

Mortalidad a Largo Plazo de los Pacientes con Estenosis Carotídea Asintomática e Implicaciones para el Tratamiento con Estatinas

A. Giannopoulos [a,d,*](#), S. Kakkos [a,h](#), A. Abbott [b](#), A.R. Naylor [c](#), T. Richards [d](#), D.P. Mikhailidis [e](#), G. Geroulakos [a,f](#), A.N. Nicolaidis [a,g](#)

a Department of Vascular Surgery, Imperial College, London, UK

b The School of Public Health and Preventive Medicine, Monash University, Melbourne, Australia

c Department of Vascular Surgery, Leicester Royal Infirmary, Leicester, UK

d Department of Vascular Surgery, University College London, London, UK

e Department of Clinical Biochemistry (Vascular Disease Prevention Clinics), Royal Free Hospital Campus, University College London, London, UK

f Department of Vascular Surgery, Ealing Hospital, London, UK

g Department of Surgery, University of Nicosia Medical School, Nicosia, Cyprus

h Department of Vascular Surgery, University of Patras, Patras, Greece

Objetivo: Los estudios recientes en pacientes con patología carotídea asintomática con tratamiento médico de elección han mostrado que el riesgo de ictus anual ha disminuido a aproximadamente el 1%. No existe evidencia de que haya ocurrido una disminución similar en la mortalidad. Por otro lado, no se ha determinado todavía la intensidad del tratamiento con estatinas en estos pacientes. El objetivo de esta revisión fue determinar (a) la mortalidad a largo plazo por cualquier causa y por cardiopatía en los pacientes con una estenosis carotídea asintomática (ECA) > 50%, (b) si ha habido una disminución de la mortalidad en los últimos años, (c) los métodos disponibles para la estratificación de riesgo de mortalidad, y (d) si pueden ser aplicadas a este grupo de pacientes las recomendaciones para el tratamiento de los lípidos plasmáticos de las últimas guías ACC/AHA.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática en PubMed, EuroPubMed y la Cochrane Library, y un metaanálisis usando un modelos de efectos aleatorios para proporciones agrupadas, en relación a la mortalidad por cualquier causa y por cardiopatía, y los factores de riesgo asociados a los pacientes con ECA. El último día de la búsqueda en la literatura fue el 30 de octubre de 2014.

Resultados: Se extrajeron 17 estudios que presentaban una mortalidad por cualquier causa a los 5 años en 11391 pacientes con una EAC >50%. La mortalidad por cualquier causa acumulada a los 5 años en los 17 estudios fue del 23% (IC del 95% 20,50–26,80). Se identificaron doce estudios adicionales, que presentaban mortalidad por cualquier causa y por cardiopatía con un mínimo de 2 años de seguimiento, con un total de 4072 pacientes. Quinientos ochenta y nueve fallecimientos de los 930 presentados, (62,9%; IC del 95% 58,81–66,89) estaban asociados a cardiopatía. Esto se traduce a una mortalidad media asociada a cardiopatía del 2,9% por año.

Conclusiones: La mortalidad por cualquier causa y por cardiopatía en los pacientes con ECA es muy alta. Aunque es posible una estratificación del riesgo, la mayoría de los pacientes se clasificaron como de alto riesgo. A la vista de dicho alto riesgo, si deben cumplirse las nuevas guías ACC/AHA respecto al manejo de los lípidos plasmáticos, está indicado un tratamiento con estatinas agresivo.

Palabras clave: *All-cause mortality* – mortalidad por cualquier causa; *Asymptomatic carotid stenosis* – estenosis carotídea asintomática; *Cardiac-related mortality* – mortalidad por cardiopatía; *Statin therapy* – tratamiento con estatinas.

Resultados Iniciales del Tratamiento de los Aneurismas Aórticos Toracoabdominales con Endoprótesis con Fenestraciones Realizadas por los Operadores

F. Cochenec ^{a,*}, H. Kobeiter ^b, M. Gohel ^c, M. Leopardi ^a, M. Raux ^a, M. Majewski ^a, P. Desgranges ^a, E. Allaire ^a, J.P. Becquemin ^a

^a Department of Vascular Surgery, Henri Mondor Hospital, Créteil, France

^b Department of Radiology and Medical Imaging, Henri Mondor Hospital, Créteil, France

^c Department of Vascular Surgery Addenbrooke's Hospital, Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust, UK

Objetivos: El objetivo fue determinar si las endoprótesis con modificaciones realizadas por los operadores (EMRO) son seguras y eficaces para el tratamiento de pacientes de alto riesgo con aneurismas aórticos toracoabdominales (AATA).

Diseño: Estudio unicéntrico retrospectivo.

Material: Se evaluó a los pacientes consecutivos con AATA tratados con técnica endovascular con EMRO entre enero de 2012 y junio de 2014.

Métodos: Se realizaron fenestraciones para preservar ramas aórticas en endoprótesis torácicas TX2 (Cook Medical). Se recogió información pre-, intra- y postoperatoria en una base de datos prospectiva.

Resultados: Se practicó el tratamiento endovascular fenestrado con EMRO en 11 pacientes de alto riesgo con AATA (tipo I, n = 4; tipo III, n = 3; tipo IV, n = 3; tipo V, n = 1). Las indicaciones de tratamiento fueron dolor (n = 5), diámetro >70 mm con crecimiento rápido (n = 4), morfología sacular (n = 1), y falso aneurisma de un parche visceral tras el tratamiento convencional de un AATA de tipo IV (n = 1). En cuatro pacientes asintomáticos se practicó una fenestración adicional para la perfusión selectiva del saco temporal que se ocluyó entre dos y cuatro semanas después. La media del tiempo empleado para realizar las modificaciones fue de 2 horas (rango 1-3 horas). La mediana del número de fenestraciones fue 3 (rango 2-4). Un paciente falleció durante el periodo postoperatorio por isquemia de colon, lo que supuso una tasa de mortalidad hospitalaria del 9%. Cuatro (36%) pacientes presentaron complicaciones de moderadas a severas. Un (9%) paciente presentó una paraparesia que se resolvió después del drenaje de líquido cefalorraquídeo. Cuatro pacientes de los supervivientes precisaron una reintervención endovascular precoz por endofugas de tipo III (n = 2), de tipo Ia (n = 1), o por fracaso en la cateterización de rama (n = 1). La mediana del seguimiento fue 6 meses (rango 3 – 20 meses). Durante el seguimiento, no se presentaron otras complicaciones y todas las ramas permanecieron permeables. Un paciente presentó una endofuga de tipo II persistente.

Conclusión: Las EMRO proporcionan unos resultados a corto plazo aceptables y pueden ser una opción de tratamiento de los AATA en pacientes de alto riesgo seleccionados. Las cuestiones acerca de la durabilidad deben ser evaluadas con estudios adicionales con un seguimiento a largo plazo.

Palabras clave: *Thoraco-abdominal aortic aneurysm* – aneurisma aórtico toracoabdominal; *Fenestrated stent grafting* – tratamiento con endoprótesis fenestradas; *Branched stent grafting* – tratamiento con endoprótesis ramificadas; *Endovascular repair of aortic aneurysm* – tratamiento endovascular de aneurismas aórticos.

Tratamiento Endovascular e Inmunosupresor Complementario en la Enfermedad de Behçet con Afectación Aórtica

O. Balcioglu a, S. Ertugay b,* , H. Bozkaya c, M. Parildar c, H. Posacioglu b

a Department of Cardiovascular Surgery, Near East University, North Cyprus, Cyprus

b Department of Cardiovascular Surgery, Ege University Medical Faculty Hospital, Izmir, Turkey

c Department of Radiology, Ege University Medical Faculty Hospital, Izmir, Turkey

Objetivos: Los aneurismas aórticos son una complicación importante en la enfermedad de Behçet, y el tratamiento quirúrgico comporta un riesgo de pseudoaneurismas recurrentes. Se presentan los resultados del tratamiento endovascular con un tratamiento inmunosupresor complementario en casos de enfermedad de Behçet con afectación aórtica.

Materiales: Estudio retrospectivo. Nueve pacientes con enfermedad de Behçet (8 varones, mediana de edad 41 años, rango 33-60 años) fueron tratados con técnica endovascular por un pseudoaneurisma abdominal o toracoabdominal.

Métodos: El estudio con angiografía por tomografía computadorizada mostraba un pseudoaneurisma infrarrenal en seis (66,6%) pacientes y suprarenal en tres (33,3%). Los pacientes recibieron tratamiento inmunosupresor oral con prednisolona (60 mg/día) y ciclofosfamida (200 mg/día) durante dos o más semanas antes del procedimiento, e hidrocortisona (200 mg/día) endovenosa combinada con ciclofosfamida (200 mg/día) durante 3 días después del procedimiento. Posteriormente, se mantuvo la inmunosupresión oral durante 2 años.

Resultados: Se implantó una prótesis recta en siete pacientes y una bifurcada en dos. Se practicó un procedimiento secuencial (derivación de ramas viscerales previa al tratamiento endovascular) en tres pacientes con pseudoaneurismas toracoabdominales. La implantación de las endoprótesis se realizó con éxito en todos los pacientes, sin complicaciones perioperatorias. Sin embargo, dos pacientes precisaron una exploración abdominal posterior: uno por un seroma periprotésico y otro por una fistula entre el duodeno y un injerto de derivación. No se observaron recurrencias del pseudoaneurisma durante un seguimiento medio de 40 ± 16 meses. Un paciente falleció el 15º mes por una causa no vascular.

Conclusiones: La implantación de una prótesis endovascular con un tratamiento inmunosupresor complementario parece ser seguro y eficaz en el tratamiento de la enfermedad de Behçet con afectación aórtica, pero esta estrategia de tratamiento necesita ser evaluado.

Palabras clave: *Behçet' s syndrome* – síndrome de Behçet; *Behçet' s disease* – enfermedad de Behçet; *Immunosuppressive agents* – inmunosupresores; *Endovascular techniques* – técnicas endovasculares; *Pseudoaneurysm* – pseudoaneurisma; *False aneurysm* – falso aneurisma.

Primeros Resultados de la Técnica de Reconstrucción Endovascular Cubierta de la Bifurcación Aórtica en la Enfermedad Oclusiva Aortoiliaca

F.A.B. Grimme [a](#), P.C.J.M. Goverde [b](#), P.J.E.M. Verbruggen [b](#), C.J. Zeebregts [c](#), M.M.P.J. Reijnen [a,*](#)

[a](#) Department of Surgery, Rijnstate Hospital, Arnhem, The Netherlands

[b](#) Vascular Clinic ZNA, ZNA Stuiverberg Hospital, Antwerp, Belgium

[c](#) Department of Surgery (Division of Vascular Surgery), University Medical Center Groningen, University of Groningen, Groningen, The Netherlands

Objetivo: Se presentan en este estudio los primeros resultados de una nueva técnica de reconstrucción de la bifurcación aórtica con stents cubiertos, en pacientes con enfermedad oclusiva aortoiliaca. Con la técnica CERAB (del inglés *Covered Endovascular Reconstruction of the Aortic Bifurcation*), se reproduce la anatomía y fisiología de la bifurcación iliaca.

Material y métodos: Se practicó la técnica CERAB en 103 pacientes (51 varones, 52 mujeres) con lesiones oclusivas a nivel de la bifurcación aórtica, en dos clínicas en el periodo comprendido entre 2009 y marzo de 2014. La mediana de la edad era 61 años (rango 36-85 años). Se evaluó la morfología de las lesiones con angiografía por TC. Se trataron seis lesiones TASC II de tipo B, nueve de tipo C y 88 de tipo D. El seguimiento tuvo una mediana de 12 meses (rango 0 – 49 meses) y consistió en la evaluación clínica, el índice tobillo-brazo y la exploración con ecodoppler.

Resultados: Se consiguió un éxito técnico en 98 intervenciones (95,1%). Las lesiones no pudieron ser recanalizadas en cinco casos. La permeabilidad primaria al año fue del 87,3% y a los 2 años del 82,3%, mientras que la permeabilidad secundaria al año fue del 95,0% y del 95,0% a los 2 años. La media del índice tobillo-brazo mejoró de forma significativa de $0,64 \pm 0,21$ a $0,91 \pm 0,14$ después del procedimiento ($p < 0,001$). La tasa total de complicaciones a los 30 días fue del 23,3%, con 22 complicaciones menores y dos mayores (1,9%). No hubo fallecimientos durante los primeros 30 días. La estancia hospitalaria media fue de 2 días (rango 1–16 días).

Conclusiones: La técnica CERAB parece ser una alternativa a la reconstrucción quirúrgica de la bifurcación aórtica segura y practicable en la enfermedad oclusiva compleja. Son necesarios estudios comparativos con el actual tratamiento de referencia.

Palabras clave: *Aortic bifurcation* – bifurcación aórtica; *Aortoiliac* – aortoiliaco; *Arterial occlusive disease* – enfermedad arterial oclusiva; *CERAB* – CERAB; *Covered stents* – stent cubierto; *Peripheral vascular disease* – enfermedad vascular periférica.

Resultados a los 5 Años del Ensayo Clínico Controlado con Asignación Aleatoria RELACS: La Recurrencia Local Es Más Frecuente Después de la Ablación Endovascular con Láser Comparada con la Ligadura del Cayado y Fleboextracción

K. Rass [a,b,*](#),e, N. Frings [c,e](#), P. Glowacki [c](#), S. Gräber [d](#), W. Tilgen [a](#), T. Vogt [a](#)

a Department of Dermatology, Venerology and Allergology, Saarland University Hospital, Homburg, Germany

b Eifelklinik St. Brigida, Vein and Skin Centre, Simmerath, Germany

c Capio Mosel-Eifel-Klinik, Clinic for Vein Disorders, Bad Bertrich, Germany

d Institute of Medical Biometry, Epidemiology and Medical Informatics, Saarland University Hospital, Homburg, Germany

Objetivo: Comparar la eficacia clínica a largo plazo de la ablación endovascular con láser (AEVL) con la ligadura de cayado y fleboextracción (LCF) como tratamiento estándar de la insuficiencia de la vena safena interna (VSI).

Deiseño: Los investigadores iniciaron un ensayo controlado con asignación aleatoria en dos centros, con un seguimiento de 5 años,

Material y métodos: Se practicaron las intervenciones en pacientes ambulatorios y hospitalizados en dos centros flebológicos, un departamento de Dermatología universitario (AEVL) y una clínica especializada en flebología (LCF). Se realizó la asignación a AEVL o LCF de 400 pacientes con insuficiencia de la VSI. Se trató según protocolo a 185 y 161 pacientes (igual número de miembros), respectivamente. Los principales resultados evaluados fueron la recurrencia varicosa después de la intervención (clasificación REVAS, objetivo primario del estudio), la recurrencia safenofemoral detectada con ecodoppler, la puntuación en la escala de severidad clínica (*Homburg Varicose Vein Severity Score*), la calidad de vida (*Chronic Venous Insufficiency Questionnaire 2*), las complicaciones, y la satisfacción de los pacientes a los 5 años del tratamiento.

Resultados: Se realizó la evaluación de 181 extremidades (81% de la población del estudio) con una mediana de seguimiento de 60,4 (AEVL) y 60,7 (LCF) meses. En total, se observó una recurrencia similar en los dos grupos, según la clasificación REVAS: 45% (AEVL) y 54% (HLS), $p = 0,152$. Los pacientes tratados con ALEV presentaron una recurrencia clínica en la zona intervenida mayor, de forma significativa (REVAS: misma localización): 18% frente a 5%, $p = 0,002$. Por el contrario, se observó una mayor recurrencia en zonas diferentes a las intervenidas en el grupo de LCF: 50% frente a 31%, $p = 0,002$. El estudio con ecodoppler identificó con mayor frecuencia un reflujo safenofemoral después de la AEVL: 28% frente a 5%, $p < 0,001$. Ambos tratamientos mejoraron la severidad de la enfermedad y la calidad de vida, sin que se observaran diferencias.

Conclusiones: La AEVL y la LCF son comparables en eficacia, respecto a la evaluación de la clasificación REVAS, la mejoría de la severidad clínica y la calidad de vida. Respecto a la recurrencia clínica en la misma localización y el reflujo safenofemoral, la LCF es superior a la AEVL a los 5 años de tratamiento.

Palabras clave: *Endovenous laser ablation* – ablación endovascular con láser; *Great saphenous vein* – vena safena interna; *High ligation and stripping* – ligadura del cayado y fleboextracción; *Long-term efficacy* – eficacia a largo plazo; *Randomized controlled trial* – ensayo controlado con asignación aleatoria; *Varicose vein recurrence* – recurrencia varicosa.