

Revisión sistemática de la evolución de pseudoaneurismas distales como complicación de la disección de la arteria carótida interna

K.I. Paraskevas ^a, A.J. Batchelder ^b, A.R. Naylor ^{b,*}

^a Department of Vascular Surgery, Southampton University Hospital, Southampton, UK

^b Department of Vascular Surgery, Vascular Research Group, Division of Cardiovascular Sciences, Clinical Sciences Building, Leicester Royal Infirmary, Leicester, UK

Introducción: Entre un 13 y un 49 % de las disecciones de la arteria carótida interna (DACI) se complican con pseudoaneurismas distales. En vista de la poca evidencia disponible sobre su curso clínico, tasa de crecimiento y tratamiento óptimo, se realizó una revisión sistemática de la literatura para establecer la historia natural de los pseudoaneurismas distales no intervenidos tras DACI.

Métodos: Búsqueda sistemática en las bases de datos PubMed/MEDLINE, Embase y Cochrane hasta el 13 de agosto de 2015. Se buscaron reportes de evolución clínica y seguimiento por imagen en pacientes con pseudoaneurisma asociado a DACI, con especial interés en la evolución de los no operados.

Resultados: Se encontraron ocho estudios sobre evolución y resultados de pseudoaneurismas asociados a DACI, en 166 pacientes. Cinco de los 166 pseudoaneurismas (3%) aumentaron de tamaño; 86 (52 %) permanecieron sin cambios, 35 (21 %) disminuyeron de tamaño, 32 (19%) se resolvieron completamente, tres (2 %) se trombosaron y cinco (3 %) requirieron reparación quirúrgica. Otros cuatro (2 %) precisaron intervención tardía (0,5 a 5 años después). Durante el seguimiento, ninguno de los pseudoaneurismas no operados provocó clínica neurológica o compresiva.

Conclusiones: En esta revisión sistemática, más del 95 % de los pseudoaneurismas de carótida interna distal que aparecieron tras DACI no aumentaron de tamaño ni se asociaron con síntomas neurológicos tardíos, sugiriendo que el manejo terapéutico óptimo es conservador, con seguimiento seriado. Se necesitarían estándares de comunicación en diagnóstico y seguimiento para definir mejor la historia natural, ya que casi todos los estudios presentaron sesgos importantes.

El uso de protamina reduce las complicaciones hemorrágicas sin incrementar el riesgo de ictus tras endarterectomía carotídea: un metaanálisis

J.D. Kakisis ^{a,*}, C.N. Antonopoulos ^a, K.G. Moulakakis ^a, F. Schneider ^b, G. Geroulakos ^a, J.B. Ricco ^b

^a Department of Vascular Surgery, "Attikon" Hospital, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

^b Department of Vascular Surgery, Jean-Bernard Hospital, University of Poitiers, Poitiers, France

Objetivos: El objetivo fue evaluar la seguridad y eficacia de revertir el efecto de la heparina con protamina tras realizar una endarterectomía de carótida (CEA), resumiendo datos procedentes de estudios aleatorizados y no aleatorizados.

Método: El presente estudio es un metaanálisis. Las *odds ratio* agrupadas (ORs) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%) se calcularon en base a la ocurrencia de hematoma postquirúrgico e ictus en pacientes con y sin administración de protamina tras CEA. Se realizó un análisis de metarregresión para comprobar si las diferencias encontradas se modificaban en base a potenciales predictores relacionados con el paciente, el procedimiento, el año de publicación, el uso de anestesia general, el número de pacientes tratados, la edad media (en años), el sexo masculino, la clínica neurológica, el uso de parche y el uso de shunt.

Resultados: Se incluyeron siete estudios, con un total de 3817 pacientes que recibieron protamina tras CEA y 6070 pacientes que no la recibieron; sólo un estudio fue aleatorizado. Se constató una reducción estadísticamente significativa en el riesgo de hematoma post-CEA que requiriese reintervención en aquellos pacientes en los que se empleó protamina (OR 0,42, IC95% 0,22-0,80, $p=0,008$). Por el contrario, no se observaron diferencias significativas entre las tasas de ictus de los dos grupos (OR 0,71, IC95% 0,49-1,03, $p=0,07$). El análisis de metarregresión no mostró ningún efecto significativo de los potenciales predictores examinados.

Conclusión: En base a los datos disponibles, la reversión de la heparinización con protamina tras CEA parece reducir el riesgo de hematoma postoperatorio, sin incrementar el riesgo de ictus. Sin embargo, teniendo en cuenta las limitaciones del análisis, se necesitan más estudios para aumentar el nivel de evidencia que aporta el presente metaanálisis.

Análisis de pacientes que acuden por iniciativa propia al programa de screening de aneurisma de aorta abdominal del HNS británico

L. Meecham ^{a,*}, J. Jacomelli ^b, A.D. Pherwani ^a, J. Earnshaw ^b

^a University Hospitals North Midlands NHS Trust, Stoke on Trent, UK

^b NHS Abdominal Aortic Aneurysm Screening Programme (NAAASP), Public Health England, Zone B, Floor 2, Skipton House, 80 London Road, London SE1 6LH, UK

Introducción: El programa de screening aórtico del NHS (NAAASP) selecciona varones en su 65º año de vida para ser examinados, mientras que los que superan esa edad pueden acudir por voluntad propia. La mayoría de estudios se centran en los sujetos seleccionados, conociéndose peor el grupo que acude por propia iniciativa. Nuestro objetivo fue realizar un análisis descriptivo de los varones que acuden al NAAASP de motu proprio.

Métodos: Se recogió información demográfica básica y resultados del examen ecográfico de la base de datos AAA SMaRT. La valoración enfermera aportó además datos sobre hábito tabáquico, presión arterial, altura, peso y tratamiento con antiagregantes y/o estatinas. El análisis estadístico se realizó con SPSS® 20.

Resultados: Un total de 58.899 varones han acudido por iniciativa propia al NAAASP desde su instauración. La edad media al momento de acudir fue de 73 años (rango 47 – 100). El diámetro aórtico medio fue de 1,9 cm (0,8 – 12,1). Se observó un aumento de pacientes valorados por voluntad propia tras campañas organizadas de publicidad. La incidencia de aneurisma de aorta (AAA) fue del 4,1 % ($n=2438$), frente al 1,4 % del grupo seleccionado (65 años), de los que el 7,6 % ($n=186$) tuvo un tamaño superior a 5,5 cm. De ellos, 152 (81,7%) se sometieron a cirugía, que fue endovascular en el 55,3 % de los casos ($n=84$). La mortalidad a 30 días fue del 0 %. La demora media de detección a cirugía fue de 69 días (2 – 361), siendo tratados el 57,9 % ($n=88$) en las primeras 8 semanas tras la detección.

Conclusión: La cohorte que acudió por voluntad propia mostró tasas de detección de AAA superiores a la invitada, justificando sobradamente el coste del screening. Con el NAAASP plenamente operativo, es importante mantener publicidad y campañas en los medios dirigidas a varones mayores de 65 años que, de otro modo, perderían el beneficio del screening seleccionado. Algunos puntos clave aún necesitan un estudio detallado.

Tratamiento endovascular de las vasculopatías de grandes vasos en pacientes infectados por virus VIH

B. Pillay ^{a,e,h,*}, P.K. Ramdial ^{b,f,h,i}, D.P. Naidoo ^{c,e,h}, B. Sartorius ^{d,g,h}, D. Singh ^j

^a Department of Vascular/Endovascular Surgery, Durban, KwaZulu-Natal, South Africa

^b Department of Anatomical Pathology, Durban, KwaZulu-Natal, South Africa

c Department of Cardiology, Durban, KwaZulu-Natal, South Africa
d Department of Public Health, Durban, KwaZulu-Natal, South Africa
e Nelson R Mandela School of Medicine, Durban, KwaZulu-Natal, South Africa
f School of Laboratory Medicine & Medical Sciences, Durban, KwaZulu-Natal, South Africa
g School of Nursing and Public Health, Durban, KwaZulu-Natal, South Africa
h University of KwaZulu-Natal, Durban, KwaZulu-Natal, South Africa
i National Health Laboratory Service, Durban, KwaZulu-Natal, South Africa
j Department of Physics, Durban University of Technology, Durban, KwaZulu-Natal, South Africa

Objetivos: evaluar los resultados del tratamiento endovascular en pacientes con infección por VIH y enfermedad vascular aneurismática u oclusiva asociada

Métodos: análisis retrospectivo de una base de datos mantenida prospectivamente sobre resultados de tratamiento de pacientes con vasculopatías relacionadas con VIH entre abril de 2005 y septiembre de 2015

Resultados: sesenta pacientes con VIH presentaron pseudoaneurisma postraumático (n=7), enfermedad aneurismática (n=24) u oclusiva (n=29, 48%). La mayoría fueron varones (42/60, 70%), con una edad media de 43,9 años (SD ± 12,6). Los seis pacientes con pseudoaneurisma postraumático se trataron mediante implante de un stent cubierto (n=6) o embolización con coils (n=1). Todos estaban excluidos con éxito a 30 días, pero sólo se dispuso de seguimiento tardío en un caso. 23/24 pacientes a los que se implantó una endoprótesis o stent cubierto para tratamiento de enfermedad aneurismática acudieron a la consulta de seguimiento a 30 días, observándose una trombosis intrastent asintomática. Sólo se dispuso de seguimiento tardío en 11 casos, 9 de los cuales permanecían asintomáticos y con el stent permeable. En dos se objetivó oclusión tardía del stent, precisando una amputación mayor del miembro y dejando otro sin tratar. De los 29 tratamientos endovasculares de enfermedad oclusiva, 9 no fueron exitosos (31%), precisando amputación en 8 casos (24%). De los 16 que acudieron al seguimiento, 8 (50%) tuvieron complicaciones tardías, incluyendo 4 amputaciones. En total, 12 de 29 pacientes tratados (41 %) precisaron amputación.

Conclusiones: a corto plazo, la estrategia endovascular se asoció a buenos resultados en pacientes con VIH y enfermedad aneurismática asociada. Por el contrario, los resultados fueron pobres en pacientes con VIH y enfermedad oclusiva. No está claro si este hecho se relaciona con la historia natural de las vasculopatías oclusivas asociadas al VIH. El principal problema para establecer estrategias de manejo adecuadas es la reticencia general de los pacientes con VIH a acudir a las visitas de seguimiento.

Estrategia de tratamiento de la arteria ciática persistente y nueva clasificación según el tipo anatómico

S. Ahn ^{a,c}, S.-K. Min ^{a,c}, S.-I. Min ^a, J. Ha ^a, I.M. Jung ^a, S.J. Kim ^b, H.S. Park ^a, T. Lee ^{a,*}

^a Department of Surgery, Seoul National University College of Medicine, Seoul, Republic of Korea

^b Department of Surgery, Seonam University College of Medicine, Goyang-si, Gyeonggi-do, Republic of Korea

Introducción: La arteria ciática persistente (PSA) es una variante congénita relativamente rara de la vasculatura del miembro inferior, y puede ocasionar manifestaciones clínicas muy variables. El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre anatomía y clínica de la PSA, y sugerir estrategias de manejo terapéutico.

Métodos: Entre 2001 y 2014 se diagnosticaron mediante tomografía computarizada 24 PSAs en 19 pacientes, que fueron derivados al Servicio de Cirugía Vascular. Se recogieron datos demográficos, tipo anatómico de PSA y

arteria femoral, degeneración aneurismática, síntomas y tratamiento realizado. Además, se revisó toda la literatura en lengua inglesa en la base de datos PubMed, desde 1964 a 2014 (224 PSAs en 171 pacientes)

Resultados: Se diagnosticó PSA en 10 varones (52,6%) y 9 mujeres (47,4%). En cinco casos fue bilateral (26,3%) y en 12 casos fue sintomática, siendo hallazgo incidental en otros 7. Según la clasificación de Pillet-Gauffre, el tipo 2a fue el más frecuente ($n=15/24$, 62,5%), presentando dos extremidades tipos no clasificables. Comparando con la literatura, la tasa de oclusión de PSA en este estudio fue superior ($n=10/24$, 41,7% vs. $n=54/224$, 27,5%), pero la incidencia de aneurisma fue inferior ($n=5/24$, 20,8% vs. $n=112/224$, 50,7%). En esta serie 16 extremidades (66,6%) se trataron de forma conservadora y 6 mediante cirugía abierta (4 bypass, una amputación y una trombo-emblectomía). Se realizó embolización con coils en un caso y un procedimiento híbrido con stent cubierto en otro caso con aneurisma. Basado en la presente serie y en los estudios previos, se propone un nuevo sistema de clasificación y tratamiento en función del tipo anatómico y la presencia de aneurisma. De acuerdo a este nuevo sistema, la clase III sería la más frecuente tanto en este estudio (18/24, 75%) como en la literatura revisada, y la presencia de aneurisma sería el determinante más importante del tratamiento quirúrgico

Conclusiones: El nuevo sistema de clasificación es simple y orienta el manejo terapéutico. Debe considerarse tanto la anatomía del sistema arterial femoral como la presencia de aneurisma en la PSA para seleccionar la mejor alternativa. El riesgo de embolización en presencia de aneurisma es un factor importante para indicar el tratamiento, requiriendo un bypass en la mayoría de los casos de clase III y IV.

El tratamiento ambulatorio puede curar las úlceras venosas recalcitrantes incluso en presencia de enfermedad arterial periférica

G. Mosti ^{a,*}, A. Cavezzi ^b, G. Massimetti ^c, H. Partsch ^d

^a Angiology Department, MD Barbantini Clinic, Lucca, Italy

^b Eurocenter Venalinfa, S. Benedetto del Tronto, Italy

^c UO Psichiatria I Universitaria, University of Pisa, Pisa, Italy

^d Medical University of Vienna, Wien, Austria

Introducción y objetivos: La enfermedad arterial periférica (EAP) coexiste en un 15-20% de los pacientes con úlceras venosas recalcitrantes (UVR). En estos casos se recomienda frecuentemente la revascularización, y se contraindica la terapia compresiva si el índice tobillo-brazo (ITB) es inferior a 0,8. El objetivo de este estudio fue comparar los resultados del tratamiento de úlceras venosas recalcitrantes en pacientes sin enfermedad arterial concomitante (úlcera venosa recalcitrante pura, o UVRp) y con EAP asociada (úlcera venosa recalcitrante mixta arterial y venosa, o UVRmav), tratando exclusivamente la enfermedad venosa.

Métodos: Revisión retrospectiva de un registro de 180 pacientes con UVR tratados entre enero de 2011 y julio de 2014. En total, 109 presentaron UVRp y 71 UVRmav con EAP moderada, definida por un ITB entre 0,5 y 0,8. Los pacientes se trataron con apósitos locales, escleroterapia ecoguiada de las venas superficiales incompetentes y compresión inelástica modificada de menos de 50 mmHg. Ningún paciente fue revascularizado, y el seguimiento se prolongó hasta la cicatrización de la úlcera.

Resultados: Las características demográficas de los pacientes con UVRp y UVRmav fueron similares. Hubo 25 pérdidas de seguimiento, por lo que se analizaron los resultados de 93 pacientes con UVRp (85,4%) y 62 con UVRmav (87,4%). El tiempo máximo hasta la cicatrización fue de 48 semanas en el grupo con UVRp y de 52 en el grupo con UVRmav ($p=0,009$). La mediana de tiempo hasta cicatrización fue de 23 (UVRp) vs 25,5 (UVRmav) semanas ($p=0,30$). La incompetencia del sistema venoso profundo ($p<0,001$), el área de la úlcera ($p<0,001$), la EAP concomitante ($p=0,002$) y el tiempo de evolución de la úlcera ($p<0,001$) se asociaron con un tiempo hasta cicatrización superior.

Conclusión: El tratamiento de las úlceras venosas recalcitrantes mediante escleroterapia ecoguiada y compresión modificada es exitoso, incluso si subyace enfermedad arterial periférica moderada y no tratada activamente.