascendental continuar el estudio sobre la calidad de vida de nuestra población, valorando, por ejemplo, si nuestro enfoque terapéutico mejora el funcionamiento físico y mental de nuestros pacientes.

Ingreso
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA ASINTOMÁTICA EN PACIENTES SOMETIDOS A, CIRUGÍA MAYOR DETECTADA POR USG DOPPLER DÚPLEX

Dr. Juan Francisco Flores Nazario, Dr. Julio A. Serrano Lozano, Dr. Alfonso Cossío Zazueta, Dra. Nora E. Sánchez Nicolat, Dra. Vanessa Estrada Castañeda, Dr. Marco A. Meza Vudoyra
Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", ISSSTE

Objetivo: Reportar la incidencia de los casos de trombosis venosa profunda en los miembros inferiores, que cursan asintomáticos en pacientes sometidos a cirugía mayor en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, en los meses de mayo y junio de 2005.

Material y métodos: Se seleccionaron 100 pacientes adultos sometidos a cirugía abdominal y pélvica, que no tuvieran ninguna manifestación de TVP, a los cuales se les realizó USG Doppler a las 48 horas del postoperatorio. Estudiándose la compresibilidad venosa, fascismo respiratorio, flujo espontáneo y aumentación, de los sectores femoral, poplitéo, tibial y sóleo.

Resultados: Se sometieron 100 pacientes a rastreo Doppler venoso de miembros inferiores como mínimo 48 horas después de la cirugía y hasta una semana después de ésta. Fueron 61 mujeres y 39 hombres. En ninguno se utilizó heparina profiláctica. En ocho pacientes (dos hombres y seis mujeres) se encontró ausencia total de flujo espontáneo y falta de compresibilidad en alguna de las venas profundas; de los cuales cuatro fueron cirugía de urgencia (dos apendicitis y dos colecistitis) y cuatro programados (dos histerectomías y dos colectomías). Todos cursaron con elevación del dímero D por arriba de 500. A todos los pacientes se les manejó con anticoagulación con heparina convencional y fraccionada en un inicio, y el tratamiento ambulatorio fue con acenocumarina. Los dos pacientes que cursaron con apendicitis ameritaron manejo en la unidad de cuidados intensivos por insuficiencia respiratoria, en ambos el gammagrama pulmonar reportó altas posibilidades de TEP.

El sector venoso más afectado fue el infrapopliteo.

Trombosis venosa profunda por sector según hallazgo de Doppler (Cuadro I).

CUADRO I				
Sector	Casos	Derecho	Izquierdo	Bilateral
Sóleo y tibiales	5	2	2	1
Poplitéo	2	2	0	0
Femoral	1	0	0	0

Conclusiones: La incidencia de TVP asintomática en pacientes sometidos a cirugía pélvica y abdominal fue de 8%. Pese a que hay esquemas bien establecidos y seguros para la profilaxis de la TVP, ésta no se llevó a cabo en estos pacientes. La compresión convencional con medias y vendaje no previno la TVP. Ninguno de estos pacientes cursó con TEP fatal, probablemente por el uso oportuno de anticoagulantes después del estudio. El USG Doppler es un método no invasivo con una aceptable sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de TVP.

Libre

MANEJO ENDOVASCULAR Y QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA VENOSA ILIACOFEMORAL
Dr. Óscar Villegas Cabello, Dr. M. A. Carrillo, Dr. César Gálvez, Dr. Adolfo Leyva, Dr. Luis G. Rodríguez

Programas de Posgrado en Cirugía y Radiología, Escuela de Medicina del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, Monterrey, N.L., México

Antecedentes: El manejo tradicional de la trombosis venosa profunda se ha dirigido convencionalmente a limitar la progresión del trombo existente, prevenir la embolia pulmonar y la trombosis recurrente. Sin embargo, la morbilidad ocasionada por la obstrucción venosa persistente permanece como un problema de salud al establecerse el síndrome posflebitico, reportado hasta en 90% de los pacientes con historia de trombosis iliacofemoral.

Objetivo: Presentar nuestra experiencia inicial y demostrar que el abordaje endovascular asistido por creación de fistula arteriovenosa o por derivación quirúrgica de las lesiones trombóticas crónicas a nivel iliacofemoral es exitoso y mejora notoriamente la calidad de vida de estos pacientes.

Métodos: Estudio prospectivo de casos que inició a partir de junio de 2004. Se incluyeron cinco pacientes, cuatro de sexo femenino. La edad fluctuó entre los 31 y 44 años (36.6 promedio). Todos los pacientes con antecedentes de trombosis venosa profunda manejada con anticoagulación "estándar". Una de las pacientes había sido sometida a implante de filtro en vena cava. El motivo de consulta en todos los pacientes fue dolor y aumento de volumen de la pierna. En dos pacientes la sintomatología era incapacitante. Una paciente con historia de embolia pulmonar documentada. Todos fueron sometidos a venografía diagnóstica. Se documentaron seis obstrucciones de venas iliacas, cuatro de ellas izquierdas y a 100%. Un paciente con estenosis parcial izquierda. Una paciente con trombosis bilateral. En tres pacientes se demostró trombosis de otras venas (una de poplitea, dos femorales superficiales y una de la cava infrarrenal). Todos los pacientes fueron sometidos a angioplastia iliacofemoral con colocación de *stent*. Las pacientes con obstrucción total recanalizadas se manejaron con anticoagulantes por tres meses y posteriormente con antiagregantes plaquetarios.

Resultados: En cinco de las seis obstrucciones iliacas la angioplastia fue exitosa. En una paciente con trombosis de la femoral superficial e iliaca izquierdas se logró recanalizar la porción femoral, pero no así la iliaca y fue sometida a una derivación femorofemoral posterior a la angioplastia femoral. En una paciente se logró recanalizar exitosamente ambas venas iliacas y la cava infrarrenal. Todos los pacientes fueron sometidos a creación de fistula arteriovenosa posterior a la angioplastia. Dos pacientes cursaron con trombosis de la zona de plastia y fueron recanalizados exitosamente. Una de las trombosis fue ocasionada por migración del *stent*. No se presentaron complicaciones sistémicas ni mortalidad. Todos los pacientes reportan mejoría en su calidad de vida.

Conclusiones: El avance en el desarrollo de técnicas endovasculares permite un alto índice de recanalización primaria en casos de trombosis iliacofemoral crónica. El abordaje endovascular se ve favorecido por la creación de una fistula arteriovenosa adjunta al aumentar la velocidad de flujo, disminuyendo los requerimientos de anticoagulación por tiempo prolongado.

Dra. Reyna Isabel Santana Rueda, Dr. Julio A. Serrano Lozano, Dr. Alfonso Cossío Zazueta, Dra. Nora E. Sánchez Nicolat Servicio de Angiología, Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", ISSSTE

Objetivo: Determinar los hallazgos ultrasonográficos por Doppler dúplex después de seis semanas de presentado el cuadro de trombosis venosa profunda en miembros inferiores, en el Servicio de Angiología en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE, en un periodo de seis meses.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional y de corte transversal en 30 pacientes, en un periodo comprendido entre el primero de enero y el 30 de junio de 2005, con antecedentes de trombosis venosa profunda de miembros inferiores, a quienes se les realizó ultrasonido Doppler venoso.

Resultados: Se evaluaron un total de 30 pacientes (64% mujeres y 36% hombres), con rangos de edad entre 35-60 años con ultrasonido Doppler venoso y que presentaban un cuadro clínico mayor a seis semanas de evolución, encontrando los siguientes resultados: El sector más afectado con 40% de casos fue el poplítico, 26% de casos correspondieron al iliofemoral, a nivel femoropoplítico se encontraron 20% de casos y en el segmento femoral 13.3% de casos; de los hallazgos ultrasonográficos encontramos alteraciones en el fascismo y aumentación en 83%, reflujo en un 58%, presencia de trombo intramural 26.6%, engrosamiento de la pared en 17%.

Conclusiones: El estudio muestra la utilidad del ultrasonido Doppler dúplex en pacientes con antecedente de trombosis venosa profunda de miembros inferiores. La mayor afección estructural del vaso encontrada, fue el daño valvular con su consiguiente reflujo, lo que gradualmente es responsable de la mayor sintomatología de los pacientes.

Libre

CIRUGÍA VENOSA DE MÍNIMA INVASIÓN POR RADIOFRECUENCIA EN MÉXICO: EXPERIENCIA EN EL PRIMER AÑO

Dr. David Piñón Holt, Dr. Roberto Piñón Lozano
Hospital MOCEL y Hospital Médica Sur

En el mes de julio del año 2004 iniciamos con el primer procedimiento venoso de mínima invasión utilizando calor mediado por radiofrecuencia (VNUS) *perclosure system*; al momento se han realizado 92 procedimientos en 63 pacientes.

Objetivo: Se evaluaron los siguientes resultados: éxito técnico, éxito de procedimiento, resultados estéticos, complicaciones y grado de aceptación y satisfacción del paciente.

Método: Se realizaron 92 procedimientos en 63 pacientes, 47 del sexo femenino, con una edad promedio de 46 años. Como criterio de inclusión se tomó en cuenta a pacientes con reflujo safenofemoral verificado por ultrasonido con un diámetro máximo de la vena safena mayor de 15 mm y síntomas relacionados con insuficiencia venosa. Dependiendo de los resultados del Doppler preoperatorio, se programó para ablación de safena únicamente, o un procedimiento agregado como ablación de safena accesoria, safena menor, ligadura de perforantes o resección de paquetes varicosos. Todos los pacientes fueron valorados utilizando un Doppler pre y transoperatorio, en donde se corrobora el reflujo safenofemoral y otros

Ingreso

HALLAZGOS ULTRASONOGRÁFICOS EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN MIEMBROS INFERIORES

puntos de reflujo. El procedimiento se realizó a través del generador de radiofrecuencia (VNUS) *perclosure system*, obteniendo acceso venoso a nivel de la rodilla, ya sea a través de una pequeña venodisección o a través de una punción venosa guiada por ultrasonido, navegando el catéter hasta 1.5 cm del sitio de unión safenofemoral, y utilizando rangos de temperatura próximos a los 85 grados centígrados. Los pacientes fueron manejados en forma ambulatoria o con una noche de estancia intrahospitalaria. Se realizó una evaluación clínica y con Doppler a los cinco días del postoperatorio y cada 30 días posteriores al procedimiento.

Resultados: Se reporta un éxito técnico de 92%, con un 8% en quienes no fue posible navegar el catéter de radiofrecuencia hasta el cayado safenofemoral, ya sea por tortuosidad o por perforación de la vena en un segmento saculado. Todos los pacientes en quienes fue posible realizar el procedimiento demostraron una adecuada ablación de la safena en el postoperatorio inmediato y a los cinco días del mismo, presentando un caso de recanalización a los cinco meses del procedimiento. Un caso de edema posterior al procedimiento sin datos clínicos ni ultrasonográficos de trombosis, un caso de trombosis venosa en un paciente durante la cuarta semana del postoperatorio y un caso de quemadura de segundo grado en el sitio de punción del catéter clínicamente no significativo. Todos los pacientes tuvieron un grado de satisfacción elevado hacia el procedimiento y hacia el resultado estético final.

Conclusiones: La ablación de safena con radiofrecuencia es un procedimiento con una alta aceptación por parte del paciente, y al momento reportamos índices de complicaciones similares a aquellas en publicaciones internacionales.

Ingreso PORCENTAJE DE ÉXITO EN EL REABORDAJE DE VENA YUGULAR INTERNA COMO HEMOACCESO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Dr. Juan Narciso Ramírez Robles, Dr. Francisco Llamas Macías, Dr. Olivier Brachet Ize, Dra. Evelin Sánchez Rodríguez, Dr. Marco César Sapiéns López, Dra. Susana Juárez Pulido, Dr. César Nuño Escobar

Instituto Mexicano del Seguro Social, Servicio de Angiología y Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro Médico de Occidente

Objetivo: Evaluar el porcentaje de éxito cuando se reaborda como hemoacceso la vena yugular interna.

Material y métodos: Estudio descriptivo, prospectivo. Se realiza abordaje de venas yugulares internas en pacientes con insuficiencia renal crónica, con el fin de utilizarlos como hemoaccesos, inmediatos, en el periodo de abril a junio de 2005, evaluando el éxito del reabordaje cuando el hemoacceso se logró colocar y obtener flujos de 200 cc o mayores, con resultados expresados en porcentaje.

Resultados: Se llevaron a cabo nueve procedimientos de reabordaje en pacientes entre 16 y 80 años de edad, con un promedio 50.7, de los cuales seis de sexo femenino y tres sexo masculino, con un total de seis (66.6%) de lado derecho y tres (33.3%) lado izquierdo, encuentra finalmente un total de cuatro (44.4%) reabordajes exitosos y cinco (55.5%) fallidos. Siendo el lado derecho con 50% de éxito y tres de seis intentos y lado izquierdo uno (11.1) de tres intentos.

Conclusiones: Con los resultados encontrados se puede concluir que el procedimiento de reabordaje de las venas yugulares internas como hemoaccesos con el fin de prolongar la vida funcional de los hemoaccesos y la vida activa del paciente es válido, ya que se demuestra que un porcentaje significativo de los procedimientos terminó con éxito de funcionalidad aceptable, por lo que vale la pena el intento quirúrgico, ya que en los pacientes que fueron reabordados de forma exitosa no se tuvo que utilizar un nuevo vaso, lo cual significa a largo plazo aumentar las posibilidades de vida para el paciente.

Libre

EXPERIENCIA INICIAL EN EL USO DEL SISTEMA DE FLEBECTOMÍA MOTORIZADA (TriVex) EN EL HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

Dr. Alejandro Cortina Nascimento, Dr. Venancio Pérez Damián, Dr. José Luis Paz Janeiro, Dr. Isidoro Barrios Cedrún, Dr. Alejandro Quiñones

Servicio de Cirugía Vascular, Hospital Español de México, México, D.F.

Objetivo: Presentar nuestra experiencia inicial con una nueva técnica para la resección de paquetes varicosos.

Material y métodos: De enero a mayo de 2005 se operaron 40 pacientes y 71 piernas. Veintinueve del sexo femenino y 11 masculino con un promedio de edad de 61.5 años (39-85), en 37 de ellos se trató la insuficiencia del cayado safeno femoral, en tres casos sólo se trataron los paquetes varicosos. Todos los paquetes varicosos fueron resecados usando el sistema TriVex que consiste en la resección endoscópica de paquetes varicosos utilizando un resector motorizado, una fuente de luz con irrigador y anestesia tumescente. Todos los casos se realizaron bajo anestesia general.

Resultados: Se resecaron los paquetes varicosos en todos los pacientes incluyendo algunos trombosados, todos los pacientes deambularon sin asistencia a las cuatro horas de la cirugía y fueron dados de alta del hospital al día siguiente. El tiempo quirúrgico es menor que utilizando la técnica convencional para la resección de los paquetes varicosos. El resultado cosmético fue satisfactorio en todos los casos.

La única complicación que encontramos fue la presencia de hematomas en el postoperatorio teniendo una incidencia mayor en pacientes mayores de 70 años y en aquellos en los que se resecaron paquetes varicosos en el tercio medio y superior del muslo. No hubo en nuestra serie ninguna complicación cutánea ni neurológica.

Conclusiones: El TriVex es una alternativa más para la resección de los paquetes varicosos, disminuye el tiempo quirúrgico, requiere de un menor número de incisiones. Remueve venas de todos los tamaños y características (cicatrices, venas previamente tratadas o trombosadas) y permite tratar zonas ulceradas. Con un buen resultado cosmético, con poco dolor y recuperación rápida.

No trata el reflujo safeno femoral, mismo que requiere ser manejado con cualquiera de las técnicas existentes actualmente.

Libre

IATROGENIA EN TRAUMA VASCULAR

Dr. A. Homero Ramírez G, Dra. Yolanda Pérez V

Hospital General de Uruapan "Dr. Pedro Daniel Martínez", SSM

En la medicina actual, está bien establecida la necesidad de invadir el aparato cardiovascular; esto permite realizar diversos procedimientos médicos; obtener información hemodinámica de los pacientes; además de realizar cirugía endovascular. Dichos procedimientos pueden ocasionar iatrogenia. Otro tipo de iatrogenia es: cuando se omiten o no se reconocen las lesiones vasculares; lo anterior enfrenta al paciente a complicaciones, con secuelas permanentes y con estancias hospitalarias prolongadas.

Objetivo: Presentar nuestra experiencia en iatrogenia en trauma vascular; para valorar la trascendencia de estos problemas y su repercusión en la necesidad de procedimientos complementarios, en el tiempo de hospitalización de los pacientes, y en los resultados finales.

Pacientes y métodos: De 1982 a 2005 hemos atendido 19 pacientes con iatrogenia; fueron 12 pacientes del sexo masculino y siete del femenino; cinco pacientes menores de 10 años; los demás pacientes variaron de 19 a 70 años. Fueron agrupados en: iatrogenia por omisión siete pacientes y en iatrogenia por comisión 12 pacientes.

Resultados: Los datos predominantes fueron: dolor y ausencia de pulso en el miembro afectado y estado de choque. Los tipos de trauma fueron: ocho laceraciones, ocho secciones, una contusión y trombosis, una disección de pared y una ligadura. De los pacientes, 58% se intervinieron dentro de las primeras ocho horas, 21% después de ocho horas y 21% no fueron intervenidos quirúrgicamente. Las reparaciones fueron básicamente: anastomosis término-terminal y derivación interponiendo un segmento de vena safena.

Los resultados finales fueron: en los pacientes con lesiones por omisión: tres muertes, una amputación, dos secuelas neurológicas permanentes y sólo un paciente con evolución normal. En los pacientes con lesiones por comisión tuvimos: 11 pacientes con evolución normal; sólo una amputación y no hubo lesiones permanentes ni muertes.

Conclusiones: Las lesiones por comisión generalmente se identifican en cuanto se producen, lo cual permite una reparación inmediata y evita complicaciones, evolucionando la mayor parte de los pacientes en forma normal sin secuelas. Las lesiones por omisión son sospechadas e identificadas en forma más tardía, lo cual prolonga la hospitalización, obliga a procedimientos quirúrgicos extras, y aumenta el porcentaje de mortalidad y de secuelas permanentes.

**Ingreso
CIRUGÍA DE RECONSTRUCCIÓN AÓRTICA SIN SAN-
GRE HEMODILUCIÓN NORMOVOLÉMICA AGUDA CON
INFUSIÓN DE PERFLUOROCARBONO EN CIRUGÍA DE
AORTA SIN TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS EN
EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO
NACIONAL "LA RAZA", UNIDAD MÉDICA DE ALTA ES-
PECIALIDAD**

Dr. Carlos Flores Ramírez, Dr. Alfonso Cossío Zazueta, Dra. María Elizabeth Enríquez Vega, Dr. Juan Diego López Pesántez, Dra. Cintia Mariana Flota Ruiz
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza", Unidad Médica de Alta Especialidad

Objetivo: Analizar y reportar los resultados obtenidos de la hemodilución normovolémica aguda (HNA) en cirugía de aorta

en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza", Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) IMSS.

Material y método: Se realizó un estudio de cohorte, tangencial, descriptivo y observacional directo en donde se incluyeron tres pacientes con diagnóstico de aneurisma aórtico abdominal o enfermedad aortoiliaca que requirieron de cirugía de reconstrucción aórtica y en los que el uso de transfusión alógica de sangre no fuera una opción aceptada por el paciente por principios ético-religiosos o en los que representara factor de alto riesgo para el paciente tales como reacciones de hipersensibilidad o trastornos de la coagulación, durante el primer semestre del año 2005 en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. La alternativa a la transfusión de hemoderivados fue la hemodilución normovolémica aguda, procedimiento que actualmente se aplica ampliamente en cirugía cardiaca como opción para disminuir los requerimientos de sangre y sus derivados. Durante la inducción preoperatoria se sometió a los pacientes a HNA con 30% del volumen circulante, reposando tal volumen con una solución de perfluorocarbono, previa prueba de hipersensibilidad; posteriormente el volumen circulante obtenido de la HNA se reperfundió durante el transoperatorio agregado al volumen obtenido por medio del recuperador celular, sin utilización de hemotransfusión alógica y durante el postoperatorio inmediato y mediato se vigiló estrechamente el estado clínico y se monitorearon los parámetros bioquímicos de los pacientes estudiados.

Resultados: En el primer semestre de 2005, tres pacientes fueron operados de reconstrucción aórtica, todos masculinos con una edad comprendida entre 45 a 70 años, con una media de 56 años. Dos con diagnóstico de enfermedad aorto-iliaca y otro con aneurisma aórtico abdominal. Vigilados durante el transoperatorio y postoperatorio inmediato y mediato presentaron estabilidad hemodinámica que no indicó hemotransfusión alógica y las cifras de hemoglobina fueron 16.6, 14.8 y 14.3 en el preoperatorio durante las dos primeras dos horas del postoperatorio: 13.9, 12.1 y 13.0 g/dL, a las primeras 24 horas: 11.1, 11.8 y 10.9, al tercer día: 10.9, 11.5 y 10.5 para los pacientes 1, 2 y 3, respectivamente. Sin complicaciones posquirúrgicas o hemorrágicas y sin alteraciones bioquímicas, lo que no indicó hemotransfusión alógica durante el término de la recuperación de los pacientes.

Conclusión: La hemodilución normovolémica aguda con infusión de perfluorocarbono fue una opción segura y eficiente en pacientes que no aceptaron o que tenían alto riesgo para hemotransfusión y que requirieron cirugía de reconstrucción aórtica.

Libre

**¿ES UNA CLÍNICA DE HERIDAS UN CONCEPTO QUE
EL ANGÍÓLOGO Y CIRUJANO VASCULAR MODERNO
DEBE MANEJAR?**

Dr. R. Rodríguez, Dr. H. Piñón, Dr. P. Benites, Dr. M. Cobo, Dr. T. Rodríguez, Dr. S. Escotto, Dr. M. Águila, Dr. R. Aguilar, Dr. H. Meléndez, Dra. G. Orea, Dr. Mendoza
Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE

Un elevado porcentaje de la Consulta Externa pública y privada de todos los angiólogos y cirujanos vasculares en cual-

quier país está relacionado con el manejo de heridas crónicas y se considera al angiólogo como un experto en el manejo de la mayoría de las heridas crónicas; sin embargo, ¿es esto verdad?, ¿realmente el cirujano vascular moderno está capacitado para manejar cualquier herida crónica de la misma forma como manejan hoy las técnicas endovasculares, de mínima invasión, la cirugía arterial y venosa clásica o los fabulosos métodos diagnósticos invasivos y no invasivos con los que contamos?

Bajo esta óptica presentamos los resultados iniciales de la clínica de heridas que forma parte del Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE en la Ciudad de México. Nuestro objetivo es presentar de forma preliminar los resultados de la clínica de heridas de este centro médico de un año cuatro meses de creación.

Los protocolos y la organización de dicha estructura así como el impacto directo sobre la población de nuestra consulta y el costo-beneficio de ordenar a este grupo de pacientes evaluando de forma directa los resultados y ver de forma más real y objetiva lo que estamos haciendo por este grupo de pacientes. De junio de 2004 a octubre de 2005 se recibieron 74 pacientes en la clínica de heridas, todos ellos con heridas de más de seis semanas de evolución, los cuales se clasificaron de la siguiente manera: lesiones de origen venoso, 28 (37.8%); Sx. postflebitico, seis (8%), lesiones de origen arterial, cuatro (5.4%); pie diabético isquémico, 14 (18.9%); pie diabético neuropático, seis (8.1%); fasciotomías, siete (9.4%); úlceras mixtas (venosa y arterial), cuatro (5.4%); y atípicas, cinco (6.7%), las cuales son tres pacientes con vasculitis, un paciente con crioglobulinemia y uno con pioderma gangrenoso. El diagnóstico se realizó de forma clínica con apoyo de los servicios de Dermatología, Dermatopatología y Cirugía Plástica.

El seguimiento lo realizamos de forma gráfica y objetiva con planimetrías utilizando el sistema Visitrak.

A través del protocolo establecido en la clínica de heridas, se han logrado cerrar 80% de las úlceras venosas, 70% de los pacientes con pie diabético neuropático, 80% de las fasciotomías y 50% de las úlceras mixtas. Existe un ahorro institucional a través de una menor estancia hospitalaria y de un decreciente número de curaciones por medio de los sistemas avanzados de cuidado de heridas; que a su vez permite una velocidad de cierre superior y una satisfacción mayor del paciente.

Libre UTILIDAD DEL TRATAMIENTO COADYUVANTE CON GLICOFOSEPTICAL COMO INMUNOMODULADOR EN LESIONES DEL PIE DEL DIABÉTICO

Dr. Julio A. Serrano Lozano, Dr. Marco Antonio Meza Vudoyra, Dr. Miguel Ángel Rosas Flores
México, D.F.

Las lesiones en extremidades inferiores son complicaciones significativas en pacientes con diabetes mellitus. Se presentan en 15% incrementándose de 15 a 40 veces el riesgo de amputación, pudiéndose causar la muerte en 20 a 35%. La patogénesis que es multifactorial, tiene un componente neuropático, vascular e inmunológico. Hay evidencias de que existe una disfunción inmunitaria asociada con esta enfer-

medad, que incluye deterioro de la quimiotaxis de las células polimorfonucleares de la fagocitosis; la destrucción microbiana intracelular y disminución de la actividad de las células T. Desde hace dos décadas se iniciaron los estudios en nuestro país con un producto extraído de *Candida utilis*, denominado glicofosopeptical, al cual se le ha encontrado actividad favorecedora de la respuesta inmunitaria celular. Objetivo: Determinar la seguridad, tolerancia y efecto del glicofosopeptical como parte del tratamiento de pacientes con pie diabético.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes con edad mayor de 18 años, con diagnóstico de diabetes mellitus, con lesiones en una o las dos extremidades inferiores, con clasificación de Wagner III a V y con integridad de la vía oral. Se recabó consentimiento informado. Se excluyeron pacientes que se encontraran recibiendo algún medicamento con acción semejante al del estudio, neoplasias, discrasias sanguíneas, infección por HIV, enfermedad hepática, trasplante de órganos previa, embarazo, lactancia o falla orgánica múltiple secundaria a septicemia. Se realizó evaluación clínica inicial de las lesiones y del estado vascular de la extremidad, al cual se le dio seguimiento durante seis semanas y posteriormente al mes finalizando dicho periodo. Durante este tiempo se administró un gramo de glicofosopeptical cada ocho horas. Se determinó en tres ocasiones biometría hemática, pruebas de funcionamiento hepático, química sanguínea, LDH y proteína C reactiva incluyendo una medición basal antes del inicio del tratamiento. Por otro lado, se realizó prueba de fagocitosis y generación de radicales citocidas del oxígeno con NBT (nitroazul de tetrazolo).

Resultados: Se incluyeron un total de 36 pacientes, todos con diabetes mellitus tipo 2, 20 mujeres y 16 hombres, se presentaron cuatro eliminaciones; dos por abandono del tratamiento y dos por reacciones adversas al medicamento (cefalalgia y diarrea). Se realizaron dos amputaciones mayores (una supracondilea y una infracondilea).

Conclusión: El uso de glicofosopeptical como coadyuvante del tratamiento de pacientes con pie diabético es seguro. No aumenta la cantidad de fagocitos, pero sí incrementa la capacidad fagocítica y lítica de los mismos.

Libre

CIERRE TEMPRANO DE ÚLCERA VENOSA CRÓNICA, TRATAMIENTO CON SISTEMA DE COMPRESIÓN: VENDA ELÁSTICA DE ÓXIDO DE CINC

Dr. Miguel Ángel Sierra Juárez, Dra. Vianey Ramírez León, Dra. Guadalupe Alvarado de León, Dra. Montserrat Fuentes Carrasco

Centro Médico ISSEMYM, Toluca, Estado de México

Objetivos: Demostrar los resultados del cierre de úlceras venosas crónicas con sistema de compresión con venda elástica. **Métodos:** A 12 pacientes con úlceras venosas crónicas, de estos tres con úlceras bilaterales sin compromiso arterial, se les aplicó sistema de compresión elástico a 15 úlceras venosas de extremidades inferiores con retiro del mismo a los siete días para su recolocación. Con seguimiento durante 12 semanas con control fotográfico, medidas y anotación de las

condiciones de la úlcera, además de acudir al Servicio de Nutrición para control del sobrepeso.

Resultados: De 15 úlceras de extremidades inferiores con edad media de 58 años, sexo masculino seis y femenino seis, sobrepeso promedio 68 kg y un tiempo medio de evolución de cinco años. Con una distribución anatómica de siete en pierna derecha (cinco en cara interna y dos en externa), ocho en izquierda (cuatro en cara externa y cuatro cara interna). Se logró el cierre de úlcera venosa a 12 semanas en 10 casos en 70% y cinco casos 30% no cerraron, tamaño promedio de la úlcera a lo largo de 7.5 cm y a lo ancho de 4.2 cm, un promedio de cicatrización de 0.4 cm por semana a lo largo de la úlcera y 0.3 cm a lo ancho, en los pacientes que no se logró el cierre, el tamaño fue mayor a más de 6 cm con abundante secreción durante más de seis semanas y edema en porcentaje 50%.

En los pacientes que lograron el cierre se apreció disminución del edema de la extremidad y recuperación de las condiciones de la piel con resolución de proceso inflamatorio en las primeras seis semanas e inicio de la granulación a la séptima semana.

Conclusiones: La terapia con sistema de compresión más óxido de cinc es una alternativa para el cierre temprano de úlceras venosas crónicas, ya que además de permitir el retorno venoso mejora las condiciones de la piel acelerando el cierre de las úlceras venosas. Los pacientes con úlcera menor a 6 cm con el sistema de compresión lograron su cierre a 12 semanas en 100%.

Libre

ANÁLISIS TÉCNICO EN FILTROS DE VENA CAVA, EXPERIENCIA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”, ISSSTE

Dr. Roberto Águila Márquez, Dr. T. Rodríguez, Dr. N. Rodríguez, Dr. S. Escotto, Dr. M. Cobo, Dr. P. Benites, Dr. H. Piñón, Dr. G. Orea, Dr. R. Aguilar, Dr. H. Meléndez, Dr. H. Mendoza
Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” ISSSTE

Introducción: El Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” se caracteriza por ser un hospital de formación para médicos especialistas.

Justificación: Es de importancia para el médico en etapa de entrenamiento, analizar las ventajas y desventajas en los diferentes tipos de filtros de vena cava más frecuentemente utilizados.

Objetivo: Analizar las ventajas técnicas y posibles complicaciones en la instalación de cinco diferentes variedades de filtros de vena cava.

Métodos: De enero de 2003 a julio de 2005 se instalaron: 44 filtros de vena cava, 18 tipo TRAPEASE, 10 tipo SIMON NITINOL, ocho tipo GREENFIELD, seis tipo VENATECH y dos tipo GÜNTER TULIP. Veintiséis pacientes fueron masculinos y 17 femeninos presentando una edad media de 49.4 años.

Resultados: Las indicaciones más frecuentes fueron: 1) Diagnóstico de tromboembolia pulmonar recurrente a pesar de adecuados niveles de anticoagulación oral, 2) Pacientes con trombosis venosa profunda más contraindicación para

anticoagulación oral, las cuales representan indicaciones ABSOLUTAS para instalar filtro de vena cava. Se presentaron cuatro pacientes con indicaciones RELATIVAS, las cuales fueron: 1) Tres pacientes con diagnóstico de tromboembolia pulmonar y síndrome antifosfolípidos y 2) Paciente con diagnóstico de choque espinal con fractura cervical. No se presentó mortalidad asociada a la instalación de los diferentes tipos de filtro de vena cava, todos los pacientes han tenido un seguimiento clínico y radiológico posterior a la colocación del filtro.

Conclusiones: En la actualidad el entrenamiento Endovascular es indispensable para la formación de nuevos cirujanos vasculares. Se deben conocer las indicaciones ABSOLUTAS y RELATIVAS para la colocación de filtros de vena cava. Los cinco diferentes tipos de filtros colocados en este hospital han demostrado en el seguimiento ser eficaces. Sin embargo, el filtro de Greenfield presentó el menor índice de desplazamiento en su colocación, mientras que el sistema de entrega más fácil es el de Trapease y Venatech, el filtro de vena cava con mayor desplazamiento en su colocación es el Simon Nitinol.

Libre

TRATAMIENTO TÓPICO CON MIEL DE ABEJA DE LA HERIDA QUIRÚRGICA ABIERTA POR AMPUTACIÓN DE DEDO DEL PIE DIABÉTICO

Dr. Carlos de Jesús Correa Medina

Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional del Sureste “Lic. Ignacio García Téllez” IMSS, Mérida, Yucatán, México

Objetivo: La presente investigación tiene como propósito fundamental determinar si la rapidez de regeneración linear del borde de la herida posterior a amputación quirúrgica de dedo de pie diabético, tratada tópicamente con miel de abeja, es mayor que el de la tratada convencionalmente.

Diseño: Ensayo clínico controlado.

Sitio: Unidad de tercer nivel de atención médica: Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional del Sureste “Lic. Ignacio García Téllez”, IMSS, Mérida, Yucatán, México.

Pacientes y método: Se incluyeron pacientes con DM 2, de uno y otro géneros > 30 años con herida reciente, resultado de la amputación transmetatarsiana de dedo de pie, llevada a cabo cuando presentaba una lesión en estadios III A o III B de Armstrong. Se les asignó aleatoriamente a tratamiento tópico con miel de abeja o con solución salina al 0.9% (solución fisiológica) en gasa, una vez al día. El día posterior a la amputación del dedo, se efectuó la primera toma de perímetro y área de la herida resultante, en tanto que la segunda se hizo a los 60 días de la primera, ambas tomas como resultado de calcar en acetato estéril el borde de la herida y analizadas por computadora utilizando el programa SigmaScan-Pro 5.0 (SPSS de México). Las medidas resultantes se analizaron con la fórmula de Gilman. Se tomó como criterio de eficacia de la intervención la mayor rapidez de regeneración del borde de las heridas tratadas con miel.

Resultados: Se estudiaron 40 pacientes. La edad promedio para el total de la muestra fue 57.9 + 9.9 (36 a 75 años). Veinte recibieron tratamiento tópico con miel de abeja y 20 con solución salina al 0.9%. Al comparar la velocidad de re-

generación de la herida entre grupos de tratamiento, la media para el grupo tratado con miel fue de 0.18294 mm/día + 0.10718 y para el grupo tratado convencionalmente fue de 0.16111 mm/día + 0.10497 ($p = 0.51$). Al analizar la presencia de complicaciones relacionadas con el tratamiento, 27 pacientes (67.5%) estuvieron libres de las mismas.

Conclusión: El tratamiento tópico con miel de abeja no condicionó mayor rapidez de regeneración linear del borde de la herida quirúrgica que el tratamiento tópico convencional.

Ingreso ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA, MORBIMORTALIDAD A 30 DÍAS, REVISIÓN DEL PROCESO

Dr. Francisco Ibáñez Rodríguez, Dr. Luis Sánchez Escalante, Dr. Bernardo Silva Abad, Dra. Elena Solís Montero, Dr. Guillermo Moreno Ramírez, Dr. Francisco López Ortiz

Centro Médico Nacional del Norte IMSS, N.L., México

Objetivo: Realizar un análisis de la morbimortalidad de los pacientes sometidos a endarterectomía carotídea en el Departamento de Angiología y Cirugía Vascular de la UMAE #34 Centro Médico Nacional del Norte IMSS, N.L., México

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo, de revisión de casos, de pacientes sometidos a endarterectomía carotídea durante el periodo comprendido entre el 1 de diciembre de 2001 y el 31 de diciembre de 2004, se realizó el análisis de los casos por medio de la revisión de los expedientes clínicos de los pacientes, se realizó un análisis estadístico de los resultados empleando medidas tales como porcentajes, desviación estándar, media, frecuencia, correlacionando los factores de riesgo con la morbimortalidad de los pacientes.

Resultados: Durante el periodo antes mencionado se estudiaron 125 pacientes, 84 hombres (67.2%) y 41 mujeres (32.8%) con una edad media de 67.7 años (+ 8.42). Se realizaron un total de 153 endarterectomías carotídeas, en 97 pacientes se realizó endarterectomía unilateral (77.6%) y en 28 bilateral (22.4%) encontrándose una estenosis carotídea de 79.38% (+ 11.45) en promedio. La morbimortalidad de los pacientes postoperados de endarterectomía carotídea fue de 14.3%, con un tiempo de estancia en cuidados intensivos posquirúrgicos de 1.86 días, presentándose una mortalidad de 4% (cinco pacientes), de los cuales la causa directa de la muerte fue infarto agudo al miocardio en 80% de los casos y por edema agudo pulmonar en 20%, se presentó evento vascular cerebral isquémico en 3.9% en el posquirúrgico inmediato; en cuanto a las complicaciones cardiológicas el infarto agudo al miocardio ocupó 4.53% de los casos con una mortalidad cercana a 60%, tres pacientes (1.96%) presentaron angina sin infarto agudo al miocardio, en dos pacientes se presentó emergencia hipertensiva con una mortalidad de 50% de estos pacientes.

Conclusión: En el análisis de los casos encontramos que la morbimortalidad elevada que se presentó en nuestro servicio durante el periodo de estudio, fue principalmente relacionada con patología cardiovascular de los pacientes, lo cual elevó el riesgo quirúrgico reflejado en la alta frecuencia de eventos cardiovasculares posquirúrgicos, con lo que concluimos que la estratificación previa de los pacientes y la valoración del riesgo beneficio de la cirugía carotídea son dos puntos importan-

tes a tomar en consideración al decidir someter al paciente a una endarterectomía carotídea.

Ingreso

SEGUIMIENTO DE PACIENTES SOMETIDOS A AMPUTACIÓN MAYOR EN UN SERVICIO DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

Dr. Bruno Anaya Ascención, Dr. Julio A. Serrano Lozano, Dr. Alfonso Cossío Zazueta, Dra. Nora Sánchez Nicolat, Dr. Hernán Huerta Huerta, Dr. Marco Meza Vudoyra, Dra. Irene Cal y Mayor Turboll, Dr. Miguel Ángel Cisneros Tinoco
Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", ISSSTE

La diabetes mellitus (DM) es la principal causa de amputación no traumática de los miembros pélvicos, las series publicadas en la literatura internacional oscilan entre 50 hasta 70% de los casos de amputación relacionada a DM. Se estima que el riesgo de amputación en pacientes con DM es de 10 a 30 veces mayor que en la población general representando un alto impacto en el costo de la salud pública mexicana, la enfermedad vascular se relaciona con esta patología y sin lugar a dudas la intervención oportuna del cirujano vascular en estos pacientes es primordial para el salvamento de la extremidad o la limitación del daño.

Objetivos: Identificar la principal causa de amputación en un Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, así como el seguimiento de los pacientes sometidos a amputación mayor.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo y observacional, se identificaron el número de amputaciones realizadas desde marzo del 2003 a febrero de 2005, 84 amputaciones mayores. Se buscaron los expedientes clínicos para la identificación de las variables, todos los datos fueron analizados en el sistema estadístico SPSS.

Resultados: Se realizaron 84 amputaciones de miembros pélvicos en el periodo establecido: 54 hombres y 30 mujeres, 61 amputaciones supracondileas, 13 infracondileas y ocho Choupart, únicamente se localizaron 47 expedientes clínicos, 32 del sexo masculino y 15 femenino, mediana de edad 71 años femenino y 63 años masculino, el nivel de amputación fue en 33 pacientes supracondilea, nueve infracondilea y cinco Choupart, de las indicaciones de amputación fue en 68% por pie diabético, de los cuales 34.37% se encontró sin pulsos distales al momento de la amputación y 65.62% con pulsos palpables. En 29.78% la indicación de la amputación fue por enfermedad vascular, y por otra causa en 2.12%, 23.40% de todos los pacientes tuvo revascularización antes de la amputación, seis pacientes derivación femoropoplíteo, tres pacientes con derivación a vasos tibiales, 17% de los pacientes había perdido una de sus extremidades previo a la segunda amputación, con un promedio de tiempo 4.75 años, nueve pacientes fallecieron, en el tiempo de seguimiento con prevalencia de DM en siete pacientes. Doce pacientes fueron enviados a rehabilitación física. Se citó a los pacientes y únicamente acudieron 39, de éstos sólo 11 se movilizan cuatro con prótesis y el resto con otro tipo de apoyo.

Conclusiones: De acuerdo con estos resultados concluimos que en nuestra población, la principal causa de amputación mayor es la DM, hay predominio en hombres como se reporta

en algunas publicaciones y la mortalidad total es de 22.5%, con mayor prevalencia de diabetes mellitus en los pacientes que fallecieron.

Existe una falta de interés por este tipo de pacientes, ya que sólo 25.53% se enviaron a rehabilitación física y el resto no fue enviado.

Ingreso

RESTENOSIS CAROTÍDEA EN POSOPERADOS DE ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA

Dr. A.R. Bacelis, Dr. O. C. Velasco, Dr. L. C. Martínez, Dr. M. B. Sánchez, Dr. P. J. García, Dr. G. C. Serrano, Dr. L. M. Quezada, Dr. G. Barrera, Dr. V. H. Navarro, Dr. J. M. Rosales

Centro Médico Nacional Siglo XXI, México, D.F.

Antecedentes: La restenosis carotídea temprana (< 2 años) posterior a endarterectomía carotídea se define como estenosis mayor de 50% en un paciente posoperado de endarterectomía carotídea y está reportada en 1 a 4% de los pacientes con angiografía de control, y de 9 a 15% en pacientes con control por USG. La restenosis tardía (> 2 años) es de naturaleza aterosclerótica.

Planteamiento del problema: ¿Cuál es la frecuencia de restenosis carotídea posterior a endarterectomía carotídea?

Objetivos:

1. Determinar la frecuencia de restenosis carotídea en pacientes posoperados de endarterectomía carotídea.
2. Comparar las técnicas de endarterectomía carotídea en la frecuencia de la restenosis carotídea.
3. Conocer los factores de riesgo que favorecen la restenosis carotídea.

Diseño Retrospectivo: Longitudinal, descriptivo, observacional. Revisión de casos

Universo de trabajo: Todos los pacientes posoperados de endarterectomía carotídea en el CMN Siglo XXI en el periodo de 2003 a 2005.

Criterios de inclusión:

1. Todo paciente posoperado de endarterectomía carotídea en el periodo mencionado.
2. Pacientes posoperados de endarterectomía por técnica de eversión.
3. Pacientes posoperados de endarterectomía por técnica habitual y cierre primario.
4. Pacientes posoperados de endarterectomía carotídea con colocación de parche de vena e injerto.
5. Pacientes con restenosis carotídea sintomáticos.
6. Pacientes con restenosis carotídea asintomática.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes posoperados de resección de dolicidad y endarterectomía carotídea.
2. Pacientes que recibieron radioterapia.
3. Paciente con enfermedad inflamatoria agregada.

Resultados: Fueron 153 pacientes posoperados de endarterectomía, de los cuales, a 36 se les realizó endarterectomía

y resección de dolicidad, por lo que no fueron incluidos. De los 117, 16 pacientes (14%) presentaron estenosis mayor de 50% en control Doppler y tres fueron sintomáticos con estenosis críticas mayores de 80%, por lo que ameritaron reintervención quirúrgica, realizándoles a dos resecciones e interposición de injerto carótido carotideo y una plastia y colocación de parche. De los pacientes con restenosis carotídea, a todos se les realizó cierre primario con técnica habitual. Los pacientes con restenosis 40% tenían diagnóstico de diabetes mellitus.

Conclusiones: La restenosis carotídea, en la mayoría de los casos, es asintomática. Los casos sintomáticos con estenosis crítica se les deben realizar intervención quirúrgica. Sólo a tres pacientes se les colocó parche de PRFE, por lo que no se puede comparar con los realizados con técnica habitual, ya que el número no es significativo. La incidencia de restenosis es igual a la reportada en la literatura mundial.

Ingreso

REESTENOSIS Y ALTERACIONES HEMODINÁMICAS POSTENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LICENCIADO ADOLFO LÓPEZ MATEOS", ISSSTE

Dr. Luis Ignacio Guerrero Ruiz, Dr. Julio Abel Serrano Lozano, Dr. Alfonso Cossío Zazueta, Dra. Nora Elena Sánchez Nicolat, Dr. Hernán Huerta Huerta, Dra. Vanesa Estrada Castañeda
Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", ISSSTE

Introducción: Diversos estudios muestran una incidencia de reestenosis postendarterectomía carotídea, que va de 2 a 19.3%. Se diferencia la reestenosis en: aguda, por problemas técnicos-quirúrgicos; subaguda, hasta los dos años que en general refleja una hiperplasia miointimal, y crónica, generalmente de origen aterosclerótico. En el ACAS la incidencia acumulada de reestenosis fue de 7.6% entre tres y 18 meses. Con uso de parche venoso la recurrencia fue de 4.6% y sin el uso de parche 16.7%.

Los pacientes sometidos a endarterectomía carotídea deben ser evaluados mediante métodos no invasivos. El ultrasonido Doppler dúplex ha demostrado ser eficaz para cumplir dicho objetivo. Los rangos para velocidad de pico sistólico en la carótida interna se sitúan entre 54 y 88 cm/seg. Se han documentado picos mayores en sujetos normales; sin embargo, cualquier valor que exceda los 100 cm/seg es potencialmente anormal. Existen diversos métodos de medición de la estenosis de la carótida interna por ultrasonido; en el NASCET se toma en cuenta el diámetro menor del vaso entre el diámetro inmediatamente distal al punto de estenosis; en el ECST, entre el límite predictivo de la pared del bulbo, y en el método de la carótida común, entre el diámetro de la carótida común 3 a 5 cm proximal a la bifurcación carotídea.

Objetivo: Conocer el porcentaje de pacientes postendarterectomía carotídea con reestenosis o alteraciones hemodinámicas en el Hospital Regional "Licenciado Adolfo López Mateos", ISSSTE. Observar la relación entre los factores de riesgo con dichas alteraciones.

Método: Estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. Se incluyó a pacientes operados de endarterectomía carotídea, en los cuales el ultrasonido postoperatorio no mos-

trara alteraciones o estenosis residual y con un periodo postendarterectomía no mayor a dos años. Se utilizó un ultrasonido Doppler dúplex color de alta definición, MEDISON SA-6000C, con transductor multifrecuencia, HL5-9 de 40 mm empleando 7.5 MHz.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes, con promedio de edad de 72 años (rango 56 a 84), 14 hombres y 16 mujeres. A 12 pacientes se realizó angioplastia con parche de dacrón. En relación a los factores de riesgo, se encontró hipertensión arterial en 63%, diabetes mellitus en 63%, tabaquismo en 33% y dislipidemia en 46%. El tiempo entre la cirugía y la realización del ultrasonido Doppler dúplex promedio fue de nueve meses. En seis pacientes se encontró una velocidad de pico sistólico mayor a 100 cm/seg, dos hombres y cuatro mujeres. En tres mujeres se encontró una reestenosis con alteración hemodinámica: en dos 40%, y en una 50%, todas asintomáticas; no se encontró reestenosis en hombres. Las tres pacientes con reestenosis (100%) tenían dislipidemia y diabetes mellitus mal controladas y dos con hipertensión arterial (66%). No se encontró reestenosis en pacientes con angioplastia con parche. No se reintervino a ningún paciente.

Conclusiones: A pesar de que los pacientes operados de endarterectomía carotídea permanezcan asintomáticos, es indispensable un seguimiento ultrasonográfico periódico, para identificar aquellos casos con reestenosis. Es necesario modificar y controlar adecuadamente aquellos factores de riesgo identificados para evitar la progresión de la enfermedad. No se mostró presencia de reestenosis en pacientes a los cuales se les realizó cierre con parche sintético.

Ingreso ANEURISMAS AÓRTICOS TORACOABDOMINALES: EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA "ANTONIO FRAGA MOURET"

Dr. Juan Diego López Pesántez, Dr. Alfonso Cossío Zazueta, Dra. María Elizabeth Enríquez Vega, Dra. Cintia Mariana Flota Ruiz, Dr. Carlos Flores Ramírez
Centro Médico Nacional La Raza "Antonio Fraga Mouret"

Objetivo: Analizar la experiencia del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del HECMN "La Raza", en el manejo de aneurismas aórticos toracoabdominales.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo, en el cual se incluyeron pacientes con diagnóstico de aneurisma de aorta toracoabdominal, manejados en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular en el HECMN "La Raza", en un periodo de tres años. Se analizó presentación del cuadro clínico, edad, sexo, extensión del aneurisma, tratamiento quirúrgico, evolución postoperatoria.

Resultados: Desde enero de 2003 a junio de 2005 fueron diagnosticados en el servicio dos pacientes con aneurisma de aorta toracoabdominal. El rango de edad de los pacientes fue entre 47 y 71 años, un caso paciente femenino y uno masculino. El cuadro clínico de presentación de inicio fue en un caso hipotensión, y en el otro trombosis venosa profunda de miembro inferior izquierdo. A un paciente se le realizó tomografía helicoidal y al otro arteriografía. Se empleó la clasificación de Crawford

para determinar la extensión del aneurisma aórtico toracoabdominal, siendo uno tipo III y otro tipo II. El tratamiento fue quirúrgico en los dos casos; se realizó resección del aneurisma más colocación de injerto aorta descendente-aorta terminal con dacrón 18 x 9mm, más anastomosis de arteria mesentérica superior, tronco celiaco, arteria renal izquierda más injerto de vena renal izquierda a vena cava con interposición de vena gonadal izquierda. En el segundo caso se realizó resección de aneurisma, colocación de injerto aortotorácico descendente-bilíaco con injerto de dacrón de 18 x 9mm, más reimplantación de arterias mesentérica superior, tronco celiaco, renal derecha, más nefrectomía izquierda. La evolución postoperatoria fue favorable para un paciente, y fallecimiento al tercer día postoperatorio en otro.

Conclusiones: El aneurisma aórtico toracoabdominal generalmente involucra porciones de la aorta torácica y abdominal, aunque el tipo IV referido como abdominal total requiere acceso a aorta torácica para control vascular; síntomas como hipotensión y dolor agudo son signos de alarma. A pesar de los avances en abordaje endovascular para aorta torácica y abdominal la reparación con injerto en forma convencional sigue siendo el tratamiento de elección para más extensos y complejos aneurismas aórticos toracoabdominales.

Ingreso

CAMBIOS HEMODINÁMICOS DE LA CARÓTIDA CONTRALATERAL POSTERIOR A ENDARTERECTOMÍA. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS", ISSSTE

Dra. Vanessa Estrada Castañeda, Dr. Julio A. Serrano Lozano, Dr. Alfonso Cossío Zazueta, Dr. Juan Francisco Flores Nazario, Dra. Nora Elena Sánchez Nicolat, Dr. Luis Ignacio Guerrero Ruiz

Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", ISSSTE

Objetivo: El beneficio probado de la endarterectomía carotídea está relacionado con el grado de estenosis y, no es infrecuente la presencia de enfermedad bilateral en pacientes identificados como candidatos quirúrgicos; desafortunadamente, pocos son los reportes e incierta la vigilancia de la carótida contraria. La incidencia global de progresión de estenosis contralateral varía desde 4 a 29% e implica un riesgo incrementado de eventos vasculares cerebrales, que se reporta entre 10 y 21%. El propósito del estudio fue documentar la secuencia de progresión de enfermedad en nuestra población hospitalaria, sus posibles consecuencias y como una forma de evaluar nuestro protocolo de manejo.

Métodos: Treinta y dos pacientes sometidos a endarterectomía carotídea unilateral fueron elegidos para seguimiento clínico y ultrasonográfico (Doppler-dúplex) en el laboratorio vascular del hospital. La indicación de estudio preoperatorio fue soplo asintomático en 46.87% y sintomatología neurológica (ataque isquémico transitorio, amaurosis fugax o evento vascular cerebral) en 53.12%. Durante cada visita se investigó la presencia de síntomas neurológicos y se catalogó el grado de estenosis arterial (normal 0-14%, ligera 15-49%, moderada 50-79%, severa 80-99% y oclusión). Se consideró progresión de enfermedad cualquier incremento a una categoría mayor de estenosis para estenosis basales igua-

les o mayores a 50%. Durante el periodo de seguimiento se realizaron endarterectomías contralaterales tardías ante evidencia de síntomas o estenosis de alto grado.

Resultados: Se encontraron 21 pacientes del sexo femenino y 12 del sexo masculino con promedio de edad de 73.3 años (rango 50-85). Un total de 125 estudios Doppler fueron realizados (promedio 3.9, rango 2-6), incluido el aplicado antes de la endarterectomía. El periodo de seguimiento fue de 24 + 5 meses, durante el cual la enfermedad progresó en ocho pacientes (26%). La progresión fue registrada en uno de nueve pacientes (111%) con carótida basal normal, dos de 15 pacientes (13%) con estenosis menor a 50% y cuatro de siete pacientes (57%) con estenosis de 50-79%, y en uno de un paciente (100%) con estenosis de 80-99%. El porcentaje de progresión anual fue de 2.7% por Kaplan-Meir. Ningún factor demográfico y/o clínico correlacionado con progresión de enfermedad fue identificado por análisis univariado.

Como resultado del seguimiento, un total de tres endarterectomías contralaterales tuvieron que ser practicadas (ningún paciente llegó a oclusión carotídea). Nuevos eventos neurológicos relacionados con la distribución carotídea contralateral se presentaron únicamente en dos pacientes (ambos con ataque isquémico transitorio).

Conclusiones: A pesar de los pocos casos sintomáticos en este estudio, el avance progresivo de la enfermedad ateroesclerosa en la carótida contralateral no debe ignorarse. La endarterectomía contralateral realizada con base en el incremento de la estenosis carotídea asintomática, resulta el papel del rastreo Doppler para identificar desarrollo de estenosis severa.

Ingreso

DISECCIÓN DE AORTA ABDOMINAL, EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO "LA RAZA"

Dra. Cintia Mariana Flota Ruiz, Dr. Alfonso Cossío Zazueta, Dra. María Elizabeth Enríquez Vega, Dr. José Ernesto Cruz Castillo, Dr. Carlos Flores Ramírez, Dr. Juan Diego López Pesántez
Hospital de Especialidades Centro Médico "La Raza"

La disección aórtica abdominal aislada es una patología poco frecuente; existen múltiples series; reportan que se presenta de 0 hasta 2.5% del total de pacientes con disección aórtica.

Objetivo: Analizar los casos de pacientes con disección aórtica abdominal del Servicio de Angiología del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza", con base en su

cuadro clínico inicial, diagnóstico, tratamiento y evolución postoperatoria.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, observacional, abierto, en el cual se incluyeron pacientes con disección aórtica abdominal del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital de Especialidades Centro Médico "La Raza", de enero de 1997 a junio de 2005, analizando edad, sexo, cuadro clínico extensión de la disección, tratamiento y evolución postoperatoria.

Resultados: Se incluyeron cuatro pacientes con disección aórtica abdominal. La media de edad fue de 52 años, con un rango de 42 a 60 años, de los cuales tres pacientes eran del sexo masculino y uno femenino. El cuadro clínico inicial en los pacientes se caracterizó por dolor abdominal súbito en dos pacientes, insuficiencia arterial de miembros pélvicos bilateral en un paciente, y unilateral en un paciente. El diagnóstico en todos los casos se corroboró por TAC, aunque con sospecha clínica en tres de los casos. En cuanto a su etiología, sólo uno fue postraumático. Todos los pacientes presentaron disección de aorta abdominal, sin involucrar aorta torácica; en dos de los pacientes existía un aneurisma aórtico abdominal infrarenal, en uno de los casos existió compromiso de arterias renales y mesentérica inferior.

El tratamiento fue quirúrgico en todos los casos, caracterizado en el primer caso por fenestración + colocación de injerto fémoro-femoral de izquierda a derecha de PTFE + disfuncionalización de injerto fémoro + colocación de injerto aortobifemoral de Dacrón. En el segundo caso se realizó colocación de injerto aortobiiliaco de Dacrón; en el tercer paciente se realiza colocación de injerto fémoro-femoral cruzado con PTFE + fenestración aórtica + exploración mesentérica, y el último de los casos se trató con colocación de injerto aórtico femoral derecho e ilíaco izquierdo de Dacrón. La evolución de 75% de los pacientes fue favorable.

Conclusiones: La disección aórtica abdominal aislada es la forma de presentación menos frecuente de la disección aórtica; de acuerdo con lo observado en nuestra experiencia, el síntoma de mayor frecuencia fue dolor abdominal y, en segundo sitio, la insuficiencia arterial de miembros pélvicos se presentó únicamente en 50% de los casos; las complicaciones isquémicas de otros órganos estuvieron presentes sólo en un paciente. El tratamiento quirúrgico abierto tanto fenestración, colocación de injertos anatómicos y extra anatómicos sigue siendo una buena opción para el manejo de estos pacientes, en especial en disección aguda.