

Sociedad Mexicana de Angiología y Cirugía Vascular, A.C. **XLII Congreso Nacional de Angiología y Cirugía Vascular** **Ixtapa Zihuatanejo, Guerrero**

20 de octubre al 2 de noviembre de 2010

TRABAJOS DE INGRESO

ESTUDIO ALEATORIZADO CONTROLADO DE COSTO EFECTIVIDAD DE RESONANCIA MAGNÉTICA EN PACIENTES DIABÉTICOS CON MAL PERFORANTE PLANTAR

Dra. Paola Andrea Rojas Guevara, Dr. Carlos Ramírez Moreno, Dr. Julio Abel Serrano Lozano, Dr. Martín Flores Escartín.
Hospital Lic. A. López Mateos. ISSSTE. México, D.F.

Objetivo: Determinar si el uso de resonancia magnética agregado a la evaluación de los pacientes diabéticos con mal perforante plantar reduce el nivel de tratamiento quirúrgico radical y mejora el pronóstico en estos pacientes, así como también demostrar si el uso de este estudio puede ser costo efectivo.

Método: Es un estudio prospectivo, aleatorizado, controlado, abierto, con grupos paralelos, los cuales se agruparon de manera aleatorizada, con resonancia magnética y el grupo control fue estudiado sin resonancia magnética.

Resultados: En total se estudiaron 33 pacientes, aleatorizados, desde diciembre del 2008 a junio del 2010 (20 sin IRM y 13 con IRM), predominando el sexo masculino en los dos grupos (95 y 69.2%), con un promedio de edad de 52.1 y 53.5, respectivamente. Las variables clínicas estudiadas incluyendo: Años de diabetes mellitus con un promedio de 15.8 ± 7.1 y 14.5 ± 5.7 , cuenta de leucocitos al ingreso con promedio de 11.08 ± 4.5 y 9.44 ± 3.4 , valores de glucosa al ingreso promedio de 236 ± 98 y 267 ± 164 , Clasificación de Wagner promedio de III y II, tratamiento de diabetes predominando glibenclamida y metformina en los dos grupos con 65 y 61.5%, respectivamente, el resto manejado con insulina. Predomino tabaquismo en ambos grupos con 50 y 69%, la localización de la úlcera predominando la base del primer metatarsiano 50 y 46%, y segundo metatarsiano de 25 y 46.2% en los dos grupos. El tamaño de la úlcera de 1×1 predominando en los dos grupos, con ITB de 1 en el 92 y 70% de los pacientes. Encontrando en el cultivo en los dos grupos con mayor frecuencia *Staphylococcus aureus* con 40 y 69.2%. El antibiótico usado predominantemente en los dos grupos fue ceftriaxona y clindamicina con 60 y 69.2%. En la radiografía al ingreso se observó ausencia de lisis ósea en 61.5% y lisis ósea en 15.4% de los pacientes del grupo de resonancia magnética, mientras que en el grupo de resonancia magnética 35% presentaron ausencia de lisis ósea y 35% lisis ósea, corroborado con los resultados de patología. En los dos grupos se encontró ausencia de antecedente de amputación en

60 y 76.9% de los pacientes. En cuanto al uso de calzado, 70 y 76.9% no usa calzado para pie diabético. En las variables estudiadas en el Grupo de resonancia magnética se observó arcos plantares completos en 76.9% de los pacientes, músculos con atrofia en 46.2%, presencia de deformidad ósea en 53.8%, presencia de osteomielitis en 61.3%, lo cual se corrobora con estudio histopatológico.

Conclusiones: No se encontró significancia estadística entre las variables clínicas con $p > 0.05$. Se encontró significancia estadística en el tratamiento entre los dos grupos, con $p < 0.05$, encontrando en el grupo sin resonancia magnética, 20% de pacientes con amputaciones mayores (infracondíleas y supracondíleas), mientras que en el Grupo con resonancia magnética, en 53.9% de los pacientes se realizaron amputaciones menores (de ortijos y transmetatarsianas). Se encontró significancia estadística en la evolución de los dos grupos, con $p < 0.05$, encontrando en el Grupo sin resonancia magnética, 30% de los pacientes en los cuales se tuvo que realizar posteriormente una amputación mayor, mientras que en el grupo con resonancia no se realizó ninguna amputación mayor.

AUMENTO EN LA INCIDENCIA DE TUMOR DE CUERPO CAROTÍDEO EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI, 2007-2009 (MÉXICO, D.F.)

Dr. Roberto López Zepeda
Residente de cuarto año Angiología y Cirugía Vascular. CMN Siglo XXI, IMSS.

Objetivo: Describir la incidencia del tumor de cuerpo carotídeo en pacientes tanto de la Consulta Externa como los sometidos a manejo quirúrgico en el Hospital de Especialidades del CMN Siglo XXI durante el periodo de enero de 2007 a diciembre de 2009, así como los factores de riesgo asociados.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo, en el cual se incluyeron todos los pacientes que acudieron a la Consulta Externa con diagnóstico de tumor de cuerpo carotídeo y los sometidos a manejo quirúrgico durante el periodo de estudio, tomando en cuenta factores de riesgo conocidos como edad, genero, altitud de residencia con respecto al nivel del mar y factores cardiovasculares como diabetes, hipertensión, tabaquismo, obesidad, dislipidemia y cardiopatía. Se incluyeron pacientes de cualquier género, edad,

lugar de residencia y que hayan sido operados en este hospital. Se excluyeron pacientes postoperados en otra institución, con antecedente de radioterapia en cuello y aquéllos con enfermedad inflamatoria sobreagregada. Se calcularon promedios, porcentajes, valores máximos y mínimos.

Resultados: Durante este periodo se incluyeron 60 pacientes de las cuales 34 fueron intervenidos quirúrgicamente, 56 (93%) del sexo femenino y cuatro (7%) del masculino con edades que oscilaron entre 36 y 80 años con promedio de 59 años. El grupo etario más afectado se encontró entre los 51 a 60 años con 23 (38%) pacientes. El principal factor de riesgo conocido y que se asoció a la presencia de glomus carotídeo en nuestra población fue la altura, la cual fue tomada en metros con respecto al nivel del mar, observándose el mayor porcentaje en pacientes originarios y residentes del Distrito Federal y Estado de México con 51 (85%), donde se registra una altura mayor a 2,100 metros sobre el nivel del mar. En nuestra población detectamos una alta asociación de sobrepeso y obesidad con frecuencia de presentación de glomus carotídeo que ocurrió en 51 (85%) pacientes. La hipertensión arterial ocupó el tercer lugar en frecuencia con 36 (60%) de los pacientes. El 82% de los pacientes cursaron con tumoraciones asintomáticas. El cuerpo carotídeo más afectado fue el lado izquierdo con 33 (55%) pacientes. De los pacientes operados el tipo shamblin II fue el más común 24 (75%). El sangrado transoperatorio registrado osciló entre 250 y 500 mL. La lesión del nervio hipogloso ocurrió en cuatro pacientes reportados como shamblin III y una lesión incidental.

Conclusión: El sexo femenino es el más afectado con una relación 9:1 al contrario de lo reportado en la literatura internacional. El factor de riesgo conocido más importante es la altitud; sin embargo, detectamos una alta asociación de sobrepeso y obesidad con la frecuencia de presentación del tumor de cuerpo carotídeo, quizás esto explique el aumento en la incidencia de esta patología.

"ANÁLISIS DE LOS GENES SDHB, SDHC Y SDHD DEL COMPLEJO SDH Y SUS MUTACIONES EN UNA FAMILIA MEXICANA CON PARAGANGLIOMA CAROTÍDEO"

Dra. Nidia Yerith Cerecer Gil, Dr. Luis Figuera, Dr. Jean Pierre Bayley, Dr. José Gabriel Escamilla Cázares, Dr. Francisco Javier Llamas Macías, Dr. Carlos Rubén Ramos López, Dra. Trinidad Pulido Abreu, Dr. César Nuño Escobar, Dr. Gerardo Estrada Guerrero, Dr. Mauricio Lara Michel, Dr. Manuel Sánchez Enciso, Dr. Héctor Herrera Flores, Dra. Cintia Martínez Macías.
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, CMNO IMSS, Guadalajara, Jalisco, Méx.

Objetivo: Conocer y confirmar la existencia de la mutación del gen SDH en familia mexicana, como factor predisponente para el desarrollo de PGL carotídeo. Y establecer los hallazgos como prueba para un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Métodos: Captación de individuos con diagnóstico clínico de PGL en la Consulta Externa de Angiología y CV (Elaboración de Historia Clínica, AngioTAC de troncos supraórticos, árbol genealógico, realización de cirugía y estudio histopatológico). Toma de muestras de sangre y extracción de ADN por el método de Miller. Se enviaron muestras a la Universidad de Leiden,

Holanda, para estudio molecular en búsqueda de mutaciones en los genes SDHD Y SDHB. Se realizó secuenciación bidireccional utilizando el secuenciador genético 3730(Applied Biosystems, Foster City, CA). La secuencia fue desarrollada empleando Primers establecidos. Las mutaciones fueron descritas de acuerdo con las recomendaciones de la Sociedad de Variación del Genoma Humano. Realización de Inmunohistoquímica del gen SDHB, usando anticuerpos primarios antagonistas de SDHB, rabbit policlonal HPA002868 (Sigma-Aldrich Corp; St. Louis, MO, USA; 1:500).

Resultados: Dos pacientes, integrantes de una misma familia, nacidos y residentes de Guadalajara, Jal. Se encontró la presencia de PGL carotídeo Shamblin III, en un caso fue bilateral, incluyendo un tumor recurrente maligno muy agresivo. El estudio del árbol genealógico muestra un aparente patrón autosómico recesivo, aunque una mutación dominante germinal no se puede descartar. El análisis de la mutación identificado, fue una mutación patogénica missense en el exón 7 del SDHB, c.689G> A, p.Arg230His, en los dos pacientes, un tercer integrante también fue analizado para la mutación, encontrando exactamente la misma alteración; sin embargo, no ha desarrollado la enfermedad. La inmunohistoquímica mostró la pérdida de la proteína SDHB, confirmando el hallazgo.

Conclusiones: El paraganglioma familiar es una patología infrecuente cuya causa genética, actualmente está bien establecida con base en la mutación relacionada con los genes SDHD, SDHC y SDHB. En este estudio se demostró que uno de los genes (SDHB) que se ha encontrado mutado, en la mayoría de los casos reportados en la literatura mundial en población europea, también se encontró en nuestra población mexicana, pero además se encontró una asociación peculiar con el que los pacientes hayan vivido a grandes alturas sobre el nivel del mar como un factor más, predisponente para desarrollar la enfermedad, factor que no ha sido relacionado con PGL de otras poblaciones. Por lo que éste es el primer informe de una mutación del gen de SDH en paraganglioma asociado a grandes alturas sobre el nivel del mar. Además un PGL de cabeza y cuello recurrente es un hallazgo muy raro en portadores de la mutación SDHB. La identificación de estos genes y la búsqueda de mutaciones relacionados con esta entidad en miembros de familias de alto riesgo, permitirá la detección y tratamiento precoz de estos tumores, reduciendo potencialmente la incidencia de morbilidad quirúrgica, la cual se relaciona con el tamaño y extensión del tumor.

EFICACIA DEL CILOSTAZOL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA EN EL HOSPITAL 20 DE NOVIEMBRE

Dra. Josefina Sánchez Vergara, Dr. Juan Miguel Rodríguez Trejo, Dr. Ignacio Escotto Sánchez, Dr. Neftalí Rodríguez Ramírez
HECMN 20 de Noviembre, México, D.F.

Introducción: La enfermedad vascular periférica es un signo de aterosclerosis generalizada y la claudicación intermitente ocurre como resultado de isquemia muscular, que es el primer síntoma de la enfermedad arterial oclusiva periférica, y a la vez incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad cardíaca.

El objetivo del tratamiento de la enfermedad vascular periférica es prevenir la progresión de la enfermedad, alivio de la sintomatología, así como mejorar la calidad de vida diaria. El índice de mortalidad de los pacientes con claudicación intermitente es alto. El 20% en los primeros años después de haber realizado el diagnóstico y 80% de estos pacientes fallecen por eventos cardiovasculares. El cilostazol es un inhibidor de la fosfodiesterasa y actúa como un antiagregante plaquetario con efectos vasodilatadores. Otro beneficio agregado es el cambio en los niveles séricos de lípidos y la inhibición en la proliferación del músculo liso. Estudios han demostrado mejoría en la distancia absoluta de caminata en los pacientes con claudicación.

Objetivo: Investigar Los factores de riesgo para la claudicación y complicaciones en la historia natural de la enfermedad.

Material y método: Estudio observacional de cohorte, 36 pacientes de la Consulta Externa del Servicio de Angiología, se les dio seguimiento por dos años. A todos los pacientes se les realizó evaluación de los factores de riesgo cardiovascular, medición del ITB con el cual se determinó la presencia de enfermedad arterial periférica. De los 36 pacientes, 18 pacientes fueron tratados con cilostazol y un programa de caminata supervisada, además del tratamiento requerido para el control de los factores de riesgo. El resto de los pacientes recibió el tratamiento médico para el control de factores de riesgo, así como el programa de caminata supervisada.

Resultados: Pacientes con tratamiento de cilostazol mostraron mejoría significativa en el índice tobillo brazo. En el seguimiento 6.3% de los pacientes presentaron eventos cardiovasculares, intolerancia dos pacientes motivo de suspensión, un paciente presentó isquemia cerebral transitoria, y 11.1% de los pacientes no mejoró, por lo cual tuvieron que ser sometidos a revascularización infrainguinal endovascular y cirugía abierta.

Conclusiones: En el tratamiento de pacientes que presentan claudicación, se observó mejoría de la distancia de caminata absoluta, y aumenta el índice Tobillo Brazo de forma significativa en el grupo de pacientes a los que se les agregó cilostazol. Así como disminución de los eventos cardiovasculares y cerebrovasculares.

"PREVALENCIA DE ESTENOSIS CAROTÍDEA ASINTOMÁTICA EN PACIENTES CON CLAUDICACIÓN DE EXTREMIDADES INFERIORES"

Dr. Héctor Tomás Herrera Flores; Dr. Francisco Llamas Macías; Dr. Rubén Ramos López; Dr. César Nuño Escobar.
Centro: Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. UMAE, Hospital de Especialidades CMNO, IMSS, Guadalajara, Jalisco, México.

Objetivo: Determinar la prevalencia de estenosis carotídea asintomática en pacientes con claudicación e identificar los factores de riesgo asociados.

Diseño del estudio: Ensayo descriptivo prospectivo observacional transversal.

Materiales y métodos: Se estudió una población de 48 pacientes (32 hombres y 16 mujeres, edad media 70 años, D.S. 8) a quienes les fue realizada una historia clínica vascular completa; se practicó un ultrasonido Doppler dúplex carotídeo bila-

teral como prueba de escrutinio para detección de estenosis asintomática, estratificando tres grupos (Grupo 1: estenosis < 50%, Grupo 2: 50-69%, Grupo 3: > 70%). Se practicaron exámenes de laboratorios generales. Los datos obtenidos se concentraron y validaron en una base de datos para su análisis. Se realizaron pruebas de estadística paramétrica y no paramétrica (χ^2 , T-Student, U-Mann Whitney) para establecer asociaciones simples y correlaciones con la presencia de estenosis carotídea, claudicación intermitente y factores de riesgo.

Resultados: Se encontró una prevalencia de 16.7% pacientes con estenosis carotídea > 70%. Los estados co-mórbidos presentes fueron: DM 66.7%, hipertensión arterial 83.3%, 41.7% presentaron cardiopatía isquémica, 25%, hipercolesterolemia, 16.7% hipertrigliceridemia e insuficiencia renal crónica; tabaquismo 83.3%, PCR elevada en 41.7%, VSG elevada en 66.7%. Se encontró una asociación positiva entre estenosis carotídea asintomática (Grupo 2) y la presencia de insuficiencia renal. El resto de las asociaciones establecidas tuvo baja significancia que correlacione el grado de estenosis carotídea y factores de riesgo.

Conclusiones: Existe una concordancia entre la prevalencia de estenosis carotídea asintomática > 70% encontrada con la reportada a nivel mundial. El hallazgo de pacientes portadores de insuficiencia renal y estenosis carotídea nos debe alertar a realizar escrutinio de esta patología en pacientes con factores de riesgo presentes. Debe de considerarse como marcador clínico la presencia de claudicación intermitente a fin de realizar evaluación hemodinámica del sector carotídeo.

CAMBIOS HISTOPATOLÓGICOS OBSERVADOS EN LAS ARTERIAS CARÓTIDAS DE PACIENTES SOMETIDOS A RESECCIÓN QUIRÚRGICA POR PATOLOGÍA DÓLICA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

Dra. Rosa del Socorro Góngora Meléndez
HECMN Siglo XXI, México, D.F.

Objetivos: Determinar los cambios histopatológicos observados en la pared de la arteria carótida en pacientes sometidos a cirugía de resección por patología dolicocarotídea en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS en la Ciudad de México. Describir los factores de riesgo que se asocian a la dolicidad carotídea en pacientes sometidos a cirugía de resección por patología dolicocarotídea en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS en la Ciudad de México. Describir el tipo de técnica quirúrgica que se utilizó en la resección de dolicidad carotídea en pacientes sometidos a cirugía por patología dolicocarotídea en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS en la Ciudad de México.

Método: Se incluyó a los pacientes con diagnóstico de dolicidad carotídea en un periodo de 27 meses comprendido entre el 1 de marzo del 2008 y el 1 de mayo del 2010 en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS en la Ciudad de México. Diseño del estudio: Retrospectivo, descriptivo y observacional.

Resultados: Entre enero de 2008 a mayo de 2010, 29 pacientes se sometieron a cirugía de resección de dolocidad carotídea. Veintiséis (90%) mujeres y tres (10%) hombres. Edad promedio 70.79 años. El diagnóstico se estableció por ultrasonografía Doppler. En la arteria carótida interna derecha el rango de velocidades fue de 137-167.4 cm/seg, carótida interna izquierda de 125.6-208.5 cm/seg y en la carótida común derecha de 178.3-220 cm/seg. La morfología de la dolocidad carotídea (Tortuosidad, Acodamiendo y Bucle) se estableció realizando Angio Resonancia Magnética y confirmó la lateralización de la dolocidad carotídea y permitió planear el tratamiento quirúrgico. La tortuosidad se presentó en 16 pacientes, bucle en tres y acodamiento en 10. La técnica quirúrgica empleada fue resección de la arteria carótida interna y anastomosis con la arteria carótida común en 12 (41%) pacientes, resección y ligadura de la arteria carótida externa más resección y anastomosis de una porción de arteria carótida común en tres (10%), resección y anastomosis término terminal de una porción de la arteria carótida común en ocho (28%) y en seis (21%) reimplante de la arteria carótida interna a nivel de la arteria carótida común. Once de 29 pacientes presentaban tabaquismo (37.94%); 20 (68.94%) hipertensión arterial sistémica, seis (20.68%) y 14 (48.27 %) pacientes de 29, diabetes mellitus y dislipidemia, respectivamente. Se obtuvieron 20 muestras para estudio histopatológico. Las fibras elásticas se observaron fragmentadas en 19 (95%) muestras de estudio, en una (5%) muestra no fue posible observar las fibras elásticas.

Conclusiones: Los cambios histopatológicos observados en la pared de la arteria carótida se caracterizó por fragmentación de las fibras elásticas de la capa media de las muestra de estudio obtenidas en pacientes sometidos a cirugía de resección por patología dolocicarotídea en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS en la Ciudad de México. La hipertensión arterial sistémica fue el factor que más se asocia a la dolocidad carotídea en pacientes sometidos a cirugía de resección por patología dolocicarotídea en el Servicio de Angiología y Cirugía vascular del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS en la Ciudad de México. La elección de la técnica a utilizar por el cirujano vascular, dependió de los hallazgos transquirúrgicos, experiencia y habilidades individuales en la técnica empleada, la resección de un segmento de la arteria carótida interna más anastomosis a la arteria carótida común es la técnica quirúrgica que más se utilizó en la resección de dolocidad carotídea en pacientes sometidos a cirugía por patología dolocicarotídea en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS en la Ciudad de México.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON TRAUMA VASCULAR EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI TRATADOS POR EL SERVICIO DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO DEL 2003 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2009

Dra. María del Rosario Ciau Caamal
CMN SXXI, IMSS, México, D.F.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas de los pacientes con trauma vascular atendidos en nuestra unidad hospitalaria.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, transversal, descriptivo. Se revisó el banco de datos electrónico del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular para obtener el listado de pacientes, con base en este listado se revisaron expedientes en el archivo clínico, pacientes mayores de 18 años, derechohabientes IMSS, que se atendieron con diagnóstico de trauma vascular. Se vació la información en la hoja de recolección de datos. El análisis estadístico se realizó con promedio, desviación estándar y porcentajes, para su representación se emplearon tablas de distribución de frecuencia, gráficos de pastel y barras. Los puntos principales: rango de edad, género, etiología, vasos sanguíneos y complicaciones más frecuentes, tasa de letalidad, lesiones concomitantes, tratamiento y tiempo de evolución entre el inicio del trauma y la atención en quirófano, conocer número de pacientes que se atendieron en el hospital en el periodo establecido por trauma vascular.

Resultados: Se incluyeron 145 expedientes, 96 del sexo masculino y 49 sexo femenino, el rango de edad más frecuente: 18 a 27 años (47) y 28 a 37 años (25). La etiología más común en trauma no iatrogénico: arma punzocortante (30) y proyectil de arma de fuego (29), en trauma iatrogénico: colocación de catéteres de hemodiálisis (22), cateterismo cardíaco (15) y colocación de catéteres venosos centrales (15). Los vasos más afectados fueron las arterias 131 pacientes, en algunos casos más de una arteria o vena se afectaron; las más afectadas: femoral común (32), humeral (22) y femoral superficial (17). Las complicaciones más frecuentes hemorragia (88), insuficiencia arterial (54), formación de hematomas (30) y pseudoaneurismas (27), la tasa de letalidad 8%, las lesiones concomitantes se presentaron en 41 casos, principalmente huesos y nervios. El tratamiento más utilizado cierre primario, interposición de injertos autólogos o sintéticos, ligadura, exploración quirúrgica o anastomosis termino terminal. En el tiempo de evolución 41% se atendieron en las primeras 6 horas y 21% entre las 6 y 12 horas posteriores.

Conclusión: En el siguiente estudio se identificaron las características epidemiológicas de los pacientes con trauma vascular que se atienden en la unidad similar a los reportados en otros estudios; se han igualado la frecuencia de lesiones por armas punzocortantes y las de proyectiles de arma de fuego como causa de trauma en la población civil. La evolución de los pacientes y la posibilidad de pérdida de la extremidad dependen del tiempo de evolución entre el inicio del trauma y el inicio de la atención médica. La tasa de letalidad fue menor con respecto a lo reportado en otras series

“MANEJO DE PSEUDOANEURISMAS ARTERIALES IATROGÉNICOS CON INYECCIÓN PERCUTÁNEA DE TROMBINA HUMANA ECO-GUIADA”

Dr. Manuel Alejandro Sánchez Enciso, Dr. César Nuño Escobar, Dr. Carlos Rubén Ramos López
Servicio de Angiología y Cirugía vascular y Torácica, UMAE Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente IMSS.

Objetivo: Demostrar la eficacia de la inyección de trombina humana eco-guiada en oclusión de pseudo-aneurisma arterial iatrogénico, seguridad de aplicación y porcentaje de cierre.

Diseño: Serie de casos sin muestreo probabilístico.

Pacientes y métodos: Se estudiaron ocho pacientes adultos (5 m, 3 h) edad promedio 63 años, portadores de pseudo aneurisma arterial de etiología iatrogénica demostrado por clínica y ultrasonido, diámetros de 1 a 6 cm. Se excluyeron pacientes embarazadas, con infección cutánea en sitio de lesión, alergia conocida a trombina y cuello de comunicación a pseudo aneurisma mayor de 5 mm. Con técnica aséptica, se localizó el pseudo aneurisma con ecógrafo Doppler dúplex, fijando el transductor (5-7.5 Mhz) sobre el mismo. Se introdujo aguja (22G) con llave de tres vías en el centro de la cavidad con la escala de grises, para visión directa; Se inyectó lentamente solución (Trombina humana 1,800 a 2,200 UI en 2 mL) con función Doppler color activa para confirmar la trombosis del saco y asegurar capacidad volumétrica justa. Se considero éxito al lograr desaparición de flujo con integridad de pulsos y flujos distales. Se colocó un vendaje compresivo 24 horas y se mantuvo al paciente en reposo en cama durante seis horas; el seguimiento a los siete y 30 días con ultrasonido Doppler dúplex y evaluación clínica.

Resultados: Todos los pseudoneurismas en arteria femoral (razón 1:1 derecho/izquierdo) diámetro de comunicación 2.8 mm (rango 1.5-3), volumen 2.28 CC (rango 1.5-.4) unilobulados (uno bilobulado, 12.5%), uso de 500 UI de trombina en cada procedimiento. Se requirió una sola aplicación. Todos los controles reportaron integridad arterial con oclusión completa a los 30 días.

Conclusiones: La embolización ecoguiada de Trombina humana en el tratamiento de pseudo aneurismas iatrogénicos es una técnica segura efectiva y de bajo costo la atención de este nicho de pacientes.

"PATRÓN ANATÓMICO Y HEMODINÁMICO DEL SISTEMA VENOSO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA DE LOS MIEMBROS INFERIORES"

Dra. Dafne Santana, Dr. Juan Miguel Rodríguez Trejo, Dr. Ignacio Escotto Sánchez, Dr. Neftalí Rodríguez Ramírez
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La insuficiencia venosa crónica es la patología con mayor prevalencia y con una gran gama de manifestaciones clínicas, presentando variaciones en relación con la distribución anatómica y patrón hemodinámico. Lo anterior se ha podido conocer gracias al advenimiento de la ecografía Doppler que nos permite establecer los parámetros hemodinámicos y conocer sus alteraciones. Es por ello que resulta interesante saber la presentación y comportamiento hemodinámico de nuestros pacientes con un fin estadístico, así como de planeamiento quirúrgico.

Objetivo: Conocer los diferentes tipos de presentación y variación anatómica y hemodinámica a nivel de sistema venoso superficial en los pacientes con IVC.

Material y métodos: Pacientes en quienes se presentan con cualquier grado de IVC que acuden para valoración con ultrasonido Doppler.

Resultados: Se han realizado estudios en 37 extremidades con datos clínicos de insuficiencia venosa crónica encontrando la mayor frecuencia (81%) de reflujo en unión safenofemoral, in-

tersafena (10.8%), en unión safenopoplíteo (32.4%), sistema de perforantes (62.1%) y sistema profundo (13.5%). Con un patrón anatómico con poca variación conforme a confluencia en cayados tanto safenofemoral y safenopoplíteo (de acuerdo con patrón de Blaschesmaison), sin encontrar variaciones mayores como duplicaciones o ausencias congénitas, sólo quirúrgicas.

Conclusiones: El ultrasonido Doppler venoso es una herramienta útil que puede determinar de una manera muy confiable el patrón hemodinámico y anatómico de los pacientes con insuficiencia venosa crónica. El cirujano vascular debe de adoptar como parte de su entrenamiento el dominio de ultrasonido Doppler para permitir una mejor comprensión de la patología venosa, así como una mejor planeación quirúrgica.

NIVELES DE RIESGO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y SU RELACIÓN CON LA TROMBOPROFILAXIS EN PACIENTES DE LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Dra. Maricarmen Romero Toledo, Dra. Elizabeth Enríquez Vega, Dr. Oscar A. Rodríguez Jiménez.
Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza.

Objetivos: Determinar el nivel de riesgo de enfermedad tromboembólica venosa y el tipo de tromboprofilaxis que reciben los pacientes quirúrgicos, en el Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, del Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Objetivos específicos: Establecer la relación de la tromboprofilaxis con respecto a los niveles de riesgo de tromboembolismo venoso según las Guías del American College of Chest Physicians 2008. Determinar el número de pacientes del grupo de estudio con enfermedad tromboembólica venosa. Así como ayudar a identificar los factores de riesgo y el riesgo de tromboembolismo venoso, así como la utilización de tromboprofilaxis, en los pacientes quirúrgicos del Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret IMSS aportando el conocimiento y la difusión a nivel del personal médico y paramédico institucional sobre las medidas necesarias para la disminución del riesgo o prevención de tromboembolismo venoso y la aplicación de las recomendaciones internacionales del American College of Chest Physicians 2008.

Métodos: Se realiza un estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo, abierto. Aplicando un cuestionario donde se incluyen todos los factores de riesgo para enfermedad tromboembólica venosa según el ACCP 2008, así como el test de Wells, a 100 pacientes de todos los pacientes de servicios quirúrgicos hospitalizados en el Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, del Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo comprendido entre los meses de marzo hasta julio del 2010. El presente estudio fue aceptado por el comité de ética del hospital, asimismo, cada paciente firmó consentimiento informado.

Resultados: Cien pacientes de los servicios quirúrgicos del HECMNR, 57 masculinos, media de edad 41 años, riesgo bajo (7%), moderado (53%), alto (32%) y muy alto (8%) según el ACCP y bajo (32%), moderado (53%) y alto (15%) según Wells.

Cuarenta y ocho con algún tipo de trombopprofilaxis. Seis pacientes recibiendo HNF (angiología), 17 HBPM, cinco antagonistas de la vit K, y 32 vendaje elástico, con riesgos moderado y alto. Los pacientes del Servicio de Neurocirugía fueron los que tuvieron riesgos más altos de TEV, y los de cirugía general los que menores medidas y medicación trombopprofiláctica recibieron.

Conclusiones: Se encontró que entre los riesgos altos y muy altos de TEV, se estaba otorgando algún tipo de trombopprofilaxis; sin embargo, el resto de los grupos por arriba de 50% se quedaron sin protección. La trombopprofilaxis sugerida por las guías del ACCP 2008 es adecuada en todos los pacientes quirúrgicos, encontramos en nuestra evaluación que menos de 50% de estos pacientes cuenta con trombopprofilaxis.

MANEJO ENDOVASCULAR DE LESIONES ARTERIALES PERIFÉRICAS: REPORTE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Dr. Marcell Salinas Ponce,^{***} Dra. Elizabeth Enriquez Vega,^{*} Dr. Alfonso Cossio Zazueta,^{**} Dr. Oscar Rodríguez Jiménez,^{**} Dr. Ernesto Pacheco Pittaluga^{**}

^{*}Jefe de Servicio de Angiología CMN La Raza, ^{**}Médico Ascrito de Angiología CMN La Raza, ^{***}Residente De 4o. Año de Angiología CMN La Raza, México, D.F.

Objetivo: Reportar la experiencia del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Centro Médico Nacional La Raza en el manejo endovascular de las lesiones arteriales periféricas del segmento femoropoplíteo y de troncos supraórticos.

Métodos: Se reportaron dos casos tratados de manera aislada, el primero de paciente con enfermedad femoropoplíteo manifestando isquemia severa de la extremidad pélvica y un segundo caso de enfermedad de troncos supraórticos con afectación a la subclavia izquierda, manejados ambos de forma endovascular mediante angioplastia y colocación de stent.

Resultados: Caso 1: Masculino de 70 años. Diabético y tabaquismo crónico. Sintomatología de isquemia crítica de miembro pélvico izquierdo. Lesión necrótica isquémica en segundo dedo. Incompresibilidad de los vasos distales. Mediante rastreo lineal con flujos monofásicos en tibial anterior y tibial posterior de forma bilateral. Lesiones arteriográficas TASC II B del segmento femoropoplíteo. Se realiza manejo endovascular mediante angioplastia y colocación de stent nitinol 6 x 4 mm en femoral superficial. Amputación menor en un segundo tiempo quirúrgico. Caso 2: Masculino de 19 años. Niega tabaquismo, toxicomanías, quirúrgicos por apendicectomía durante la infancia sin complicaciones. Padecimiento de tres años con disnea ocasional, de manera súbita, sin relación a esfuerzos, acompañado de palpitaciones y un episodio de lipotimia. Clínicamente frémito en hueco supraclavicular y soplo carotideo izquierdo. Extremidad superior izquierda con pulsos palpables axilar 1/2, humeral 1/2, radial y cubital 1/2. Extremidad contralateral con pulsos palpables de adecuada intensidad. Arteriografía con lesión estenótica de 75% a 2.5 cm del origen de la arteria subclavia izquierda, 1.6 cm de longitud. Se realiza angioplastia y colocación de stent 6 x 4 mm.

Conclusión: La enfermedad arterial periférica (EAP) es un problema de clase mundial que aumenta en medida en que la población envejece y la prevalencia de la hipertensión arterial y la diabetes aumenta. La mayoría de los casos afecta a las ex-

tremitades pélvicas, especialmente al segmento femoropoplíteo (SFP), en el cual las estenosis u oclusiones se desarrollan de forma temprana como parte del proceso de aterosclerosis. La angioplastia transluminal percutánea (ATP), ha sido utilizado como una terapia para el manejo de las lesiones femoropoplíteas en pacientes con isquemia crónica de la extremidad. La aterosclerosis es, con mucho, la enfermedad más frecuente que afecta a los vasos de los troncos supraórticos (TSA). Sin embargo, se han descrito otras causas como: arteritis de células gigantes y la arteritis por radiación, la tromboangitis obliterante y las enfermedades del tejido conjuntivo, las cuales aparecen en menos de 20% de los casos que requieren intervención. Las estenosis lumbinales se tratan sistemáticamente por vía endovascular con un éxito mayor que las obstrucciones. El presente estudio reporta el tratamiento empleado en el Hospital Centro Médico La Raza en el manejo de las lesiones arteriales periféricas por vía endovascular. Demostrando resultados satisfactorios en ambos casos y con baja incidencia de complicaciones.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL PLASMA RICO EN FACTOR DE CRECIMIENTO PLAQUETARIO EN EL TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS ISQUÉMICAS EN EL PIE DEL DIABÉTICO EN EL SERVICIO DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR, HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA

Dr. Nelson Omar Bobadilla Flores, Dra. Elizabeth Enriquez Vega, Dr. Oscar Andrés Rodríguez
Centro Médico Nacional La Raza, México, D.F.

Objetivo: Determinar cuál es la eficacia del plasma rico en factor de crecimiento plaquetario en el tratamiento de las úlceras isquémicas en pacientes con pie del diabético.

Material y métodos: Se realizó estudio analítico, ambispectivo de los pacientes diabéticos con úlceras isquémicas no revascularizables en miembros pélvicos, se llevó a cabo de forma infiltrada a nivel perilesional, previo lavado con solución fisiológica en el sitio de la lesión, posteriormente con infiltración de 20 a 30 mL de plasma rico en factor de crecimiento plaquetario. Se evalúa cada dos semanas y con resultados a las ocho semanas de iniciado el tratamiento, por Consulta Externa del servicio, realizándose medición en mm el tamaño y la profundidad de la lesión.

Resultados: Se incluyeron 32 pacientes a con rangos de edad entre 15 a 85 años de edad, 18 hombres y 14 mujeres, diabéticos con úlcera(s) isquémica(s) en miembros pélvicos, independientemente del tiempo de evolución, así como de tratamientos previos, excluyendo pacientes con úlceras de otra etiología, no incluyendo úlceras infectadas, neuropáticas y no isquémicas, encontrando una eficacia en 70% (n = 22) de los pacientes que se infiltraron, con cicatrización en más de 60% de las úlceras a las ocho semanas de su aplicación, en el resto de los pacientes no hubo disminución del diámetro de la misma. En ocho pacientes no hubo mejoría, ameritando amputación mayor de la extremidad.

Conclusiones: Las úlceras isquémicas son una patología frecuente en pacientes diabéticos, y de difícil manejo en casos no revascularizables y la cicatrización se vuelve prolongada, con alto riesgo de amputación debido a infecciones. De acuerdo

con los resultados obtenidos en nuestro estudio podemos concluir que el plasma rico en factor de crecimiento plaquetario es una opción en el manejo y cicatrización de las úlceras isquémicas en pacientes con pie del diabético, esto aunado a un adecuado control metabólico, medidas de higiene arterial y cuidados estrictos de la úlcera, teniendo la infección como el factor de mayor riesgo para la amputación.

EVALUACIÓN MORFOLÓGICA Y FUNCIONAL NO INVASIVA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CAROTÍDEA, CONSIDERANDO LA INCIDENCIA, ASÍ COMO FACTORES DE RIESGO PARA POSIBLES COMPLICACIONES. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HRLALM

Dra. Evelyn Karina Vallejo Bravo,**** Dra. Nora Elena Sánchez Nicolat,** Dra. Cecilia López Mariscal,*** Dr. Julio Abel Serrano Lozano*

*Jefe de Servicio de ACV HRLALM, ** MB DE ACVHRLALM, ***Médico Adscrito de Enseñanza e Investigación HRLALM, ****Residente de ACV HRLALM, México, D.F.

Introducción: La aterosclerosis es una enfermedad progresiva que destruye la anatomía normal de la pared arterial y sólo a finales de su evolución, el engrosamiento y la fibrosis conducen a un estrechamiento que evoluciona paulatinamente hacia una oclusión de la luz arterial, que por lo general es clínicamente silenciosa hasta los últimos momentos de su curso. Las arterias carótidas suministran gran parte de la sangre hacia el cerebro, órgano terminal exquisitamente sensible. El primer signo de una estenosis aterosclerótica avanzada es a menudo un soplo arterial en el cuello que ocurre cuando se compromete en casi 50% el diámetro original de la luz arterial; sin embargo, los síntomas por lo general aparecen cuando el diámetro del vaso se estrecha en 80%. Un método para medir la función endotelial consiste en la medición del diámetro arterial ante un estímulo como la isquemia por compresión externa. Habitualmente se mide el diámetro de la arteria braquial en reposo y luego de la interrupción del flujo durante tres minutos, durante los cuales se produce la isquemia del antebrazo. Esta medición también se puede realizar con medición manual del diámetro, mientras no se tomen mediciones con más de 10% de desvío estándar, o se puede realizar con determinación automática de bordes por ecografía en modo B. Luego de liberar la obstrucción al flujo, éste avanza nuevamente en forma turbulenta, casi a 600 veces la velocidad con la que fluía en reposo y con un gran shear stress, generando la vasodilatación mediada por flujo, o vasodilatación endotelio-dependiente. La nueva medición del diámetro de la arteria se realiza luego de los 30 segundos posteriores, en condiciones de menor turbulencia y estabilización del flujo. Este estímulo se agota luego de los cinco minutos posteriores a liberar la obstrucción. El punto de corte para considerar alteración de la función endotelial por este método es de 5% de diferencia en el diámetro a favor de la medición post-isquemia. Si el diámetro de la arteria no aumenta por lo menos este 5%, se considera disfunción endotelial. Este valor de corte correlaciona muy bien con la presencia de placas y el espesor íntima-media.

Objetivo: Estudiar el comportamiento de los factores de riesgo vascular aterosclerótico en relación con el curso clínico y progresión del daño vascular en la enfermedad carotídea extracraneal.

Objetivos específicos: Estimar el comportamiento de los factores de riesgo vascular aterosclerótico. Las características de la lesión vascular carotídea en relación con la aparición de síntomas y signos neurológicos.

Las características de la lesión vascular carotídea a partir de su identificación. Determinar la relación entre el Grosor Intima Media y Test de Reacción endotelial, con la presencia o ausencia de placas ateroscleróticas. Analizar las características de los pacientes con enfermedad carotídea sometidos a cirugía convencional y valorar la experiencia en nuestro servicio.

Métodos: Diseño y tipo de estudio: Retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional y abierto. En el presente estudio se incluyeron 136 casos de pacientes a quienes se les realizó ecografía Dúplex así como Test de Reactividad Endotelial con factores de riesgo vascular aterosclerótico durante el período que comprende desde marzo del 2007 a junio del 2010.

Resultados: Pacientes con enfermedad carotídea, de ambos sexos, con edad de 60 a 85 años, 34.6% eran mujeres y 65.4% eran hombres, 50.7% eran fumadores y 49.3% no fumadores, 8.8% eran alcohólicos y 91.2% no alcohólicos, 12.5% eran cardiopatas y 87.5% no cardiopatas, 61% diabéticos y 39% no diabéticos, 62.5% eran hipertensos y 51% no hipertensos, 4.4% eran IRC y 95.6% no IRC, de esta muestra 49 pacientes fueron sometidos a cirugía y 87 pacientes continuaron manejo conservador, en los pacientes con procedimiento quirúrgico el tipo de anestesia fue local para 11% y anestesia general para 49%, se utilizó drenaje en 28.7% y no se utilizó drenaje en 7.4%, se presentaron complicaciones postquirúrgicas en 3.7%, con respecto al lado donde se realizó el procedimiento quirúrgico se presentó estenosis recurrente en 5.9% de los pacientes y en 94.1% no hubo estenosis recurrente, si el paciente presentaba enfermedad carotídea contralateral existió un incremento de la estenosis en 5.1% de los pacientes y en 94.9% no se presentó. Se encontró una estenosis carotídea corroborada por USG Doppler Carotídeo de 1-15% en 29.4% de los pacientes, de 16 a 49% en 17.6%, de 50 a 79% en 50.7% y de 80 a 99% en 2.2%. En cuanto a las características de la placa en 22.1% era de tipo moderada y en 77.9% de tipo alta. En esta muestra también identificamos que 22.8% de los pacientes se encontraban medicados con ASA y 77.2% con clorpidogrel.

Los resultados encontrados con respecto al Test de reactividad endotelial fue menor de 5% en 72.8% y mayor de 5% en 27.2%. El Grosor Intima Media fue menor de 1 en un 27.9% y mayor de 1 en 72.1%. Los pacientes se encontraban asintomáticos en 86% y sintomáticos en 19%. Con respecto al lado afectado en 33% fue derecho, en 32% izquierdo y 71% bilateral. Los resultados demuestran una relación inversa entre el Grosor Intima Media y el Test de Reactividad Endotelial. Es verosímil que la presencia de placas carotídeas tenga diferente valor según la edad de la población en estudio y que refleje los efectos de los factores de riesgo.

Conclusiones: La presente investigación permite concluir que el ultrasonido podría ocupar un lugar destacado en el estudio no invasivo de los pacientes en riesgo de padecer eventos vasculares. La estratificación de este riesgo se facilitaría con la combinación de la información que brinda el estudio de la función endotelial flujo-dependiente, el Grosor Intima Media carotídeo y la eventual presencia de placas

ateroescleróticas esta observación podría lograr un fuerte estímulo para una mejor adherencia al tratamiento. Finalmente la respuesta terapéutica podría ser evaluada por estas mismas técnicas no invasivas y así mejorar el seguimiento de estos enfermos.

MEDICIÓN DEL ESPESOR MEDIO-INTIMAL FEMORAL Y CAROTÍDEO COMO MARCADOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Dr. Leonel Niebla Villalba, Dr. Juan Miguel Rodríguez Trejo, Dr. Ignacio Escotto Sánchez, Dr. Neftali Rodríguez Ramírez

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, México, D.F.

Justificación: La hiperplasia medio intimal de los vasos se ha relacionado con patología coronaria medida a través del EMI (espesor medio intimal); sin embargo, los múltiples estudios realizados han tomado como referencia el crecimiento medio intimal a nivel carotídeo, existe poco en la literatura en donde se relacione las alteraciones de las paredes vasculares a nivel periférico como en femorales en relación con cardiopatía isquémica, por lo que utilizando nuestro laboratorio vascular que se encuentra equipado con ultrasonido Doppler de alta tecnología se decidió hacer un escrutinio a pacientes con cardiopatía isquémica conocida y su relación con crecimiento mediointimal carotídeo y femoral.

Objetivo general: Determinar si existe relación entre el espesor mediointimal de la carótida y femoral en pacientes con enfermedad cardiovascular severa conocida en pacientes internados en Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, en un periodo que comprende de enero del 2010 a junio del 2010 con escrutinio con ultrasonido Doppler dúplex marca japonesa ALOKA.

Objetivo específico:

1) Determinar si existe relación entre el espesor medio intimal femoral y el carotídeo en pacientes con enfermedad coronaria conocida. 2) Valorar la eficacia del espesor mediointimal femoral y su relación como predictor temprano de enfermedad coronaria

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, de una serie de 58 pacientes con cardiopatía isquémica severa conocida y la medición del crecimiento mediointimal de arterias femorales y carotídeas. Con tamizaje con ultrasonido ALOKA Doppler dúplex. Se obtuvo la información mediante revisión del expediente médico y mediante el uso de ultrasonido ALOKA Doppler dúplex del laboratorio de cirugía vascular que cuenta con transductor de 8 mhz.

Resultados: Se encontró una relación directa del espesor mediointimal (EMI) femoral con el EMI carotídeo que a su vez se relaciona con la enfermedad coronaria, encontrando valores elevados constantes a la par del carotídeo. Identificando también ocho pacientes claudicadores de los 58 evaluados.

Conclusión: El índice de grosor mediointimal femoral se relaciona directamente con el índice carotídeo que a su vez está vinculado con la enfermedad cardiovascular, por lo que el Espesor Medio Intimal Femoral (IMT Fem) puede utilizarse como marcador pronóstico de riesgo de enfermedad coronaria temprana.

ANEURISMAS TORACOABDOMINALES. REPARACIÓN CON ENDPRÓTESIS RAMIFICADAS

Dra. Claudia Elizabeth Olivos Suárez, Dr. Riambau Alonso V. Dra. Enriquez Vega E, Dr. Pacheco Pittaluga E., Dr. Cossío Zazueta A.

Centro Médico Nacional la Raza. IMSS.

Objetivo: Reportar la experiencia de un centro en el tratamiento de aneurisma toracoabdominal por vía endovascular con prótesis ramificada.

Material y método: Se realiza revisión de seis meses, diciembre 2009-mayo 2010, procedimientos endovasculares para pacientes portadores de aneurisma de aorta toracoabdominal reportando tres casos:

- Primer paciente masculino de 77 años, hipertenso, exfumador, portador de endoprótesis aorta abdominal colocada en 2000, neoplasia de próstata tratada con radioterapia y hormonoterapia. asintomático. Diagnóstico al seguimiento rutina de endoprótesis abdominal, AATA Crawford II, torácico de 57 mm y aorta abdominal suprarrenal de 65 mm. ASA II NYHA II Procedimiento endovascular (16.12.2010) por abordaje femoral común bilateral y por punción humeral izquierda se coloca endoprótesis toracoabdominal ramificada monoiliaca, ocluser en iliaca izquierda. By-pass femoro-femoral der-izq. con PTFE 6 mm. TC 05.03.2010: doble aneurisma de aorta abdominal a nivel renal y el segundo en aorta distal sin crecimiento con respecto a imágenes previas, endoprótesis permeable de aorta torácica y endoprótesis con ramas viscerales de aorta abdominal. Buena permeabilidad de ramas para renales, así como AMS y TC. No se observan fugas de contraste intra aneurismáticas. Obstrucción de la rama izquierda de la endoprótesis. Injerto iliofemoral permeable.
- Segundo paciente masculino de 79 años, hipertenso, ex fumador, con antecedentes de enfermedad de Parkinson y hemicolectomía izquierda por adenocarcinoma de colon hace un año. Apendicectomía. Diagnóstico (AngioTC) de un aneurisma toracoabdominal tipo II de Crawford de 65 mm de diámetro. ASA III Procedimiento endovascular (03.02.2010) Se coloca endoprótesis toracoabdominal ramificada biiliaca evoluciona favorablemente las primeras 48 hrs se egresa a piso donde presenta monoparesia miembro pélvico derecho. TC 13.05.2010: Endoprótesis toracoabdominal y bifurcada a ilíacas primitivas, el cuerpo principal toracoabdominal y las cuatro ramas viscerales permeables, diámetro máximo del aneurisma 61 x 53 mm. Se observa una probable endofuga tipo II a nivel de las ramas viscerales.
- Tercer paciente femenino de 74 años de edad, portadora de arteritis de células gigantes en control con esteroide lo que condiciona plaquetopenia, quirúrgico reemplazo de hemiarco de aorta ascendente en 2006 con reimplante de tronco braquiocéfalo sin cambio valvular. Asintomático. Diagnóstico en 2009 aneurisma toracoabdominal con diámetro máximo de 78 mm, de forma casual (AngioTC) tipo III de Crawford. ASA III. Procedimiento endovascular (19.05.2010): Se coloca endoprótesis toracoabdominal ramificada. TC 04.06.2010: Se aprecia la existencia de endoprótesis de la aorta toraco-abdominal con ramas hacia el tronco celiaco, mesentérica superior y arterias renales, inicio de la prótesis en porción proximal de la aorta torácica, hasta aorta abdominal distal poco antes de la bifurcación. Buena permeabilidad de todas las ramas, y toda la prótesis sin trombo intraluminal, resto normal. Derrame pleural izquierdo.

Resultado: Tres pacientes, dos hombres una mujer, promedio de edad de 76.6 años, se coloca endoprótesis ramificada ZENITH COOK a medida. Reporte de endofugas en dos de los tres pacientes siendo esta la Tipo II (la más frecuente). Complicaciones: un paciente presentó monoparesia pierna derecha, una paciente presentó paraplejía la cual remitió solo con el manejo del drenaje de LCR.

Conclusiones: La reparación endovascular de aneurismas de aorta toracoabdominal es posible mediante el uso de prótesis ramificadas, siendo una alternativa a la cirugía abierta y - La evolución tecnológica puede hacer que sea considerada la técnica gold standard en el tratamiento de la patología aórtica compleja en un futuro cercano, al presentar menor morbilidad que la cirugía convencional

ENFERMEDAD DE TAKAYASU, TRATAMIENTO ENDOVASCULAR Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Dr. Enrique López Ochoa, Dra. Yolanda Montalvo Hernández, Dr. J. Alejandro. Espejel Blancas
Hermosillo, Sonora.

En 1908, Takayasu comunica ante la Sociedad Japonesa de Oftalmología el caso de una mujer de 21 años con episodios de amaurosis y síncope, describiendo el hallazgo de microaneurismas y anastomosis arteriovenosas en el fondo de ojo. En esa misma sesión Onishi comenta haber visto un caso con alteraciones oftalmológicas similares, que además presentaba manos frías y ausencia de pulsos en las extremidades superiores. Éstos serían los primeros antecedentes de una enfermedad, que desde aquella época ha recibido una gran variedad de nombres entre los cuales destacan: enfermedad de Takayasu, síndrome del arco aórtico, aortopatía idiopática de la media, aortoarteritis adquirida, enfermedad de Martorrell, pulseless disease, aortitis síndrome y otros. La enfermedad de Takayasu es una inflamación vascular que comienza como una periarteritis

y que luego progresa a una panarteritis, comprometiendo todas las capas arteriales con una infiltración de células mononucleares y formación ocasional de granulomas con células gigantes. En una etapa posterior se produce disrupción de la lámina elástica con vascularización de la media y proliferación intimal progresiva, que conduce a la obliteración luminal. En estados avanzados, se esclerosa la íntima y en ocasiones se calcifica la media. La etiología aún es incierta, ciertas observaciones clínicas y de laboratorio permiten sugerir un mecanismo autoinmunitario.

La enfermedad de Takayasu afecta habitualmente a mujeres (90%), y su debut clínico en 80% de los casos ocurre entre la segunda y tercera décadas de la vida. Su evolución tiene dos fases. En primer lugar se produce un compromiso inflamatorio sistémico que ocurre antes de la pérdida o disminución de los pulsos (fase pre-isquémica), y la segunda, que depende de las consecuencias clínicas de la oclusión arterial de los órganos afectados. En un elevado número de casos la primera etapa de la enfermedad cursa en forma subclínica o simplemente inicia con un síndrome inflamatorio agudo asociado a fenómenos oclusivos arteriales. Presentamos el caso de un paciente femenino de 41 años de edad, con antecedentes de tabaquismo intenso e hipertensión arterial, quien inició su padecimiento actual a los 39 años, con un episodio de pérdida de conocimiento y parestesias en miembro torácico izquierdo. Un US carotídeo reportó oclusión total de carótida común derecha desde su origen, y estenosis de 49% en el lado izquierdo. Seis meses después presenta claudicación intermitente y a la exploración física, pulsos distales ausentes, la angiogramografía concluyó estenosis de aorta terminal e ilíacas, por lo que, y dados los resultados controvertidos en casos de manejo con cirugía de revascularización, decidimos someterla a procedimiento endovascular de tipo angioplastia de aorta e ilíacas, con éxito clínico y radiológico que persiste a un año de seguimiento.