

» EDITORIAL

## • Dando voz a los especialistas en Angiología y Cirugía Vascular



Lanzamos un nuevo boletín de noticias que sigue la estela marcada por el II Summit Venoso, que celebramos hace un mes en Málaga. Fueron tantos los contenidos abordados y tan importante el elenco de expertos con los que compartimos experiencias y actualizaciones de nuestra práctica clínica, que hemos querido plasmar en este medio informativo propio del Capítulo nuevas entrevistas y hot topics que tratamos en esta última cita de nuestra especialidad.

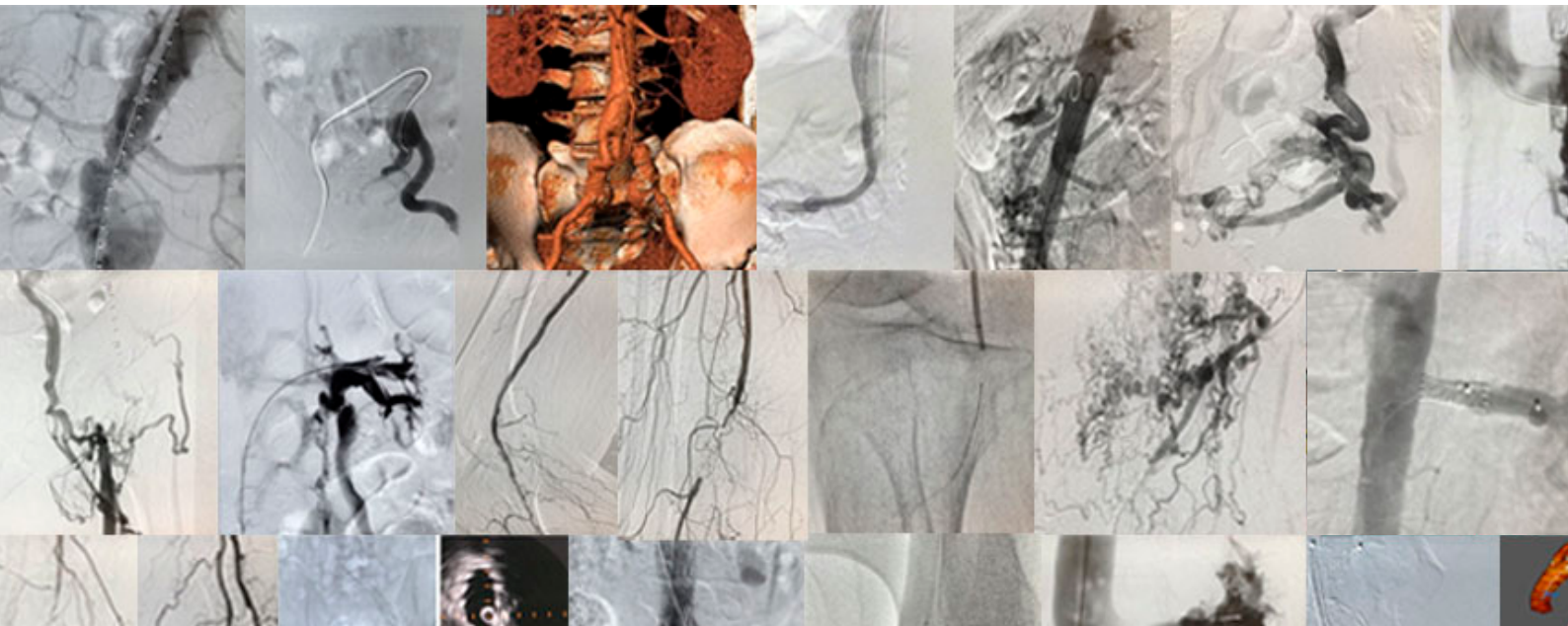
El primer boletín de noticias que lanzamos hace algunas semanas

se centraba en la primera jornada celebrada el pasado 14 de abril. En esta ocasión ponemos el foco en el segundo y último día del II Venous Summit, en el que nos centramos en la patología venosa postrombótica y territorio cava inferior, territorio cava superior y el síndrome del desfiladero torácico, shunts pélvicos y malformaciones venosas y perspectiva médico-paciente y paciente-enfermedad y gestión sanitaria.

No nos cansaremos de repetir la importancia que este tipo de encuentros tiene para todos los que nos

dedicamos a la Angiología y Cirugía Vascular; y para que no solo se quede en estos foros todos los intercambios que realizamos en torno a un programa científico de máximo nivel, creemos que con las herramientas de comunicación que tenemos a nuestra disposición, como este boletín de noticias, plasmamos de manera permanente y damos continuidad a lo vivido en este Summit Venoso.

Y dando voz a los especialistas es la mejor manera de hacerlo. Gracias a todos los compañeros que prestan su tiempo y saber al CCEV.



## » ENTREVISTA

### • DRA. ELENA MARÍN MANZANO

Especialista en Angiología y Cirugía Vasculat en H.U. La Paz, Madrid

*“El manejo terapéutico de las malformaciones venosas es el paradigma de la multidisciplinariedad, pero creo que el cirujano vascular es el que está capacitado y debe liderar el manejo de las mismas”*

¿Cuáles son las malformaciones vasculares más frecuentes y qué incidencia tienen en la población?

Las malformaciones vasculares más frecuentes son las malformaciones venosas. Tienen una incidencia de 1 de cada 10.000 personas y una prevalencia de 2,5% en la población general.

¿Qué síntomas nos alertan de este tipo de lesiones? Porque su diagnóstico no es fácil...

Son lesiones normalmente presentes desde el nacimiento, aunque según su extensión y localización pueden no hacerse visibles hasta la niñez o la edad adulta. Se trata de lesiones sobreelevadas, azuladas, de consistencia blanda, que habitualmente producen dolor y cierto grado de deformidad, con la alteración cosmética correspondiente según su localización. En casos más excepcionales pueden provocar hemorragia.

¿Qué técnicas y tecnologías se aplican para su correcto diagnóstico y diferenciarlas de otras patologías vasculares?

El primer paso y más importante es la correcta caracterización de la



lesión con una correcta historia clínica. Posteriormente tenemos herramientas que nos van a ayudar a su diagnóstico, clasificación (biológica, genética y hemodinámica) y orientación terapéutica. La primera y más accesible para nosotros en la ecografía Doppler. Ésta nos ayuda a diferenciar someramente entre tumores y malformaciones, y a tipificar el tipo de flujo de la misma. La radiografía simple tiene poca utilidad (sólo para evaluar la presencia de flebolitos, patognomónicos de malformaciones venosas y valorar las frecuentes dismetrías asociadas) y el TAC puede tener cierta utilidad para evaluar la

afectación ósea asociada. Pero sin duda el gold estándar en esta patología en la resonancia magnética nuclear con contraste, pues nos da una excelente información anatómica de la lesión, su extensión y su relación con estructura vecinas y una buena información hemodinámica, diferenciando de forma bastante precisa el tipo de flujo de la misma (capilar, linfático, venoso, arterial, arteriovenoso...). Por último estaría la flebografía central o directa que sólo nos da información hemodinámica de la lesión, y hoy en día se reserva a los casos en los que se plantea un tratamiento simultáneo de las lesiones.



## » ENTREVISTA

### En cuanto al tratamiento invasivo de las malformaciones venosas. ¿Qué opciones terapéuticas existen para los pacientes?

Pues el tratamiento se basa en cuatro pilares fundamentales. El primero es el tratamiento médico, que incluye medidas generales como terapia de compresión, corrección de disimetrías con alzas y apoyo psicológico; terapia analgésica, siendo habitualmente necesarios los opioides; terapia antitrombótica y anticoagulante para control de la coagulopatía que tienen estos pacientes y terapia molecular dirigida a la mutación genética subyacente (inhibidores mTOR como la Rapamicina o inhibidores TIE2 como el Revastinib). En segundo lugar estaría el tratamiento endovascular con embolización y esclerosis de las zonas afectas. En tercer lugar el tratamiento

quirúrgico. Y en último lugar el tratamiento con láser intralesional o endovascular para producir la ablación de la lesión y disminuir la cantidad de tejido endotelial afecto. En los casos complejos, habitualmente es necesari-

disciplinarietàad ya que normalmente implica a muchos especialistas, pero creo que el cirujano vascular es el que está capacitado y debe liderar el manejo de las mismas.

### ¿Qué avances se han producido para poder diagnosticar las malformaciones vasculares en fases más tempranas y corregirlas antes de que se desarrollen?

Sin duda aquí tiene un papel importantísimo la secuenciación genética. Ésta nos permite conocer la mutación existente y así poder plantear una terapia dirigida a la diana molecular afectada. Y es por aquí por donde debemos seguir avanzando, ya que a veces, en casos refractarios y complejos, no es posible controlar la evolución de las lesiones con las demás herramientas terapéuticas disponibles.

**“La secuenciación genética tiene un papel importantísimo, y es por aquí por donde debemos seguir avanzando para diagnosticar las malformaciones vasculares”.**

rio la combinación de todas las técnicas disponibles. Me gustaría destacar que el manejo terapéutico de esta patología es el paradigma de la multi-



## » NOTICIAS

# • Síndromes vasculares en deportistas de élite: dos casos de cirugías con buen resultado



Dr. Fidel Fernández Quesada, especialista de Angiología y Cirugía Vasculat del H.U. San Cecilio de Granada, expuso en el II Summit Venos un par de casos de pacientes, deportistas de élite, que superaron síndromes vasculares gracias a la cirugía y pudieron seguir compitiendo. El Dr. Fernández nos presentó una isquemia por atrapamiento de arteria de tibial posterior en un jugador de fútbol profesional, y el síndrome del espacio cuadrilátero en un jugador profesional de pádel.

Éste último, paciente de 19 años, presentaba fenómeno de Raynaud en mano derecha, y a pesar del tratamiento fisioterapéutico entra progre-

sivamente en claudicación invalidante de la mano y antebrazo derecho, impidiéndole la actividad deportiva. El tratamiento quirúrgico abierto pasaba por la resección de aneurisma y la reparación de la continuidad arterial (tromboendarterectomía con parche). Durante el seguimiento del paciente se mantuvo anticoagulación durante tres meses y posteriormente se pasó a antiagregación. Tras seis meses comenzó de nuevo a competir a nivel profesional y hoy vuelve a estar en el top 20.

El jugador de fútbol presentaba un caso producido por la obliteración fibrosa de la arteria tibial posterior por el atrapamiento de la misma en el re-

tináculo flexor en el túnel tarsiano, del que no existían casos similares en la literatura médica. Un estudio ecográfico muestra obstrucción corta inframaleolar de la arteria tibial posterior que conserva la bifurcación de las plantares, arteria peronea de buen calibre y arteria tibial anterior con escasa suplencia plantar. Se procede a la reparación quirúrgica mediante liberación de la estructura tendinosa e interposición de puente termino-terminal de safena invertida en la zona obliterada. Tras la cirugía el paciente recupera perfusión y funcionalidad, así como ondas trifásicas en arterias plantares y pedales. A los dos meses volvió a la competición oficial.

## » ENTREVISTA

### • PROF. LUIS MIGUEL IZQUIERDO LAMOCA MD, PHD, FEBVS

Director Instituto Vascular Internacional

*“Una parte importante del éxito del procedimiento se basa en la selección adecuada de los pacientes que podemos tratar. Para ello hay que realizar un adecuado estudio preoperatorio”*

¿Cuáles son las malformaciones vasculares más frecuentes y qué incidencia tienen en la población?

En cuanto a la recanalización de la vena cava inferior. ¿Qué tipo de pacientes requieren intervención y cuáles no?

La requieren pacientes con síntomas de síndrome postrombótico, como edemas de piernas, claudicación venosa, úlceras venosas, Pero no tenemos que esperar a lo que con altas probabilidades va a ocurrir con el tiempo. También aquellos que tienen clínica sistémica derivada de la alteración hemodinámica de la precarga como fatiga, mareos, pérdida de peso, dolor abdominal, sudores nocturnos, etcétera

No debemos tratar al paciente si es joven y aún no ha alcanzado el crecimiento completo, probablemente no sea una buena idea colocar un stent. O con condiciones médicas como enfermedades o pacientes que no puedan recibir anticoagulantes.

¿Qué importancia tiene el estudio preoperatorio en la selección de pacientes para establecer una adecuada estrategia quirúrgica?

Una parte importante del éxito del procedimiento se basa en la selec-



ción adecuada de los pacientes que podemos tratar. Para ello hay que realizar un adecuado estudio preoperatorio que debe incluir, eco doppler, angioTC directo y/ angioRNM, flebografías y IVUs.

Quizás uno de los factores más determinantes del éxito del procedimiento es el buen INFLOW.

¿Qué tipos de acceso se aplica, y cuál es su primera opción en base a su experiencia?

Elegiremos la vena femoral más sana como acceso principal. En el tercio medio superior del muslo, en el vértice del triángulo de Scarpa. Nos permite espacio para tratar la

femoral común si es necesario. El acceso también puede realizarse desde la vena poplítea, pero entonces la distancia a la VCI empieza a ser mayor.

Como segundo acceso debemos utilizar la femoral contralateral y la vena yugular. Siempre 3 accesos.

¿Cómo de importantes son estos encuentros científicos para los cirujanos vasculares?

Los encuentros científicos son imprescindibles. Un médico debe conocer la experiencia de los colegas y compartir la propia para beneficio de los pacientes. Es la única forma de progresar.



## » GALERÍA DE IMÁGENES



## » GALERÍA DE IMÁGENES



## » EL II SUMMIT VENOSO, EN LOS MEDIOS



## ¡SÍGUENOS EN REDES SOCIALES!



@CirEndovascular



<https://www.facebook.com/capitulocirurgiaendovascular>



<https://www.linkedin.com/company/sociedad-española-de-columna-vertebral>



[https://www.instagram.com/capitulo\\_cirurgia\\_endovascular/](https://www.instagram.com/capitulo_cirurgia_endovascular/)