

FLEBOLOGÍA

Año 38 / N° 1

Noviembre
de 2012

ISSN 0325-4666

Revista Flebología es el Órgano de Difusión Científica de la Sociedad Argentina de Flebología y Linfología y de la Unión Internacional de Flebología.

Fundada en abril de 1977.



Sociedad Argentina de
Flebología y Linfología



Asociación Médica
Argentina

Determinación de la continencia valvular

Dr Víctor Spano

Tratamiento de perforantes insuficientes con láser percutáneo bajo control *Eco Doppler Color*

Dr Ezequiel Pietravallo

Úlceras neoplásicas de miembros inferiores

Dr Félix Francisco Pace, Dra Clelia Di Loreto

Fístulas arterio-venosas en miembro inferior. Opciones terapéuticas

Dr Daniel García

Reconstrucción de la vena cava inferior por invasión de carcinoma renal

Dres Enrique Ferracani Ristenpart, Carlos Del Mazo, Ricardo Levin,
Marcela Degrange, Diego Amuchastegui, Carlos Campos Funes,† Rubén Moreno†

Año 38 / N° 1
Noviembre de 2012

FLEBOTROPIN 500

Fracción flavonoide purificada y micronizada

Beneficio terapéutico
decisivo para pacientes
con:

- Insuficiencia venosa crónica de miembros inferiores
- Crisis hemorroidal



Presentaciones:

Flebotropin 300 envases con 20 y 40 comprimidos

Flebotropin 500 envases con 30 comprimidos



Actúa rápida y eficazmente sobre los síntomas de la IVC



nolien

Extracto seco de ruscus aculeatus • Hesperidina metilchalcona • Ácido ascórbico

INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA

2 a 3 cápsulas por día

DESÓRDENES GINECOLÓGICOS

2 a 3 cápsulas por día

SÍNDROME HEMORROIDAL

4 a 5 cápsulas por día

ENVASES CONTENIENDO 30 Y 60 CÁPSULAS



IOMA
Instituto de Obra Médico Asistencial



VALE+
SALUD

 @Lab_Craveri

 Laboratorios Craveri

 Laboratorios Craveri


CRAVERI
www.craveri.com.ar



daflon[®] 500mg

Diosmina - Hesperidina Micronizada

**TRATAMIENTO DE REFERENCIA MUNDIAL
POR SU PODEROSA EFICACIA CLÍNICA
Y SU PERFIL DE SEGURIDAD**

INDICACIONES



**PATOLOGÍA
VENOSA**

2 COMPRIMIDOS DIARIOS

INDICACIONES



**PATOLOGÍA
HEMORROIDAL**

HASTA 6 COMPRIMIDOS DIARIOS

MECANISMO DE ACCION



*Aumenta
el tono venoso*



*Aumenta
el drenaje linfático*



*Protege
la microcirculación*

FÓRMULA MICRONIZADA

FLEBOLOGÍA

Revista Flebología es el Órgano de Difusión Científica de la Sociedad Argentina de Flebología y Linfología y de la Unión Internacional de Flebología, entidad fundada en 1968. Personería Jurídica INJ 01211

Flebología, fue fundada en la Ciudad de Buenos Aires el 5 de abril de 1977 por los Dres Miguel Iusem, García Méndez y Félix Francisco Pace



Sociedad Argentina de
Flebología y Linfología



Asociación Médica
Argentina

Miembros del consejo Científico Consultivo de Honor

Dres. Saul Umansky, Altmann Canestri, Osvaldo Andoniades,
Aurora Avramovic, Daniel Balboni, José Ciucci, Never Rosli, César Sánchez,
Armando Schapira, Victor Spano, Eduardo Tkach

Comisión Directiva de la Revista Argentina de Flebología

Director Científico

Dr Félix Francisco Pace

Directores

Dr Jorge Alberto Fernández

Dr Alejandro Pedrazzoli

Secretario administrativo

Dr Gonzalo Orallo

Secretaria de Prensa y Difusión

Dra Clelia Di Loreto

Corrector

Hernán Sassi

Encargado de Edición y Publicidad

Establecer contacto con raulgroizard@gmail.com

Tel. 4864-8716

La Sociedad Argentina de Flebología y Linfología
realiza reuniones científicas los segundos viernes de cada mes en la
Asociación Médica Argentina, Santa Fe 1171, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Horario: de 20.00 a 22:00 hs. Tel: 4811-1633 (int. 106).

www.sociedadflebologia.com

FLEBOLOGÍA



Revista Flebología es el Órgano de Difusión Científica
de la Sociedad Argentina de Flebología y Linfología
y de la Unión Internacional de Flebología.



Fundada en la ciudad de Buenos Aires el 5 de abril de 1977
por los Dres Miguel Iusem, García Méndez y Félix Francisco Pace

Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Flebología y Linfología

Comisión Directiva de la Unión Internacional de Flebología (U.I.P.)

Presidente	Dr Félix Francisco Pace	felix.pace@fundapreve.org.ar
Vicepresidente	Dr Juan Carlos Krapp	jckrapp@yahoo.com.ar
Secretario General	Dr Roberto Mirábile	drmirabile@hotmail.com
Tesorero	Dr Jorge Fernández	joralferr@gmail.com
Pro secretario	Dr Daniel Onorati	donorati@hotmail.com
Secretario Científico	Dr Miguel Avramovic	miavra@hotmail.com
Secretario de Linfología	Dr Alejandro Pedrazzoli	dr_pedrazzoli@hotmail.com
Pro tesorero	Dr Diego Ferrari Tropper	diegotropper@yahoo.com.ar
Pro secretario Científico	Dr Carlos Simkin	cgsimkin@yahoo.com.ar
Vocales Titulares	Dr Sergio Garbarz	sgarbarz@fibertel.com.ar
	Dr Roberto A Chetti	robertoalmeida75@gmail.com
	Dr Miguel Vietto	mvietto@nettaxi.com
	Dr José Alabarse	jjalabarse@hotmail.com
Vocales Suplentes	Dr Ricardo Babaitis	rbabaitis@gmail.com
	Dr Gonzalo Orallo	orallog@hotmail.com
	Dra Clelia Di Loreto	cledio@hotmail.com
Relaciones Exteriores	Dr Daniel Balboni	dbalboni@fibertel.com.ar
	Dr Never Rosli	info@rosli.com.ar
	Dr Armando Schapira	schapira@cimero.org.ar
	Dr Roberto Simkin	robsim@ciudad.com.ar
Órgano de Fiscalización		
Titulares	Dr Osvaldo Andoniades	drandoniades@hotmail.com
	Dr Eduardo Tkach	etkach@sion.com.ar
	Dr Néstor Chapero	flebonea@gmail.com
Suplentes	Dr José Luis Ciucci	jciucci@intramed.net.ar
	Dra Aurora Avramovic	aurora.avramovic@gmail.com
	Dr David Lesnik	davidlesnik@yahoo.com.ar
Relaciones Institucionales	Dr Víctor Spano	vsspano@hotmail.com
	Dra Fernanda Bigliani	fernandabigliani@yahoo.com.ar
	Dr Miguel Radis	miguelradis@yahoo.com.ar

Presidente Fundador de Honor
Raymond Tournay

Presidentes de Honor

Dr. Saul Umansky
Dr. Never Rosli

Ex Presidente

Eberhard Rabe

Presidente

Angelo Scuderi

Vice-Presidentes

Mehmet Kurtoglu
Nick Morrison
Felizitas Pannier
Kurosh Parsi
Armando Schapira

Secretario General

Ivan Staelens

Secretario General Adjunto

Pier Luigi Antignani

Tesorero

Jean-Jérôme Guex

FLEBOLOGÍA



Revista Flebología es el Órgano de Difusión Científica
de la Sociedad Argentina de Flebología y Linfología
y de la Unión Internacional de Flebología.



Fundada en la ciudad de Buenos Aires el 5 de abril de 1977
por los Dres Miguel Iusem, García Méndez y Félix Francisco Pace

Índice general

Editorial	Tiempo de cambios 4 Dr Félix Francisco Pace
	Una Sociedad con historia 5 Prof Dr Elías Hurtado Hoyo
Discurso	Discurso de apertura de SAF y L 7 Dr Félix Francisco Pace
Ex-Presidentes	Nómina de Ex-Presidentes de la Sociedad Argentina de Flebología 9
Artículos Originales	Determinación de la continencia valvular 11 Dr Víctor Spano
	Tratamiento de perforantes insuficientes con láser percutáneo bajo control <i>Eco Doppler Color</i> 14 Dr Ezequiel Pietravallo
	Úlceras neoplásicas de miembros inferiores 23 Dres Félix Francisco Pace, Clelia Di Loreto
	Fístulas arterio-venosas en miembro inferior. Opciones terapéuticas 28 Dr Daniel García
	Reconstrucción de vena cava inferior por invasión de carcinoma renal 37 Dres Enrique Ferracani Ristenpart, Carlos Del Mazo, Ricardo Levin, Marcela Degrange, Diego Amuchastegui, Carlos Campos Funes,† Rubén Moreno†
Noticias	XX Congreso Argentino e Internacional de Flebología y Linfología 43
	XVII World Meeting of the Union Internationale de Phlébologie 44
	XVI Congreso Panamericano de Flebología Linfología 44
	Requisitos para pertenecer a la Sociedad Argentina de Flebología y Linfología. Miembro Adherente / Miembro Titular 45
	Requisitos para Título de Especialista 45
Requisitos Generales para la Recertificación 48	

Tiempo de cambios

Dr Félix Francisco Pace

*Presidente de la Sociedad Argentina de Flebología y Linfología.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.*

Flebología 2012;38:4



Este año constituye un hito particular en la Flebología Argentina, especialmente en el seno de la Sociedad Argentina de Flebología y Linfología porque precisamente en cumplimiento de sus estatutos vigentes, acontece el cambio de gestión, teniendo el honor de asumir la Presidencia durante este bienio 2012-2013.

Ser erigido Director Científico de la revista, significa sin dudas no solo un honor, sino una gran responsabilidad, luego de haber participado en la fundación de la misma, el 5 de abril de 1977, cuando iniciaba mis primeras armas en la especialidad gracias a mi maestro el Dr Miguel Iusem.

Se recuerda que la Sociedad Argentina de Flebología y Linfología es la primera institución nacional, perteneciente a la Asociación Médica Argentina y a la Unión Internacional de Flebología; la primera presidida por el Prof Dr Elías Hurtado Hoyo y la segunda por el Prof Dr Angelo Scuderi.

Siendo la institución de mayor trascendencia no sólo a nivel nacional, sino también a nivel internacional, demostrada por la prolífica actividad académica, desarrollada desde su fundación en el año 1969, continuando en nuestros días.

Actualmente mantiene estrechos lazos científicos y de confraternidad con las distintas Escuelas de Flebología. Prueba de ello es la realización del XX Congreso Argentino e Internacional de Flebología y Linfología junto con el VI Congreso Universitario de Flebología y Linfología de la Universidad Católica Argentina, en la ciudad de Buenos Aires, los días 16, 17 y 18 de mayo de 2013, presidido por un gran amigo y maestro de la Flebología, el Dr Juan Carlos Krapp.

El permanente avance de la tecnología aplicada a la medicina, y a la Flebología en particular, nos obliga a una actualización permanente de nuestro quehacer diario, sintiendo esta Sociedad el compromiso y la obligación de promoverlos para aportar así un eslabón más en el extenso arsenal de la terapéutica médica.

Finalmente no quería dejar de mencionar el agradecimiento a las distintas empresas, que coadyuvaron en la publicación de este ejemplar.

Correspondencia: Dr Félix Francisco Pace
E-mail: felix.pace@fundapreve.org.ar

Una Sociedad con historia

Prof Dr Elías Hurtado Hoyo

*Prof Consulto Cgja UBA; Doctor Honoris Causa Univ Nac Morón y Fund H Barceló.
Miembro de las Acad Argent Cirug; Cienc Méd Córdoba; Nac Medic Paraguay y Argent de
Ética Médica. Presidente Asociación Médica Argentina.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.*



Flebología 2012;38:5-6

En 1969 un grupo distinguido de grandes cirujanos generales y de otras especialidades relacionadas consideraron la necesidad de reunirse para tratar temas linfovenosos en forma exclusiva. Esta visionaria iniciativa se basaba en la alta incidencia de estas enfermedades en la población, en su gran repercusión en las áreas social y laboral, y sobre todo por la edad de los pacientes. Con un franco apoyo de las autoridades de la Asociación Médica Argentina crearon como Sección de la misma la Sociedad Argentina de Flebología y Linfología. Daban inicio a su actual prestigiado recorrido.

Por aquella época la especialidad establecida por las autoridades sanitarias era la de “Vascular Periférico”, englobando también las afecciones arteriales distales. La labor incansable de vuestras distintas Comisiones Directivas, y con los grandes aportes a estas temáticas que produjeron, muchas originales de nivel internacional, lograron su jerarquización a través del tiempo. El segundo paso de significación que dieron, sin negar el origen clínico-quirúrgico ni los conocimientos de los distintos miembros de la sociedad, fue plantear los requisitos necesarios para definir los límites y las incumbencias para establecer la Especialidad. Los numerosos debates permitieron conseguir un consenso sólido que facilitase el objetivo futuro del reconocimiento sanitario y universitario, lo cual permitiría obtener el Título o el Certificado de Especialista. Me acuerdo de las múltiples reuniones enriquecedoras llevadas a cabo para tal fin, en muchas de las cuales tuve que participar para llevar la opinión, no vinculante, de la AMA. También es la hora de recordar el sacrificio espontáneo de varios de los socios para facilitar este avance; mi reconocimiento por el desprendimiento espontáneo de sus intereses personales. Pero a pesar de tanto esfuerzo dirigido a formar recursos humanos altamente capacitados en el tema y poder encarar una realidad concreta de la comunidad, aún no se ha podido lograr el reconocimiento legal definitivo de la especialidad.

En el camino de ese objetivo, como un aval más, fue muy importante lo aportado por la AMA en 1994 cuando iniciamos el Programa de Recertificación Nacional (CRAMA) en el cual nos propusimos reconocer a la Flebología como una sub-especialidad de Vascular Periférico, de común acuerdo con los representantes del Ministerio de Salud de la Nación. Para ello creamos un Comité Específico Evaluador comprometiendo para su ejecución a Pares Evaluadores de je-

Correspondencia: Prof Dr Elías Hurtado Hoyo
E-mail: presidencia@ama-med.com

rarquía reconocida de vuestra Sociedad y de otras organizaciones afines. Este hecho concreto es de alta significación para vuestro futuro accionar en vista de alcanzar la meta propuesta.

Aprovecho la oportunidad que me ofrece el Dr Félix Francisco Pace de escribir estas líneas para agradecer la amistad que me brindaron la mayoría de los presidentes de vuestra Sociedad. Es más, para resaltar el nivel profesional de varios de los mismos, les menciono que por la influencia de uno de ellos, vuestro primer Presidente, Eduardo Ayas, quien fuera asimismo mi Padrino de Tesis en 1960, me incliné por dedicar mi vida a la medicina a través de la cirugía, contrariando a una figura estelar de la Clínica Médica argentina, don Alfredo Lanari, quien terminada la carrera me invitó a quedarme en su famosa "escuelita". Fue una toma de decisiones muy difícil. Amplió al respecto. Pocas veces, en estos más de cincuenta años, y luego de haber actuado en numerosos centros quirúrgicos nacionales y extranjeros, tuve la oportunidad de observar un cirujano-médico en acción de esa categoría intelectual y técnica. Es el nivel que considero que tenían varios de vuestros pioneros que fui conociendo a través del tiempo.

La actual Comisión Directiva de la AMA les desea a todos vuestros miembros que muy pronto puedan cerrar el círculo científico-educativo de trascendencia que emprendieron vuestros fundadores. Los estaremos acompañando hasta lograrlo. La AMA es vuestra casa. El mejor de los éxitos.

Discurso de apertura de la Sociedad Argentina de Flebología y Linfología

9 de marzo de 2012

Dr Félix Francisco Pace

Presidente de la Sociedad Argentina de Flebología y Linfología. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Flebología 2012;38:7-8

Sres miembros de la Sociedad Argentina de Flebología y Linfología, estimados colegas y amigos:

Haber sido elegido para presidir la Sociedad en la que durante tantos años hemos trabajado, sintiéndola como nuestro segundo hogar, gracias a mi maestro el Dr Miguel Iusem, representa sin duda un gran honor y a su vez una gran responsabilidad.

El desafío es aún mayor si recordamos que la Sociedad Argentina de Flebología y Linfología perteneciente a la AMA y a la Unión Internacional de Flebología, y es la Primera Institución que continúa desarrollando esta especialidad, no sólo en nuestro país, sino también en el exterior.

Con el devenir de los tiempos nuestros antecedentes históricos y académicos permitieron su reconocimiento internacional y marcaron nuevos rumbos en nuestra especialidad, siendo la pionera en el desarrollo de las distintas actividades académicas, hecho demostrado por el prolífico accionar desde su fundación en el año 1968.

Esta presidencia es muy particular, pues constituye un punto de unión, por un lado, entre los fundadores y los grandes maestros

de la Sociedad y por el otro, entre nuestra generación y la de los jóvenes que se van acercando y que seguramente con mayor capacidad continuarán y mejorarán el legado de los maestros.

En lo institucional me comprometo a dirigir a la Comisión Directiva, propendiendo a su engrandecimiento en todas las áreas: incorporación de nuevos socios, aumento de la presencia internacional, continuación de lo actuado en la gestión anterior, revalorización de la formación científica y académica, y desarrollo de la Escuela y la Revista Argentina de Flebología. Además, tendremos la responsabilidad de organizar en el año 2013 el XX Congreso Argentino de Flebología y Linfología en esta ciudad de Buenos Aires.

Asimismo, la Sociedad no podría crecer sin la ardua y silenciosa tarea de todos sus socios, quienes nos acompañan en el quehacer diario y constituyen, sin dudas, el principal objetivo y la verdadera razón de ser.

No nos olvidamos que constituimos una sociedad médica, y por lo tanto, debemos saber que no deja de ser un privilegio de excelencia, logrado con esfuerzo, y que pone en práctica una ciencia difícil y un arte delicado, los cuales se nutren de la imaginación, imprescindibles para la práctica de la Flebología. Recordando también que a su vez constituye un humilde oficio con una noble misión.

Correspondencia: Prof Dr Félix Francisco Pace
E-mail: felix.pace@fundapreve.org.ar

Los desafíos me incentivan a aumentar la potencialidad de trabajo. Muchos de ustedes me conocen de años y saben de la sencillez, sinceridad y honestidad, atributos que estarán siempre a disposición para cada uno de ustedes.

No obstante, pueden tener la plena seguridad y convicción de que su capitán está plenamente preparado para conducir la Sociedad y dispone de una tripulación de excelencia dispuesta a cumplir sus obligaciones para conducir a la Institución, aun en las situaciones más adversas, utilizando, si fuere necesario, como en una embarcación, la navegación de altura para llevarla a buen puerto.

Al presidente saliente, Dr Daniel Balboni, por su brillante gestión en la conducción de la Sociedad, se le ofrecen las más sinceras felicitaciones por su gestión.

Como el futuro es el tiempo en el que transcurrirán nuestra vidas, esperamos encontrarnos dentro de dos años haciendo la entrega de esta presidencia al Dr Juan Carlos Krapp, con quien compartiré la Vicepresidencia.

Ex-Presidentes de la Sociedad Argentina de Flebología



Comentario:

Los dos primeros presidentes fundadores de la Sociedad, entre otros, tuvieron un período de dos años de duración cada uno. Luego se aprueba en Comisión la duración de mandatos de un año hasta 1981, cuando se decide una duración de dos años re elegibles hasta el año 2002, momento en el cual se deroga la reelección, permaneciendo en la actualidad un período de dos años sin reelección.

El Dr Alejandro Pedrazzoli fue nominado en Comisión por unanimidad Presidente interino durante un breve plazo abierto por ausencia del Dr Andoniades, luego nominado post mortem Presidente de Honor.



Dr. Eduardo Ayas
1969-1970



Dr. Saúl Umansky
1971-1972



Dr. Edgardo Altmann Canestri
1973



Dr. César Sánchez
1974



Dr. Hans Dieter Vogt
1975



Dr. Osvaldo Leguizamón
1976



Dr. Miguel Iusem
1977



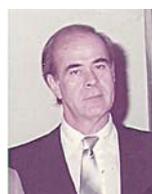
Dr. Eduardo Murga
1978



Dr. Jorge Cigorraga
1979



Dr. Marcelo Cuccarese
1980-1981



Dr. Aníbal García Méndez
1982-1985



Dr. Eugenio Brizzio
1986-1989

Ex-Presidentes de la Sociedad Argentina de Flebología



Dr. Domingo Filippin
1990-1991



Dr. Never Rosli
1992-1993



Dra. Aurora Avramovic
1994-1995



Dr. Víctor Spano
1996-1997



Dr. José Luis Ciucci
1998-2001



Dr. Juan De Simone
2002-2003



Dr. Osvaldo Andoniades
2004-2005



Dr. Alejandro Pedrazzoli
2004 (interino)



Dr. Eduardo Tkach
2006-2007



Dr. Armado Schapira
2008-2009



Dr. Daniel Balboni
2010-2011



Dr. Félix Francisco Pace
2012-2013

Todos los ex-presidentes luego han sido nominados, según consta en actas, Presidentes de Honor, cargo que ocupan en la actualidad.

El Dr Félix Francisco Pace es el presidente en ejercicio en la actualidad.

Dicha compilación ha sido gentileza del Dr Jorge Fernández.

Trabajo científico premiado en el XIX Congreso Argentino e Internacional De Flebología y Linfología. Rosario. Argentina. Mayo de 2011.

Determinación de la continencia valvular

Dr Víctor Spano ¹

Colaboradores: Dr Danilo Carraro, J Plaquin, Dr A Bertolotti, Lic M Álvarez, M Bioingenieros Casciaro, M Guzmán

¹ Servicio de Flebolinfología. Fundación Favaloro. Hospital Universitario. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Flebología 2012;38:11-13

Resumen

El objetivo de este aparato (realizado por el autor) "me co val" (MR) es medir la continencia valvular dentro de una vena ablacionada de cadáver con forma de "cubeta" donde se (sumerge) una vena de 10 a 20 cm de largo, en solución fisiológica, criopreservada (o conservada en nutrientes); del sistema venoso profundo (SVP) de los miembros inferiores.

Se le introduce un líquido a presión controlado por un manómetro que refleja el valor en un display.

Pudimos determinar la presión impresa en el display con valores que oscilan entre 180 a 400 mmhg.

Presento un aparato que nos permitirá medir la continencia valvular dentro de las venas y poder utilizarlas eventualmente en la cirugía de la insuficiencia venosa crónica "transplantes venosos en el SVP" (motivo de otra investigación), con la consiguiente reducción del edema, de la elastocompresión; y así tener una mejor "calidad de vida".

Determination of continence valvular

Summary

The objective of this apparatus (made by the author) "i co val" (MR) it is measured with valvular continence ablated within a vein of cadaver with form of "bucket" where (dives) a vein of 10 a 20 cm of length, at physiological solution, cryopreserved (or preserved in nutrients); the deep venous system (PVS) of the lower members.

Introduces it a liquid pressure controlled by a manometer, reflecting the value in a display.

We were able to determine the printed pressure display, with values that range between 180 to 400 mmhg.

I present a device that us allow measuring the valvular continence within veins and be able to use them eventually in the surgery of venous insufficiency chronicle "venous transplantation in SVP" (reason for another research), with the consequent reduction of edema, of the elastocompression; and so have a better "quality of life".

Introducción

Se mencionan múltiples factores que ocasionan incompetencias de las válvulas venosas:

Correspondencia: Prof. Dr Víctor Spano
E-mail: vsspano@hotmail.com

- Una cascada inflamatoria inicial desempeña un papel preponderante en el proceso de destrucción de las válvulas venosas.1

- Nuevas técnicas como la ecografía-b de flujo permite observar el flujo a través de las válvulas en condiciones fisiológicas.2

Las terapéuticas quirúrgicas a aplicar a la insuficiencia del sistema venoso profundo (SVP) de los miembros inferiores han avanzado muy poco en los últimos años.

Distintas técnicas se están utilizando: bypass veno-venoso (sin y con fístula arterio-venosa "al pie"), interposición venosa autóloga (sin previa determinación "justamente" de la continencia valvular), etc; anticoagulación y elastocompresión concomitante.

A pesar de todas y cada una de ellas, los resultados postoperatorios no han sido buenos.

Objetivo

Hemos tomado otro enfoque. Comenzamos por estudiar venas "cadavéricas" del SVP para determinar la continencia valvular.

Material y métodos

En el Hospital Universitario, nuestro servicio, con la colaboración de homoinjertos (provisión del material) y con el soporte de bio-ingeniería (conexión de las distintas partes del "prototipo") MR, comenzamos a trabajar para ese objetivo.

Se me ocurrió un aparato para poder determinar la "continencia valvular" de las venas de los miembros inferiores para ser utilizadas en cirugía del sistema venoso profundo.

Se trata de un aparato de acrílico tipo cubeta (hermético, sin tapa) que cuando se use pueda ser esterilizado donde se coloca en suspensión y extendida por sus extremos una vena de 10 a 20 cm de largo, previa oclusión de los orificios laterales (ligadura con hilo o

clips; de tributarias/comunicantes), caracterizada por ser obtenida de donante cadavérico entre 18 y 45 años venas de gran calibre (a la que se le efectuaron las pruebas serológicas pertinentes), conectada por el extremo proximal a un manómetro que refleja en un display la presión soportada por la misma.

Las venas utilizadas eran conservadas en nutrientes (rpmi 1.640 c/rojo fenol) o criopreservadas.

Al registrar en el manómetro analógico 3 psi (por la presión ejercida sobre la jeringa), el display del módulo de control registra una presión aproximada a 150 mmhg. A partir de allí se halla "calibrado" (MR). Una vez efectuada la determinación, y considerada la vena con válvulas continentes, la utilizaremos para efectuar un eventual "transplante venoso", previa criopreservación.

Resultados

El número de válvulas en las venas obtenidas fue entre 1 y 3 (segmentos de 10 a 30 cm) de venas profundas (ilíacas, femorales, etc).

El calibrado del mencionado display abarcó un rango de 150 a 600 mmhg.

Por supuesto, la "continencia valvular" estuvo en valores menores, como 180 a 400 mmhg (MR).

Una vez determinada una contención aceptable, se desistió de aplicar mayor presión y se convino que esa vena era "viable" de ser utilizada.

Discusión

Al presente son conocidas distintas modalidades de determinación del número de válvulas dentro de las venas de los miembros inferiores; la anatomía, la histología y la fisiología, confirmadas tanto en seres vivos como cadáveres.

En algunos casos se pudieron determinar presiones retrógradas dentro de las venas. 3-4 Unos con métodos sonoros (reflujo), otros haciendo una incisión longitudinal en la vena a la altura de la válvula y colocando "pesos" a las valvas (por lo cual luego se descartarían).

Conclusión

No conocemos al momento documentos que reflejen un aparato de estas características, como tampoco la mencionada probable aplicación quirúrgica en miembros inferiores.

La invención, en cambio, mide la presión controlada que puede determinarse dentro de un trozo de vena de los miembros inferiores de cadáver; y de resultar aptas y continentes, previa criopreservación, utilizarla para trasplantes venosos del sistema venoso profundo, motivo de otra investigación (MR) de los miembros inferiores en pacientes con insuficiencia venosa crónica (IVC).

Presento un aparato que nos permitirá determinar la continencia valvular venosa y poder utilizarlas eventualmente en la cirugía de la IVC.

Se mejoraría la circulación, se trataría el "reflujo" con la consiguiente reducción del edema, de la elastocompresión; y así tener esos pacientes una mejor "calidad de vida".

Bibliografía

1. Bergman J. Incompetencia de la válvula vnsa, responsable en la fisiopatología de la enfermedad venosa crónica. Facultad de medicina, California. EE.UU. Servier international. Parte 1- 2011.
2. Lurie F. Nuevas técnicas para detectar IVC Universidad de Hawaii, Honolulu. Servier international. Parte 1- 2011.
3. Belentsov SM, Belentsov AS. "Terminal valve of the great saphenous vein; which pressure can it hold?", (válvula terminal de la vena gran safena; que presión puede soportar?). City clinic hospital n° 40, Yekaterinburg, Russian federation. 21st annual meeting. American venous forum. 2009:11-14.
4. Anatomic and histologic studies on the valves of the venous system in lower extremities. Estudios anatómicos e histológicos de las válvulas del sistema venoso de los miembros inferiores. Chinese academy of sciences. 1990:85-90.

Tratamiento de perforantes insuficientes con láser percutáneo bajo control *Eco Doppler Color*

Dr Ezequiel Pietravallo

Médico del Instituto Privado de Flebología y Linfología, Director: Prof Dr A Pietravallo.

Flebología 2012;38:14-22

Nosotros creemos que esta técnica brinda beneficios muy significativos y que es muy auspiciosa en cuanto a sus resultados. Es una técnica que estamos efectuando cada vez con más asiduidad en nuestro equipo de trabajo en los Centros Médicos en los cuales desarrollamos en la actualidad una actividad asistencial clínica y quirúrgica intensiva dirigidos por el Prof Dr Antonio Pietravallo, quien comenzó a efectuar los primeros casos en el año 2004 y a partir de ahí, dado la efectividad obtenida, la venimos desarrollando en

forma sistemática hasta la actualidad y la seguiremos indicando porque es nuestra técnica de elección, sin dejar de reconocer el gran crecimiento a nivel nacional e internacional del tratamiento de venas perforantes insuficientes con ecoesclerosis.

Indicaciones

Esta técnica solo la utilizamos en perforantes insuficientes que cumplen con los siguientes parámetros de indicación:

Perforantes insuficientes

1.- Con la maniobra de compresión de la pantorrilla aparece flujo bidireccional virando del azul a rojo (Carlos D'alotto).

2.- En el *doppler* espectral el pasaje de la curva debajo de la abscisa a la parte superior ante un estímulo compresivo en la pantorrilla (Jorge Segura).

**3.- Diámetro: 4 mm o más (Raúl Lacour - Antonio Pietravallo).
Reunión de Consenso Internacional, 15 al 17 de octubre de 2009, UBA.
*3.5 mm o más: Nicos Labropoulos.**

4.- Duración del reflujo: más de 1 segundo.

5.- Reflujo registrable en sucesivos exámenes *Eco Doppler* (Juan de Simone).

**6.- Las que producen patología secundaria:
A- Várices secundarias a su reflujo.
B- Trastornos tróficos - Dr Antonio Pietravallo.**

Correspondencia: Dr Ezequiel Pietravallo
E-mail: flebologiapietravallo@hotmail.com

¿Por qué indicar el tratamiento de venas perforantes insuficientes?

1

Incompetent perforators. What we think we know.

P A Hertzman - Publicado en *Abstract del American Venous Forum 20th Annual Meeting*
20-23 de Febrero de 2008.

Basado en un consenso de un grupo de expertos flebólogos. Sus conclusiones son:

- 1.- La presencia de venas perforantes insuficientes es importante en la patogénesis de:
 - a- la lipodermatoesclerosis, b- de las úlceras venosas, y c- de las venas varicosas.
- 2.- La ablación de las venas perforantes insuficientes puede mejorar la función:
 - a- vena profunda, b- la lipodermatoesclerosis, c- la curación de úlcera, d- el edema, y e- reducir la recurrencia de úlcera.

Presentation fo the patient with recurrent varices after surgery (REVAS)

Perrin MR, Labropoulos N. Leon LR Jr.
J Vasc Surg 2006 Feb;43(2):327-34; discussion 334.

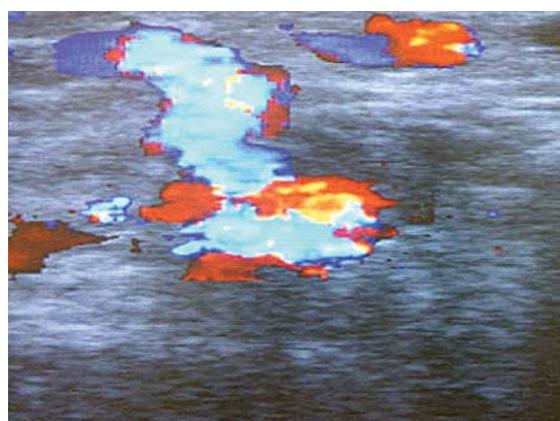
Fueron examinados los sistemas venosos superficial, profundo y perforante, así como también sus accesorias y tributarias.

Fueron examinados 170 pacientes.

3 causas principales:

- | | |
|------------------------------|---------------|
| 1.- Unión safeno-femoral: | 47,2 % |
| 2- Venas perforantes: | 54,7 % |
| 3.- Sistema venoso profundo: | 27,4 % |

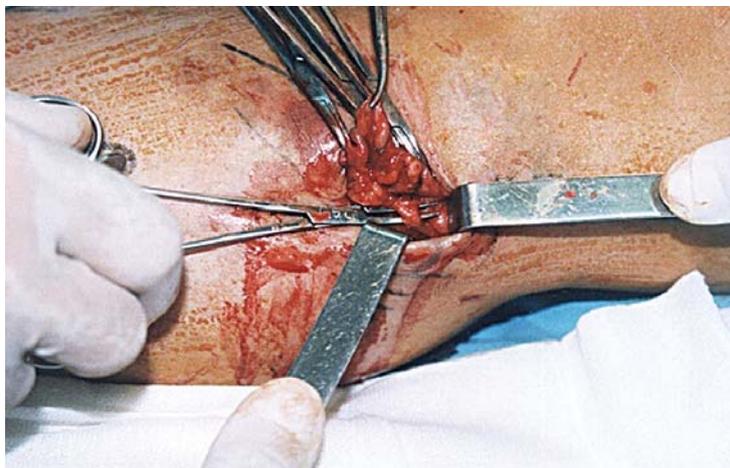
Ejemplos de imágenes ecográficas de perforantes insuficientes



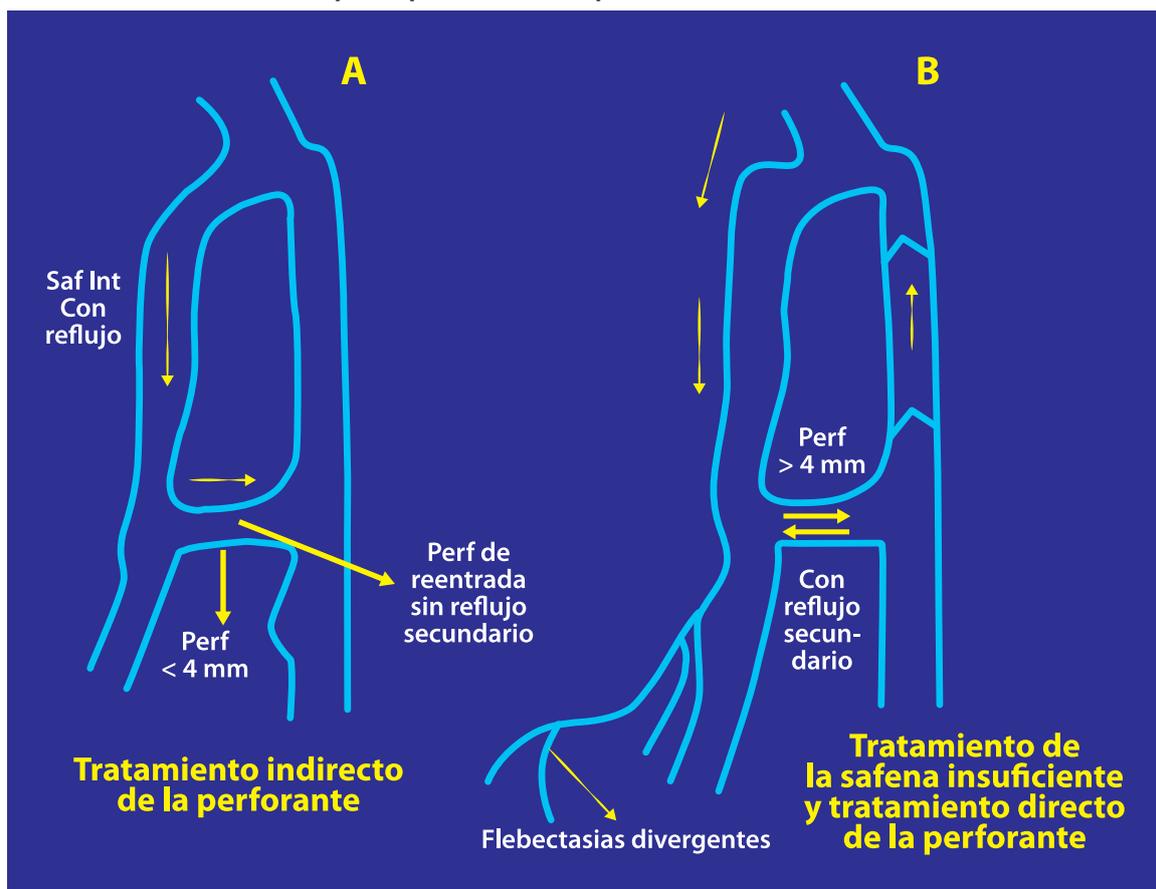
Vena perforante insuficiente de 7 mm



Ejemplos de imágenes quirúrgicas de perforantes insuficientes generando patología secundaria



Hacemos un comentario aparte para las venas perforantes de reentrada



Técnica

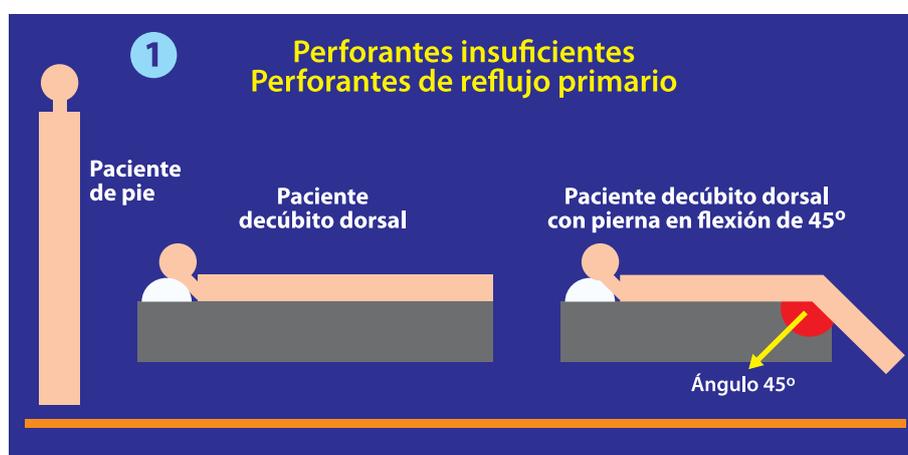
Utilizamos un láser 980, fibra láser de 400 o 600 micras. Para fibra de 400 micras efec-

tuamos la punción con aguja 18 G x 1 ½" y para fibra de 600 micras usamos un Abbot cath 14G.

1- El paciente debe ser estudiado con una precisa topografía de perforantes insuficientes señalando con abscisas y ordenadas el punto exacto de la emergencia aponeurótica (ostium aponeurótico) de la perforante a tratar (método descrito por los Dres Antonio Pietravallo – Ángel Guzmán: "Determinación de perforantes insuficientes mediante coordenadas topográficas", trabajo presentado por primera vez en el año 2004 en la

Sesión Científica de la Sociedad Argentina de Flebología y Linfología).

1. a- Vale recalcar la importancia de la posición en que se le efectúa el *Eco Doppler Color* al paciente puesto que hemos visto y descrito en un trabajo de investigación las variaciones que observamos en el diámetro de las perforantes de acuerdo a la posición en que se realiza el estudio por lo que se aconseja efectuarlo en las tres posiciones.



2- El día anterior a la cirugía volvemos a marcar con *Eco Doppler* poniéndole un círculo de papel de color autoadhesivo en el punto exacto en que la perforante atraviesa el ostium aponeurótico.

3- En quirófano se vuelve a ubicar con precisión la perforante insuficiente en paciente decúbito dorsal con ligera flexión de rodilla hacia abajo con pierna en Trendelenburg invertido con un ángulo de 45° hacia abajo. Efectivamente, buscar la perforante con el *Eco Doppler* y su respectiva función respetando este ángulo es imprescindible porque muchas perforantes disminuyen su flujo y por consecuencia su diámetro de cúbito dorsal. Es por ese motivo que hacemos el diagnóstico de precisión días o semanas anteriores con el paciente de pie, pero volvemos a hacer el marcado en quirófano con este ángulo.

4- En la imagen *Eco Doppler* intraoperatoria se constata la perforante insuficiente.

5- Y se constata cómo llega la aguja a dicha perforante bajo la guía *Eco Doppler Color*.

6- Se lleva la fibra láser a través de la luz de la aguja 18 G x 1½" o del Abbocath 14 G que es la que utilizamos para la punción.

7- Una vez que la aguja está dentro de la perforante la descarga láser nos muestra la imagen del "burbujeo" en la luz de la perforante (siempre preservando los márgenes de seguridad).

8- Son descargas de 3" con potencia de 4 watts.

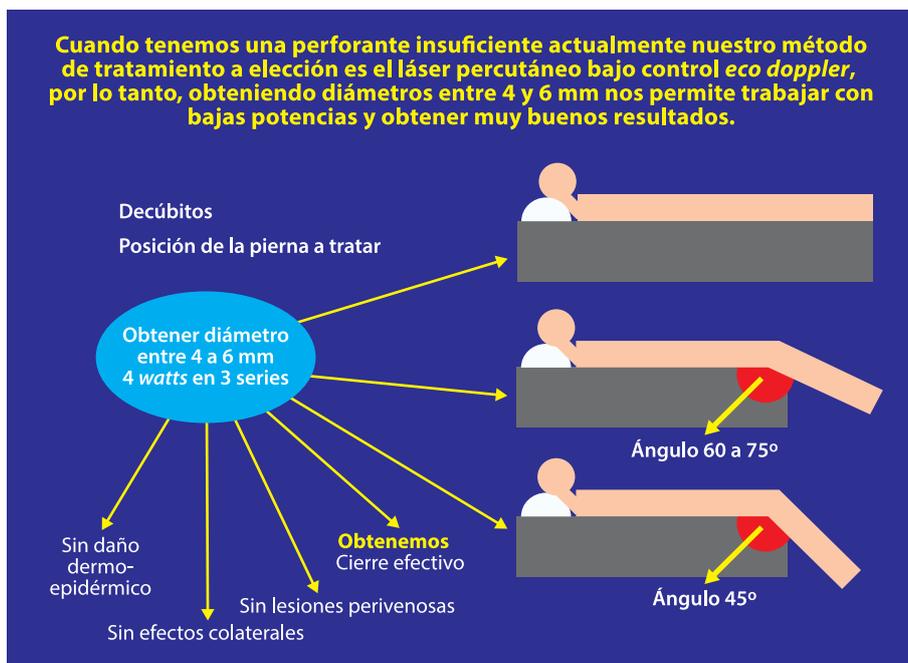
9- La imagen *Eco Doppler* muestra cómo se cierra la perforante a ese nivel.

10- Haciendo presión en la masa muscular de la pantorrilla se constata que el reflujo está detenido en la perforante cerrada.

11- Cabe destacar que ante perforantes de

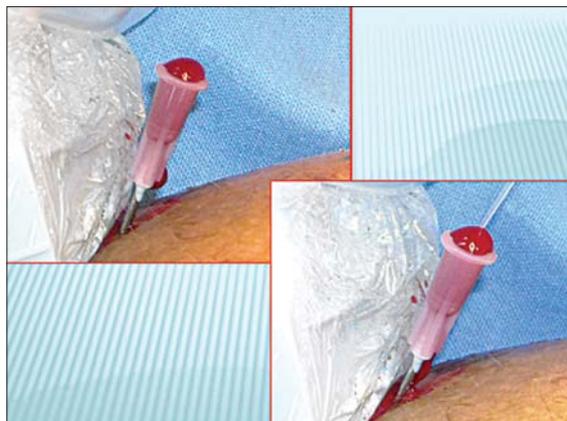
diámetros superiores a los 8 mm lo que efectuamos es el movimiento del miembro inferior a tratar para obtener una disminución en el diámetro de dicha perforante para obtener lo

que nosotros llamamos "diámetro ideal". De esta manera su cierre es igual de efectivo y no se produce ninguna lesión pervivenosa.



Imágenes de la técnica





Signo de la gota. Dicho signo nos indica, más allá de las imágenes que constatamos con *Eco Doppler*, la correcta colocación del *AbboCath* en la vena perforante.

***Eco Doppler* intraoperatorio.
Vena perforante insuficiente 4,3 mm**



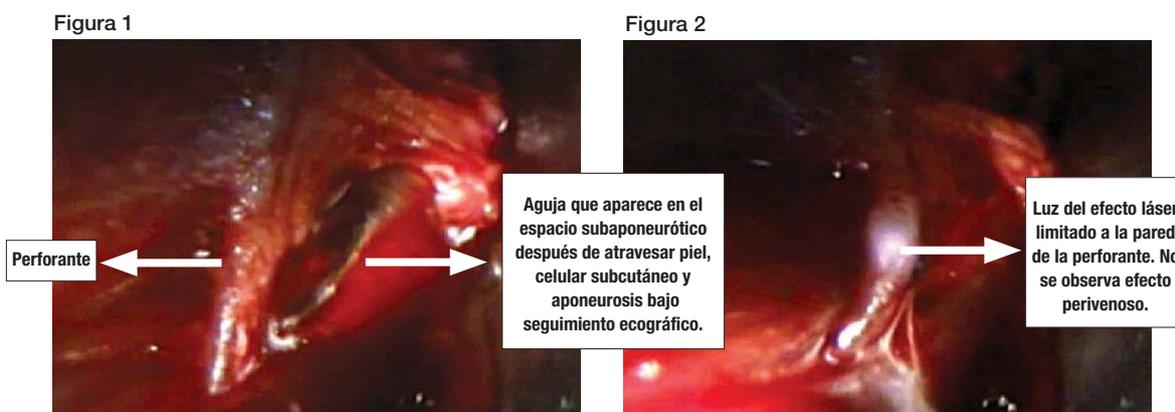
Debemos aclarar que cuando las perforantes insuficientes producen trastornos tróficos grado IV y V CEAP preferimos la videoscopia flebológica subaponeurótica (SEPS) porque permite tratar las perforantes insuficientes debajo de los trastornos tróficos con gran efectividad. De esa manera evitamos las punciones percutáneas, las cuales no es apropiado efectuar a través de trastornos tróficos por los defectos nutricios que padece la piel en los mismos y que pueden provocar lesiones en la piel con dificultades en la cicatrización.



Para constatar el efecto láser en una perforante tratada en un grupo de 20 pacientes con finalidad de investigación científica hemos observado en el espacio subaponeurótico por visión videoscópica cómo la aguja una vez que atraviesa la aponeurosis penetra en la perforante bajo guía *Eco Doppler* externa.

Una vez ubicada en la luz de la perforante la descarga láser muestra:

- 1- Se observa en el espacio subaponeurótico la aguja que se dirige hacia la perforante insuficiente (Figura 1).
- 2- La luz láser se observa como un destello blanquecino a través de la pared de la perforante insuficiente que se está tratando (Figura 2).



Casuística y resultados

Si bien estamos trabajando en un seguimiento a 5 años en los pacientes que han completado ese período de evolución, presentamos los resultados a 3 años en cada grupo de pacientes en los 3 períodos que componen nuestra casuística. Consideramos que ello es suficiente para tener una evaluación precisa de los resultados porque en todas las series consultadas de otros autores se confirma que las recidivas ocurren en los 6 primeros meses del post-tratamiento.

Evaluaciones dentro de los 3 primeros años ya sea con láser o con escleroterapia en perforantes han sido publicadas por Bo Eklof, Steve Elias, Paul Thibault, Frédéric Vin, entre otros prestigiosos autores.

Debemos aclarar la diferencia que existe entre recidivas clínicas y recidivas ecográficas. La primera es cuando se constata reflujo en la perforante tratada y ella genera nuevas várices secundarias.

Recidivas ecográficas es cuando se constata un desfiladero en la luz de la perforante tratada, pero este reflujo carece del gradiente capaz de desarrollar várices secundarias o trastornos tróficos, por consecuencia, no requiere un nuevo tratamiento de la perforante tratada. En cambio, en las recidivas clínicas es necesario un nuevo tratamiento de la perforante tratada.

En nuestra casuística se trató de recidivas ecográficas.

	Operados	Evaluados	Recidivas
1 ^{era} serie			
Años 2004-2005-2006	142	138	5 %
2 ^{da} serie			
Años 2007-2008-2009	128	115	4 %
3 ^{era} serie			
Años 2010 a mayo de 2012	177	150	2 %
Total de casos	447		

Ventajas

- 1- Alto porcentaje de cierre confirmado de la perforante.
- 2- Excelente resultado estético. Solo deja una cicatriz puntiforme que con el transcurso de una semana a diez días tiende a pasar desapercibida.
- 3- Técnica mínimamente invasiva.
- 4- El postoperatorio es breve, confortable y no doloroso permitiendo la deambulación precoz acompañada de elastocompresión.
- 5- No hemos registrado signos inflamatorios o indurativos en el área de la punción.

Complicaciones

1- Complicaciones mayores: A - Trombosis venosa. B - Tromboembolismo. C - Abscesos locales. D - Infecciones locales y regionales. E - Fístulas arterio venosas. F - Lesiones cutáneas locales por lesión de la arteria adjunta a la perforante.	No se registraron
2- Complicaciones de mediana importancia: A - Tromboflebitis tibial posterior. B - Edema distal postoperatorio transitorio. C - Parestesias en sector pretibial y premaleolar. transitorio las 2 primeras semanas.	No se constató En muy bajo porcentaje
3- Complicaciones de menor repercusión clínica o funcional: A - Induración local del celular subcutáneo transitorio. B - Equimosis. C - Hematomas localizados. D - Dolor localizado transitorio.	Disminuyeron con compresión excéntrica selectiva

Bibliografía

1. Pietravallo A. "Venas Perforantes. Clínica, anatomía, tratamiento. Videoscopia flebológica subaponeurótica". Cáp. 20 y 21. Libro editado en Talleres Gráficos Eglo S.A., Buenos Aires, 1999.
2. Pietravallo A, Guzmán A, Parrotta L, Pietravallo E. "Traitement de perforantes insuffisantes avec le laser endoveineux sous contrôle écho-Doppler. Résultats du traitement de 142 perforantes, dont 20 sous contrôle vidéoscopique." Publicado en la Revista Phlebologie 2010, 63, 4, p. 1-9, Francia.
3. Pietravallo A. "Importancia actual del Sistema Perforante insuficiente. Tratamiento de perforantes insuficientes con láser percutáneo bajo control Eco Doppler". Publicado en la Revista Argentina de Cirugía Cardiovascular, órgano de difusión del Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares, vol. 7, N° 1, Enero-Febrero-Marzo-Abril 2009, págs. 38-46.
4. Pietravallo A. "Tratamiento de Venas Perforantes". Cáp. 31 del Tratado de Flebología e Linfología editado por Joao Batista Thomaz – Cleusa Ema Quilici Belczak, 2006, págs. 333-354.

5. Pietravallo A. "Importancia de las venas perforantes en la fisiopatología de las úlceras venosas". Publicado en el Libro *Úlceras de los miembros inferiores: diagnósticos e terapéuticas ampliadas y corregidas*, segunda edición. Editor Prof. Joao Batista Thomaz, 2008.
6. Pietravallo A, Guzmán A, Bussati M. "Determinación de perforantes insuficientes mediante coordenadas topográficas", trabajo presentado por primera vez en el año 2004 en la Sesión Científica de la Sociedad Argentina de Flebología y Linfología.
7. Goldenstein C. "Tratamiento esclerosante ecoguiado de troncos venosos principales insuficientes como alternativa al tratamiento quirúrgico", I Congreso Argentino e Internacional Conjunto de Flebología y Linfología, septiembre 2008, Ciudad de Mar del Plata – Argentina.
8. Soracco J, López D'Ambola J. "Fototermobliteración intravascular de venas varicosas de los miembros inferiores. Láser 532 nm y láser 810 nm. Primera comunicación". *Revista Flebología*, año 24, N° 1, abril 2000, págs. 27-29. Órgano Oficial de difusión de la Sociedad Argentina de Flebología y Linfología y de la Unión Internacional de Flebología.
9. Soracco J, López D'Ambola J, Ciucci JL. "Fototermobliteración venosa láser en la insuficiencia venosa superficial (FOTOV)". *Revista Flebología*, año 25, N°1, abril 2001, págs. 11-14. Órgano Oficial de difusión de la Sociedad Argentina de Flebología y Linfología y de la Unión Internacional de Flebología.
10. Gural Romero O, Bercovich J, Morales M, Bottini O, La Mura R. "Esclerosis con láser ecoasistido de perforantes (ELEAP)". *Revista Forum de Flebología y Linfología*, vol. 8 N° 1 Mayo 2006, págs. 5-9.
11. Segura J. "Eco Doppler Color en Flebología. De la normalidad al intervencionismo". Editorial Medrano, 2011.
12. Eklof B. "Are perforators a real issue?" *Revista Phlebologie*, Julio-Septiembre 2004, año 57, N° 3, págs. 285-287.
13. Thibault P. "Sclerotherapy and ultrasound-guided sclerotherapy". Pág. 20 del Libro *The Vein Book* editado por John Bergan, 2006, págs. 189-199.
14. Pascarella L, Bergan J. "Ultrasound-guided catheter and foam therapy for venous insufficiency". Pág. 23 del Libro *The Vein Book* editado por John Bergan, 2006, págs. 219-226.
15. Pascarella L, Bergan J. "Perforating Veins". Pág. 58 del Libro *The Vein Book* editado por John Bergan, 2006, págs. 535-539.
16. Elias S. "Percutaneous ablation of perforating veins". Pág. 48 del Libro *Handbook of Venous Disorders, Third Edition, Guidelines of the American Venous Forum*. Editado por Peter Gloviczki, 2009, págs. 536-544.
17. Peter Gloviczki, Manju Kalra, Alessandra Puggioni. "Subfascial Endoscopic Perforator Vein Surgery (SEPS) for Chronic Venous Insufficiency", Pág. 56 del Libro *The Vein Book* editado por John Bergan, 2006, págs. 521-527.
18. Perrin M. "Classification and treatment of recurrent varicose veins". Pág. 33 del Libro *The Vein Book* editado por John Bergan, 2006, págs. 299-307.

Úlceras neoplásicas de miembros inferiores

Dres Félix Francisco Pace,¹ Clelia Di Loreto²

Coautoras: Andrea Ghio, Laura Nicoletti

¹ Presidente de la Sociedad Argentina de Flebología y Linfología. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina

² Coordinadora docente de la Fundación Fundapreve. Buenos Aires. Argentina

Flebología 2012;38:23-27

Resumen

Las úlceras de piel de miembros inferiores con compromiso neoplásico, representan un porcentaje del 1 al 1,5% del total de las lesiones estudiadas. Esta incidencia tan baja representa un verdadero desafío en el diagnóstico y el tratamiento, por su tórpida evolución.

El objetivo de este trabajo es compartir nuestra experiencia en el Departamento de Cicatrización de heridas, demostrando cómo se presentan y comportan, jerarquizando la importancia de la correcta evaluación clínica de pacientes portadores de estas patologías, disminuyendo el riesgo vital y minimizando las implicancias de procedimientos, innecesariamente prolongados, al realizar un tratamiento oportuno.

Palabras claves. Úlceras de miembros inferiores, carcinoma espinocelular- basocelular.

Lower limb ulcers neoplastic

Summary

Skin ulcers of the lower limbs with neoplastic disease, representing a rate of 1 to 1.5% of all lesions studied. This low incidence,

is a real challenge for the diagnosis and treatment, by its torpid evolution.

The objective of this work is to share our experience in the department of wound healing, demonstrating as presented and behave, prioritizing the importance of proper clinical evaluation of patients with these diseases, reducing the risk to life and minimizing the implications of procedures, unnecessarily long, to make timely treatment.

keywords. Lower limb ulcers, Basal Cell Carcinoma Squamous.

Introducción

Las úlceras neoplásicas de miembros inferiores, constituyen sin dudas un capítulo de singular importancia para la flebología, por las distintas implicancias que su tratamiento y su evolución requieren, y que a su vez ha sido muy poco presentado por los distintos autores.

Todos coinciden en que la mayor frecuencia de las úlceras de miembros inferiores son consecuencia, de un epifenómeno de la enfermedad venosa crónica. No obstante, en esta oportunidad se intentará exponer el comportamiento de las lesiones con atipia, que si bien representan un bajo porcentaje del total de las úlceras, su particular evolución y su morbimortalidad justifican su estudio.

Correspondencia: Dres Félix Francisco Pace / Clelia Di Loreto

E-mail: felix.pace@fundapreve.org.ar

flebodiloreto@hotmail.com

Se tratará de presentar una experiencia de trabajo de los últimos 10 años en un centro de referencia para el tratamiento de estas lesiones, de las cuales se han recopilando 1.000 enfermos portadores de distintas úlceras, y se ha tomado como criterio de exclusión las lesiones del pie diabético, por ser consideradas de otro capítulo.

Se considera, al igual que otros autores, que la frecuencia de portadores de úlceras en miembros inferiores, se encuentra entre un 3 y 5% de la población. Nuestra experiencia refleja los siguientes parámetros:

Las úlceras por hipertensión venosa, generalmente en portadores de síndrome de insuficiencia venosa crónica sin compromiso arterial directo, se han registrado en 680 pacientes (68%).

En cuanto a úlceras mixtas, con compromiso arterial y venoso, se registraron 160 casos (16%).

Úlceras de origen traumático, provocadas por distintos traumatismos directos e indirectos: 101 pacientes (10,1%).

Úlceras arteriales, propiamente dicha, circunferenciales, secas localizadas generalmente en cara externa de pierna, con granulación atrófica, en pacientes portadores de distintas arteriopatías: 44 (4,4%).

Y las úlceras neoplásicas, incluyendo aquellas que son neoplásicas de inicio y las crónicas malignizadas, se presentaron en 15 pacientes (1,5%), de las cuales 10 correspondieron a carcinoma espinocelular y 5 a basocelular.

De ello surge la siguiente estadística.

• Úlceras venosas	68%
• Úlceras mixtas	16%
• Úlceras traumáticas	10,1%
• Úlceras arteriales	4,4%
• Úlceras neoplásicas	1,5%

Material y métodos

Este estudio fue realizado en forma retrospectiva, en un centro especializado en la atención de estas lesiones.

Sobre un total de 1.000 pacientes portadores de úlceras de miembros inferiores, excluyendo las úlceras por complicaciones del pie diabético, durante el período comprendido desde enero de 2001 hasta diciembre de 2011, cuya edad media de pacientes fue de 65 años, rango (25 - 95) correspondiente a la población femenina un 80%.

Los exámenes complementarios se realizaron de acuerdo a una exhaustiva anamnesis y posterior examen físico, confirmando el diagnóstico, en una amplia mayoría, con estudios ecodoppler.

Recibieron en forma empírica tratamiento con antibióticos todas aquellas úlceras que presentaron signos clínicos de infección: secreción, dolor, eritema o aumento de la temperatura cutánea en sector periulceroso.

En los comienzos se realizaba cultivo y antibiograma de rigor, comprobándose que la administración de antibióticos luego de la evaluación semiológica, permitía la obtención de los mismos resultados que frente a aquellos a los cuales no se les hacía ese estudio; reservándose actualmente sólo en los casos de respuesta inadecuada a la terapia.

Desde el comienzo del tratamiento todos los pacientes fueron tratados con flebotónicos y/o vasodilatadores, según los requerimientos, elastocompresión en bipedestación y reposo en Trendelenburg. Las curaciones fueron realizadas únicamente por *profesionales* médicos, en forma estéril, y periódica.

Como antisépticos se utilizaron Iodopovidona, solución de rifamicina, agua oxigenada (10 volúmenes), cloruro de lapirio, emulsión de trolamina, entre otros.

Las úlceras que no mostraron una evolución favorable al tratamiento y las que presentaron bordes sobreelevados, indurados,

bordes exofítico, malolientes y tejido de granulación translúcido, se les realizó biopsia, tomando por lo menos tres muestras que incluyeron bordes y lecho ulceroso.

Las úlceras cuyas biopsias arrojaron resultados positivos para carcinoma, en nuestro caso, todas las lesiones de mediano o gran calibre, revelaron ser espinocelular y las lesiones pequeñas hiperpigmentadas a carcinomas basocelular, en general nodular sólido y/o cordonados y erosionados.

A todos los pacientes se les solicitaron estudios prequirúrgicos de rutina.

Las atipias, especialmente los espinocelulares, previa anestesia peridural, fueron sometidas a la resección completa de la úlcera, que incluyó piel aparentemente sana, hasta 3 cm de su borde, realizando para ello una diéresis en bloque con aponeurectomía, completando una verdadera demoaponeurectomía.

Los carcinomas basocelulares se resecaron hasta 1cm sin aponeurectomía.

Se solicita al patólogo la invasión de filamentos nerviosos (factor de mal pronóstico) y lesiones de queratosis preepiteliomatosas en la periferia (factor de mejor pronóstico).

Luego de la resección se colocan gasas secas con buena compresión, retirándose a las 72 hs, realizándose tantas curaciones como fuere necesario hasta obtener una granulación satisfactoria para recibir los implantes dermoepidérmicos de piel, 15 días aproximadamente, tiempo en el cual se espera resultado de biopsia.

El seguimiento debe ser muy riguroso. Una vez dado de alta, con completa epitelización de la lesión, el paciente debe ser controlado cada 3 meses el primer año y luego cada 6.

Una vez completado el tratamiento de la úlcera, inmediatamente, se debe realizar amplio examen clínico y de diagnóstico complementario, para evaluar eventuales metástasis ganglionares y/o descartar una lesión primitiva.

Resultados

De un total de 1.000 pacientes, sólo a 18 se les requirieron solicitud de biopsia, siendo 3 de ellos negativos. Sólo 15 (1,5%) arrojaron resultado positivo para carcinoma, de los cuales 10 fueron espinocelulares y 5 basocelulares. El sexo femenino fue el más afectado, siendo 11 pacientes mujeres y 4 varones. En cuanto al grupo etario, la media fue de 65 años.

En todos los casos las úlceras en las que se efectuó biopsia presentaron bordes indurados y sobreelevados, desarrollo exofítico y tejido de granulación translúcido y malolientes.

El tratamiento realizado fue quirúrgico, el cual incluye, además de la resección de la lesión, tejidos con un margen de seguridad de 3cm con aponeurectomía para los espinocelulares. Para los basocelulares, resección de la lesión y 1cm de tejidos adyacentes, sin aponeurectomía.

El cierre de la lesión se realiza luego de observar el resultado de la anatomía patológica y completada su granulación aproximadamente en 15 días, realizando autoimplantes de piel dermoepidérmicos.

La evolución en todos los casos fue favorable y de seguimiento obligatorio.



Carcinoma basocelular en paciente de 62 años



La misma paciente luego de los 10 días del implante. Se observa costra suprayacentes.



Resección quirúrgica con aponeurectomía, incluyendo 3 cm de tejido sano.



Se observa la lesión luego del retirado de las costras.



La misma paciente luego de completados los implantes de piel.



Carcinoma espinocelular semidiferenciado. Obsérvese la sobreelevación de los bordes en paciente femenina de 65 años.

Discusión

En nuestro estudio la neoplasia de piel más frecuente fue el carcinoma espinocelular, si bien la literatura mundial refiere que el cáncer de piel no melánico más frecuente es el carcinoma basocelular. Debemos tener en cuenta que nuestra muestra poblacional surge de un Centro Flebológico y no abarca todas las lesiones de piel sino sólo las de

miembros inferiores. Por lo tanto, se puede asegurar que la patología maligna más frecuente asociada a úlceras de miembros inferiores es el carcinoma espinocelular.

Se debe registrar periódicamente el tamaño de la lesión sin realizar hisopados bacteriológicos de rutina, y pesquisar signos de evolución tórpida o de malignidad.

En todos los casos el diagnóstico se debe confirmar por biopsia. En cuanto al tratamiento, se prefiere la cirugía de primera intención.

Si bien el carcinoma espinocelular es más maligno que el carcinoma basocelular, no es un cáncer muy agresivo, aunque potencialmente fatal, por el cual es de buena práctica realizar un seguimiento riguroso.

La intención de los autores expresa la experiencia de 10 años de trabajo en una Institución especializada en Cicatrización de heridas, más específicamente en úlceras de miembros inferiores, en esta oportunidad con compromiso neoplásico, aportando su estadística, diagnóstico y tratamiento, con la intención de contribuir con un eslabón al amplio arsenal de la terapéutica flebológica.

Bibliografía

- GUICHARD S. Cirugía de tumores Cutaneos. Encyclopedie Medico Chirurgicale III 2001;140:6-8.
- CARCHEDI LG, ANGOTTI C, MEDEIROS F. Úlcera Varicosa Tratamiento quirúrgico, Várices y Telangiectasias, Osmolca, 2007;325-329.
- SÁNCHEZ C. Tratado de Flebología y Linfología. Editorial BG Impresiones, Buenos Aires. 1997;18: 243-258.
- IUSEM M, PACE FF. Úlceras Crurales venosas tratamiento con Cinnarizina, Rev Arg Flebología Buenos Aires 1979; II:32-34.
- CALLAM AJ, HARPER DR, DALE JJ. Chronic ulceration of the leg: extent of the problema and provision of care, BMJ 1985;290:1855-1856.
- PACE FF. The giant venous ulcers outpatient sectional autografts. XIV World Congress of Phlebology, Roma, 2001.
- PARTSCH H. Treatment of venous ulcers of the lower limbs, with Tubulcus compression. World Congress of Phlebology, Roma 2001.

Fístulas arterio-venosas en miembro inferior. Opciones terapéuticas

Dr Daniel García

Jefe del Servicio de Cirugía Cardiovascular y Torácica. Sanatorio Americano – Instituto de Cardiología de Rosario. Rosario

Flebología 2012;38:28-36

Resumen

Este trabajo hace referencia a una patología vascular no tan frecuente, pero sí, de un difícil tratamiento. Nos referimos a las fístulas arterio-venosas (FAV) congénitas y aquellas adquiridas post-nacimiento como consecuencia de un traumatismo abierto o cerrado, herida de arma blanca, de bala, o iatrogénica.

Se describen 4 formas de presentación, en 4 pacientes, sus estudios y tratamientos correspondientes según el tipo y localización de la o las comunicaciones arterio-venosas.

Concepto

FAV es la comunicación anormal de una arteria y una vena en cualquier parte del organismo.

Clasificación ¹

- Congénitas: traumáticas
- Adquiridas: iatrogénicas

Congénitas

- Resulta de la persistencia de comunicaciones embriológicas entre las arterias y las venas. Una falta de cierre luego del nacimiento de esas comunicaciones, daría origen a esta patología.
- Puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo, pero es más frecuente en extremidades. (Figura 1).
- Pueden pasar desapercibidas durante muchos años y ponerse de manifiesto, luego de un traumatismo.
- Otras veces van acompañadas de manchas en la piel o se ponen de manifiesto por la aparición de várices.

Figura 1. Fístula arterio-venosa en mano



Correspondencia: Dr Daniel García
E-mail: drdanielgarcia@yahoo.com.ar

Adquiridas

Este tipo de FAV se adquieren con posterioridad a un traumatismo cerrado, abierto o iatrogénico durante un estudio hemodinámico,^{2,3} cirugía, punción venosa o arterial.⁴ (Figuras 2, 3 y 4).

Figura 2. Ecodoppler de Fístula arterio-venosa traumática.

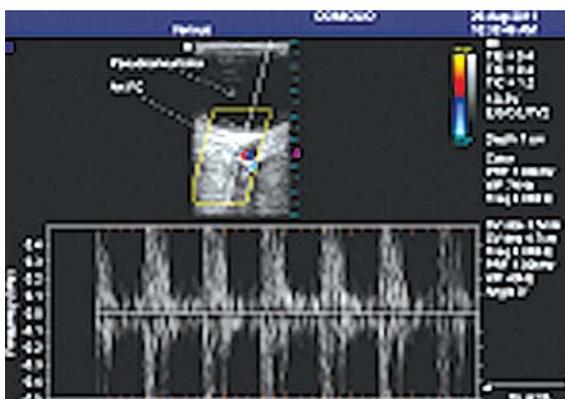
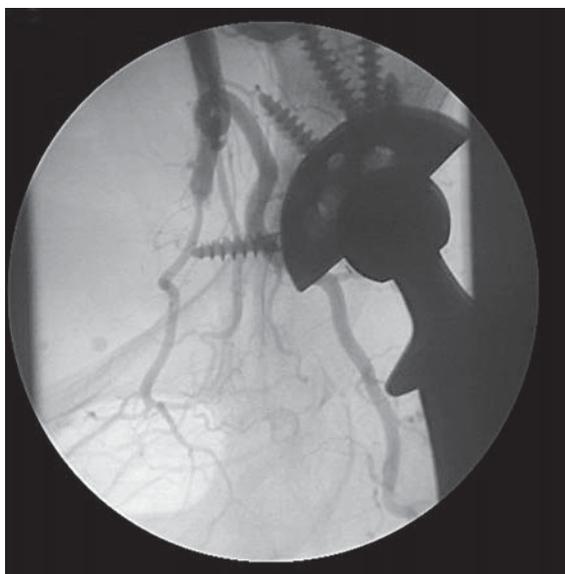


Figura 3. Fístula arterio-venosa traumática post-implante de prótesis de cadera.



Historia

En 1757 **William Hunter** efectuó por primera vez una detallada descripción de una comunicación anormal entre una arteria y una vena, destacando la repercusión hemo-

Figura 4. Fístula arterio-venosa post *by-pass* periférico con vena safena *in situ*.



dinámica sobre el corazón y los vasos proximales a la FAV.

Annadale en 1875 describe por primera vez el manejo exitoso de un aneurisma arteriovenoso poplíteo por medio de ligadura de la arteria y vena poplíteas.

Matas en 1901 describió 15 casos de aneurismas arterio-venosos traumáticos, uno de ellos operado con técnica de endoaneurismorrafia.

Elkin, Shumacker y Jahnke son los que contribuyeron en el manejo de las FAV y pseudoaneurismas, entre la Primera y la Segunda Guerra Mundial.

DeBakey y Simeone reportaron sólo 81 reparaciones vasculares en un total de 2.471 lesiones arteriales entre las tropas norteamericanas en la Segunda Guerra Mundial, equivalente a un 3%, con un porcentaje de amputación del 49% después de ligaduras arteriales.

Rich presentó 509 pacientes con 558 FAV y pseudoaneurismas, de un total de 7.500 heridos con lesiones vasculares en Vietnam, lo que significó un 7% de las lesiones vasculares.

Diagnóstico

- Clínica.
- Ecodoppler.
- Angiotomografía.
- Angiorresonancia.
- Angiografía.

Opciones terapéuticas

- Cirugía.⁵
- Endovascular: *stent* o embolización.⁶
- Combinadas.⁷

A continuación se describen 4 casos clínicos de distintos tipos de FAV en miembros inferiores y el tratamiento elegido para cada una de ellas.

Caso Clínico 1

Paciente varón de 27 años de edad que ingresó a la unidad coronaria por síncope y disnea.

Los antecedentes positivos que rescatamos de este paciente fueron:

- Hipertensión arterial pulmonar idiopática diagnosticada 6 meses antes de su ingreso.
- Disnea CF I-II de 1 año de evolución progresando a CFIII en los últimos 3 meses.
- Episodios sincopales periódicos.
- Ex-fumador.
- Medicación: Alprazolam 0,5mg/d.
- Fractura de fémur derecho operado 2 años atrás (accidente de tránsito).

Durante el examen físico el paciente si bien se encontraba lúcido, ubicado en tiempo y espacio, tenía una tendencia al sueño.

Taquicárdico, taquipnéico. Tensión arte-

rial (TA): 90/60 mmHg.

Frecuencia cardíaca (FC): 150 por minuto (x m).

Frecuencia respiratoria (FR): 40 x m.

Ingurgitación yugular 5/6 sin colapso inspiratorio.

Primer ruido cardíaco (R1) aumentado, R3 derecho.

Soplo sistólico tricuspídeo 2/6.

Hepatomegalia 3 traveses de dedos.

En región inguinal derecha y extendida hacia región interna de muslo se palpaba una tumoración de unos 10 x 15 cm, con frémito y soplo, compatible con FAV.

Exámenes complementarios:

Laboratorio: Uremia 65mg%, creatinemia 1,52 mg%, y medio interno con acidosis respiratoria. Resto normal.

ECG: Bloqueo de rama derecha con sobrecarga derecha.

Rx tórax: Cardiomegalia + hiperflujo pulmonar.

Ecocardiograma: movimiento paradójico del septum, signos de disfunción del ventrículo izquierdo, cavidades derecha severamente dilatadas. Insuficiencia tricuspídea severa.

Dilatación de vena cava inferior (VCI) sin colapso inspiratorio.

Hipertensión arterial pulmonar severa: 96 mmHg.

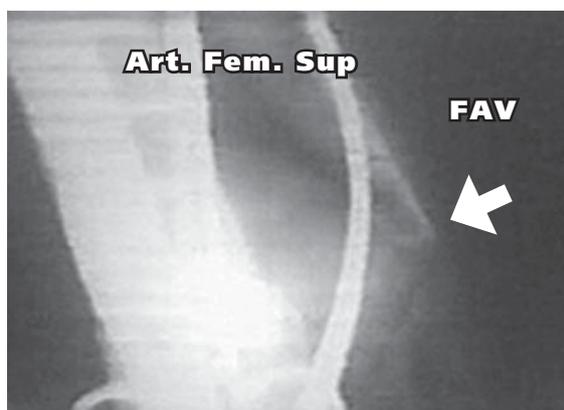
Centellografía V/Q:

Alta probabilidad para tromboembolismo pulmonar (TEP).

Ecodoppler vascular de miembros inferiores: 1/3 medio de muslo lado derecho, se observa imagen cavitaria que comunica arteria con vena femoral superficial, con flujo en su interior cuya señal espectral es compatible con presencia de FAV con trombos en su interior. Se inició, desde su ingreso, tratamiento con anticoagulación endovenosa, nitritos y oxigenoterapia. El paciente evolucionó desfavorablemente entrando en falla renal y multior-

gánica. Luego de 15 días de tratamiento el paciente presentó mejoría clínica, permitiendo estudiarlo angiográficamente (Figura 5).

Figura 5. Arteriografía. Fístula arterio-venosa femoral superficial.



Luego del estudio angiográfico se le realizó un tratamiento combinado mediante abordaje quirúrgico de arteria y vena femoral a nivel inguinal, dejando expuestas sus ramas principales (Figura 6).

Figura 6. Incisión inguinal.



Se efectuó plicatura en vena femoral a manera de un filtro venoso proximal a la dilatación arterio venosa.

Luego, una arteriotomía en arteria femoral superficial, introduciendo un catéter diagnóstico para identificar la FAV. Una vez localizado se implantó un stent cubierto, Jobstent (Figuras 7, 8 y 9).

Implante de Jobstent

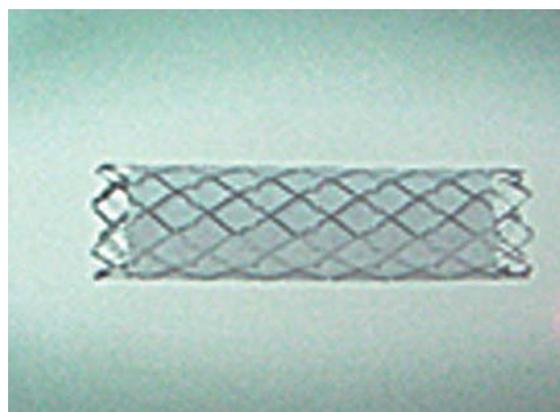
Figura 7. Implante stent.



Figura 8. Postimplante.



Figura 9. Jobstent.



El resultado terapéutico fue exitoso, mejorando notablemente el estado general, externándose a los 7 días del postoperatorio luego

de encontrarse en rango de anticoagulación.

El paciente siguió el tratamiento anticoagulante durante 6 meses, luego se suspendió y continuó con antiagregación plaquetaria.

A los 3 meses normalizó las presiones pulmonares.

No tuvo complicaciones postoperatorias ni alejadas excepto a los 3 años de seguimiento en donde el paciente presentó estenosis del stent, pero sin síntomas arteriales. No hubo recanalización de la FAV hasta la fecha.

Caso clínico 2

Fístula arterio-venosa traumática

Paciente de 32 años de edad con antecedentes de herida de arma de fuego en región inguinal derecha 3 años antes de su ingreso.

Se constata clínicamente una tumoración en región inguinal derecha de unos 10 cm de diámetro que fremita y sopla compatible con FAV.

Se estudió con ecodoppler y arteriografía diagnosticándose una tumoración inguinal derecha que no permitía diferenciar los vasos.

Estudios complementarios

- Rx de tórax con ingurgitación de los hilos pulmonares con signos de hipertensión pulmonar.
- Ecodoppler periférico: Tumoración en región inguinal con signos fluxométricos de FAV con pérdida de la identidad vascular a dicho nivel. Presencia de coágulos organizados.

Cirugía convencional

Se abordó quirúrgicamente la arteria ilíaca externa, por vía extraperitoneal, reparando la misma para control proximal, a continuación se reparó arteria femoral superficial distal a la tumoración vascular. Luego se abordó dicha tumoración realizando control de sangrado y clampeo de arteria femoral profunda y de venas femorales involucradas.

Se realizó reconstrucción de flujo mediante interposición de prótesis de politetrafluoroetileno expandido (PTFe) de 6 mm anillada. Se reconstruyó mediante anastomosis término-terminal (T-T) arteria ilíaca a femoral profunda y reimplante de arteria femoral superficial.

En venas femorales se realizó sutura de segmento distal de vena femoral común por haber perdido la identidad vascular por estallido de la misma.

Sutura de segmento distal de vena femoral superficial distal a la lesión vascular.

Derivación venosa desde segmento distal de vena femoral superficial a vena safena interna mediante interposición de PTFe 6 mm con anastomosis latero-terminal (L-T) femoro-protésica y término-lateral (T-L) protésico-safena (Figuras 10, 11 y 12).

Figura 10. Incisión.



Figura 11. Reconstrucción arterial y venosa femoral.



Figura 12. Sutura vena femoral.

La evolución fue favorable, sin complicaciones en herida quirúrgica ni edemas del miembro operado.

Se encuentra en seguimiento con controles médicos y ecodoppler anual.

Caso clínico 3

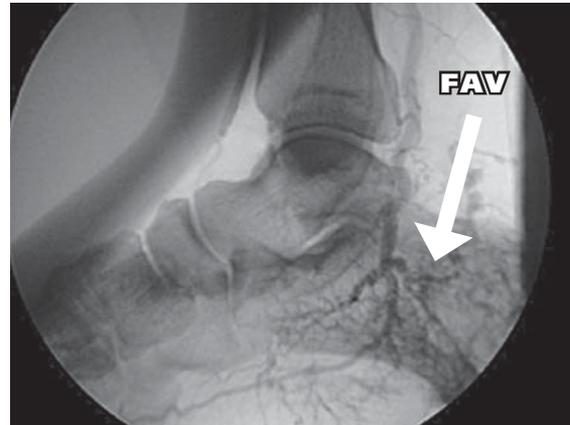
Fístula arterio-venosa congénita

- Paciente de 65 años de edad, tabaquista, obeso, dislipémico, cirrosis hepática alcohólica.
- Consultó por lesión trófica en cara interna de tobillo derecho, retromaleolar. Dermatitis pigmentaria dado por su IVC (Figura 13).
- Dolor en talón impidiéndole apoyar el pie.
- Se palpaba frémito en dicha zona.
- Soplo a la auscultación.
- Pulsos distales positivos.
- Ecodoppler con signos de FAV.

Figura 13.

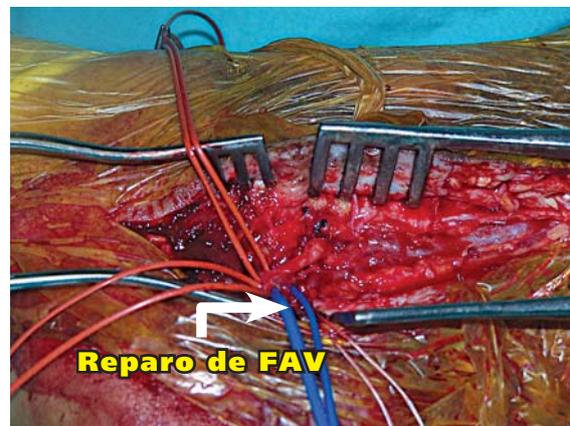
Arteriografía

Se constató FAV, que comunica arteria tib posterior con vena tib posterior (Figura 14).

Figura 14.

Tratamiento

- Cirugía convencional.
- Abordaje arteria tib posterior.
- Ligadura de FAV (Figura 15).

Figura 15.

Evolución

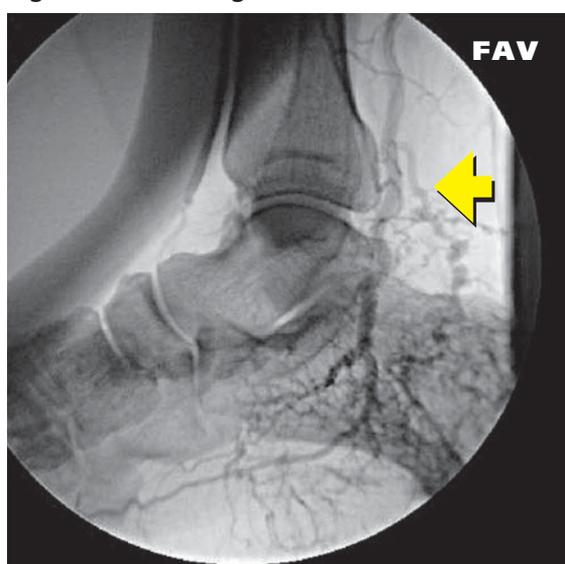
- Herida con cicatrización total al mes.
- A los 3 meses presentó soplo a la auscultación en 1/3 medio de pierna tratada.
- Sin edemas (diuréticos).
- Nuevo ecodoppler que evidencia flujo compatible con FAV en región tib posterior.
- Reingresa a los 6 meses por dolor y úlcera en talón derecho.

- Imposibilidad de apoyo del mismo por el dolor.
- Descompensación de su hepatopatía cirrótica.

Nueva angiografía

Se opacifica nueva FAV que comunica arteria tib posterior con vena tib posterior (Figura 16).

Figura 16. Arteriografía



Tratamiento

- Reexploración quirúrgica.
- Esqueletización de arteria tib posterior.
- Ligadura de la misma a nivel plantar por pseudoaunerisma de la bifurcación.

Evolución

- Cicatrizó totalmente la herida quirúrgica.
- Mejoró su signo-sintomatología.
- Se internó al mes por encefalopatía hepática.
- Al 2° mes presentó soplo en región tib anterior distal, compatible con nueva FAV.

Al tercer mes:

- Progresión del dolor espontáneo e imposibilidad de apoyo por el dolor.
- Empeoramiento de la úlcera con cambio

de coloración, impresionando isquémica (Figura 17).

- Desaparición del soplo en región tib anterior.
- Presentó descompensaciones frecuentes por su encefalopatía alcohólica.
- Plaquetopenia.

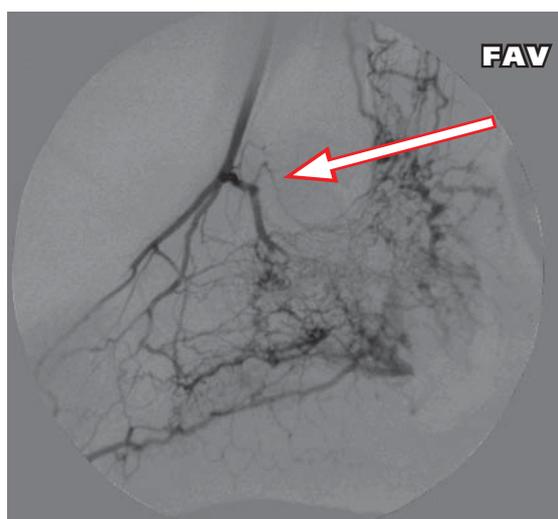
Estudio angiográfico

Se constata ausencia de arteria tib posterior y presencia de FAV que comunica arteria pedia con venas tib posterior (Figura 18).

Figura 17. Úlcera en talón.

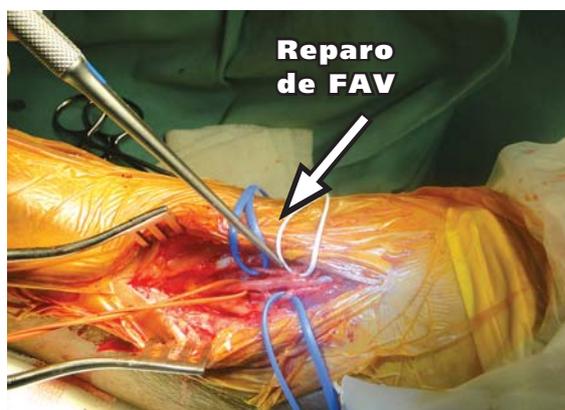


Figura 18. FAV pedia- vena tib posterior.



Tratamiento

Cirugía convencional.
Esqueletización de arteria tib anterior distal y pedia (Figuras 19 y 20).

Figura 19. Esqueletización arteria tib anterior.**Figura 20. Cicatriz quirúrgica.****Evolución**

- Excelente evolución.
- Sin dolor de reposo ni al apoyo.
- Mejoría significativa de la úlcera del talón (Figura 21).
- Heridas quirúrgicas cicatrizadas totalmente.
- Pulso pedio conservado sin soplo.

Al segundo mes:

- Soplo en región tib anterior 1/3 medio de pierna.
- Sin dolor de reposo ni al apoyo.

La úlcera que venía en vía de cierre comienza con signos de cambio en la coloración y aumento del diámetro.

Se decidió tratamiento conservador y eventual amputación si empeoraba el dolor y/o la úlcera.

Figura 21.**Caso clínico 4**

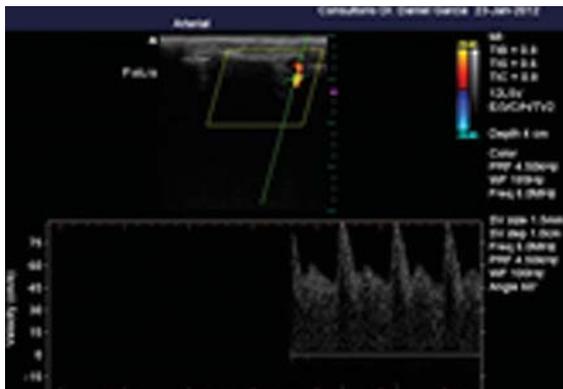
- Paciente mujer de 23 años de edad.
- Signos y síntomas: dolor, lesión trófica, sangrado.
- Antecedentes de lesiones vasculares en 2º dedo de pie derecho.
- Viene a 2º consulta por haberle propuesto, en otro Servicio, la amputación del dedo comprometido.

Tratamiento

Se decide realizar, en consulta con otro colega, quien le realiza el tratamiento con láser transdérmico Harmony NdYag.

Se realiza 4 sesiones 1 vez al mes.

Figura 22. Presentación clínica.

Figura 23. Ecodoppler FAV.**Figura 24. Angiografía pie.****Evolución**

- La lesión trófica del dorso cicatrizó totalmente.
- Mejoró las lesiones vasculares superficiales (Figura 25).
- Persisten FAV al ecodoppler.
- Clínicamente asintomática.

Conclusión

- Las FAV pueden ser congénitas o adquiridas.
- Si comparamos los resultados entre una FAV traumática versus las congénitas, observamos que las primeras tienen mejor pronóstico.
- Preferimos la vía endovascular e implantes de stent recubierto cuando tenemos que abordar una FAV traumática con conservación de los ejes vasculares.
- Cuando existe una pérdida de la anatomía vascular, optamos por el tratamiento quirúrgico convencional.

Figura 25.

- En FAV congénitas tratamos en la actualidad de embolizar el vaso comprometido y eventualmente la cirugía convencional.
- Las FAV congénitas pueden requerir más de un procedimiento consecutivo, no teniendo un tratamiento definitivo.
- Tanto las congénitas como las adquiridas pueden terminar en la amputación del miembro afectado.
- La amputación no garantiza, en las FAV congénitas, la solución del problema.

Bibliografía

1. Redondo P. Malformaciones vasculares. Concepto, clasificación, fisiopatogenia y manifestaciones clínicas. *Actas Dermosifiliogr* 2007;98:141-158.
2. Rimbau Manuel Enric, et al. Lesiones vasculares iatrogénicas tras cateterismo cardíaco *Revista Española de Cardiología* 1998;51(9):750-754.
3. Navarro Felipe, et al. Factores relacionados con la aparición de complicaciones vasculares periféricas tras procedimientos intervencionistas cardiovasculares percutáneos. *Rev Esp Cardiol* 1997;50(7):480-490.
4. Rodríguez Ángela Paola, et al. Experiencia en el manejo de fístulas arteriovenosas traumáticas en el Hospital Militar Central de Bogotá, Colom. *Anales Médicos* 2008;53(2):74-80.
5. Medina-Andrade Miguel Ángel, et al. Tratamiento de fístulas arteriovenosas traumáticas en niños. Análisis de tres casos. *Acta Pediatr Mex* 2010;31(6):287-289.
6. Ortega Julio M, et al. Tratamiento percutáneo de fístula arteriovenosa traumática con sistema EndoPro 1 de Cragg. *Revista Mexicana de Angiología* 1997;25(4):86-92.
7. Lojo Rocamonde, IM, et al. Peripheral vascular malformations. Diagnosis and treatment. *Revista de Angiología* 2012;64(4):147-154.

Reconstrucción de la vena cava inferior por invasión de carcinoma renal

Dres Enrique Ferracani Ristenpart, Carlos Del Mazo, Ricardo Levin, Marcela Degrange, Diego Amuchastegui, Carlos Campos Funes,[†] Rubén Moreno[†]

Flebología 2012;38:37-42

Resumen

Se presentan dos casos consecutivos de invasión de la vena cava inferior por carcinoma de células renales tratados con paro cardiocirculatorio, hipotermia profunda y reconstrucción con parche de pericardio. Se describe el método diagnóstico, la estrategia quirúrgica para su abordaje, la técnica y los resultados de esta desafiante patología. El video completo de la cirugía puede ser visto en *You Tube*.

Reconstruction of inferior vena cava invasion of renal carcinoma

Summary

We report two consecutive cases of invasion of the inferior vena cava by renal cell carcinoma treated with cardiac circulatory arrest with deep hypothermia and pericardial patch reconstruction. It describes diagnostic methods, surgical strategy for its approach, technique and the results of this challenging pathology. The full video of the surgery can be seen on *You Tube*.

Introducción

La vena cava inferior (VCI) es siempre un desafío para todo cirujano dada la dificultad de su abordaje y reparación en caso de injuria accidental o en caso de invasión tumoral.

Me referiré exclusivamente a este último caso, pues cuando la misma es invadida, para lograr sobrevida en estos pacientes, es necesaria su resección parcial o total y su reconstrucción. Esto representa un verdadero desafío para el equipo quirúrgico interviniente debiendo prevalecer la estrategia, la táctica quirúrgica y un concienzudo abordaje basado en un examen completo de la extensión, de la invasión y del uso integrado de las técnicas cardiovasculares.

Los tumores que afectan la VCI son poco frecuentes y usualmente malignos, pudiendo ser primarios o secundarios.

Entre los primeros aparece el leiomiomasarcoma, siendo poco común y entre los segundos el más frecuente es el carcinoma renal de células claras. La invasividad de este tumor a la VCI es muy alta, propagándose por vía hematológica en forma centrípeta. La invasión de la pared de la VCI no siempre es completa, pudiéndose reseccionar un amplio segmento, obteniendo bordes libres de invasión con buen margen histopatológico.

La trombosis tumoral de la VCI se presenta en un 4-15% de los pacientes con tumor renal siendo causa de muerte la embolia pulmonar dejada a su evolución natural. Por

Correspondencia: Dr Enrique Ferracani Ristenpart
E-mail: eferracani@gmail.com

otra parte, la embolia pulmonar iatrógena es muchas veces la causa de muerte durante la remoción tumoral por fractura del trombo neoplásico intra-cava.

En el 50-60% de los pacientes se afecta la vena renal en su confluencia con la VCI; en un 30-40% en el segmento suprarrenal, y en el resto el trombo se extiende dentro del atrio derecho. Son estas dos últimas presentaciones las que representan el mayor desafío para su resección manejo y resolución.

La sintomatología de la trombosis tumoral, que alcanza el corazón derecho, es causa de arritmias, síncope, insuficiencia tricúspide o embolia pulmonar, siendo ésta la causa de muerte súbita en estos pacientes.

Dado que los carcinomas renales son radioresistentes y quimiorresistentes, dejan como única vía de tratamiento la resección quirúrgica y la quimioterapia para reducción tumoral y prolongación de la sobrevida; caso contrario, sin cirugía, la sobrevida es menor al año, por embolia pulmonar, siendo la resección amplia el único tratamiento para reducir la masa tumoral para el tratamiento oncológico complementario.

Un enfoque agresivo que incluya la resección de las paredes de la VCI, es la mejor estrategia para proveer sobrevida.

Clasificación

El carcinoma renal con invasión de VCI corresponde a la clasificación del estadio III de Robson o al estadio UICC T3b, invasión macroscópica de la VCI.

Clasificación de Robson.

- Estadio 1: Tumor renal sin invasión capsular.
- Estadio 2: Invasión de la grasa perirrenal circunscripta a la fascia de Gerota.
- Estadio 3: Compromiso de VCI o de linfáticos regionales.
- Estadio 4: MTS.

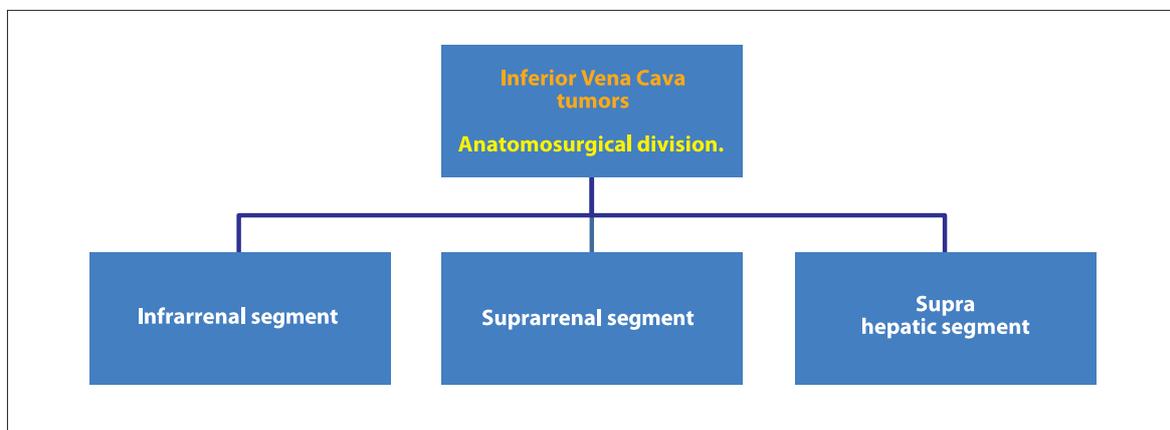
Mortalidad

La mortalidad no supera, sin tratamiento quirúrgico asociado, más de tres a seis meses de sobrevida en los casos de invasión tumoral del segmento retrohepático e intracardiaco.

La tasa de mortalidad de pacientes sometidos a nefrectomía radical y trombectomía de la VCI oscila entre un 2,7 y un 13%, incluyendo pacientes que requieren bypass cardiopulmonar y paro circulatorio con hipotermia profunda.

La mayor mortalidad quirúrgica se alcanza

División anatómicoquirúrgica de los tumores que afectan a la vena Cava inferior



por infravaloración del caso y la no adopción de técnicas que permiten una visualización completa y estabilidad hemodinámica intraoperatoria. El clampeo de la VCI supra e infratumoral puede fracturar el trombo neoplásico ocasionando paro cardíaco por embolia pulmonar aguda intraoperatoria o inestabilidad hemodinámica por secuestro hemático y shock hipovolémico.

Guía 5.3.0 del American Venous Forum para tumores primarios y secundarios de la VCI y de las venas íliacas.

En el American Venous Fórum se consideró especialmente este capítulo de la macropatología venosa siendo sus recomendaciones las siguientes:

5.3.1. Recomendamos para pacientes con invasión de las paredes de la VCI por tumores primarios o secundarios el reemplazo de la VCI: Si la vena está abierta antes de la cirugía, si la circulación aparece como insuficiente después de la resección de la VCI y en aquellos pacientes donde importantes colaterales fueron ligadas o reseçadas durante la remoción tumoral.

5.3.2. Para aquellos casos, usualmente carcinoma renal primario cuyo trombo se extiende a la aurícula derecha, recomendamos la remoción con bypass cardiopulmonar con o sin paro circulatorio total e hipotermia profunda.

Métodos

Durante nuestro ejercicio del Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Naval Dr Pedro Mallo tuvimos que enfrentar y resolver dos casos consecutivos de carcinoma renal en estadio T3b con compromiso de VCI y extensión al segmento retrohepático yuxtacardíaco de VCI en un caso y extensión intracardíaca a aurícula derecha en el otro.

El desafío al encarar esta patología es la remoción completa del tumor que invade los grandes vasos venosos teniendo para

ello que obtener una óptima visión para reseca el trombo tumoral y las paredes invadidas por el carcinoma, con posterior reconstrucción ad integrum del vaso afectado.

El mayor enemigo es el tiempo quirúrgico que esto demanda y la obtención de un campo quirúrgico exangüe sin compromiso e inestabilidad hemodinámica. Por ello una adecuada planificación del abordaje y una adecuada estrategia quirúrgica son factores determinantes del resultado a obtener. Para ello conocer la extensión del trombo es crucial y son elementos diagnósticos para su evaluación las imágenes obtenidas por angiografía, RM y TAC. Encarar esta patología requiere integrar un equipo multidisciplinario entre urología, cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular siendo el éxito de este desafío mérito de la integración de un equipo multidisciplinario de especialistas.

Imágenes diagnósticas TAC y RM.



Anatomía patológica

Tipo histológico.



Corte de la pared de la vena cava inferior.



Técnica quirúrgica

El abordaje quirúrgico fue realizado por una incisión mediana toracoabdominal con movilización inicial del colon derecho (en nuestros dos casos la patología fue del riñón derecho), continuar exponiendo el retroperitoneo mediante la maniobra de Vautrin Kocher Zabaleta, abordaje del riñón movilizándolo y seccionando sus ligamentos, proceder a ligar la arteria renal en primer tiempo para reducir su tamaño y disminuir la pérdida hemática con la ligadura de arteria renal y remoción del paquete renal.

Al mismo tiempo el equipo cardioquirúrgico instrumenta el *bypass* cardiopulmonar, canulación bicava, sistema de vacío y paro circulatorio con hipotermia profunda ($<18^{\circ}$) para el abordaje de toda la VCI hasta el atrio derecho.

Dado que el paro circulatorio produce daño cerebral, se instrumentó lo aprendido

por nuestro equipo durante el paso por la *Cleveland Clinic* instalando retroperfusión cerebral vía VCS.

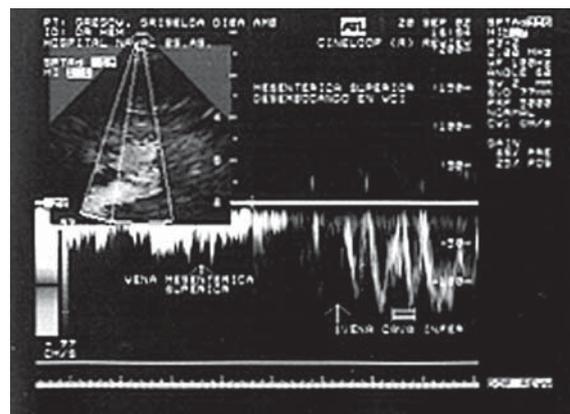
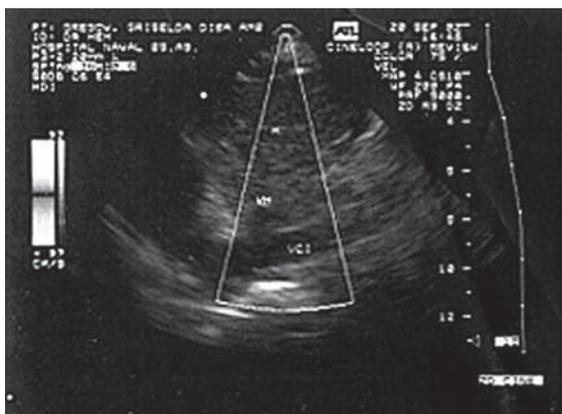
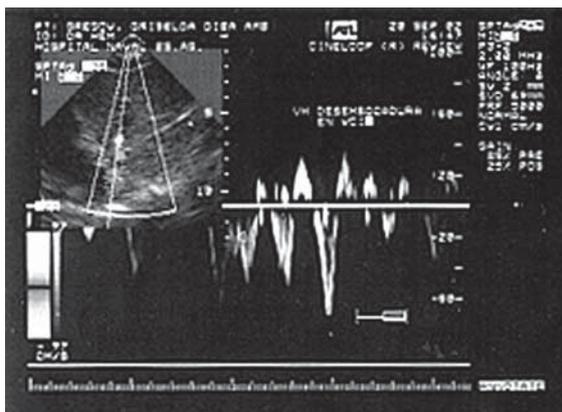
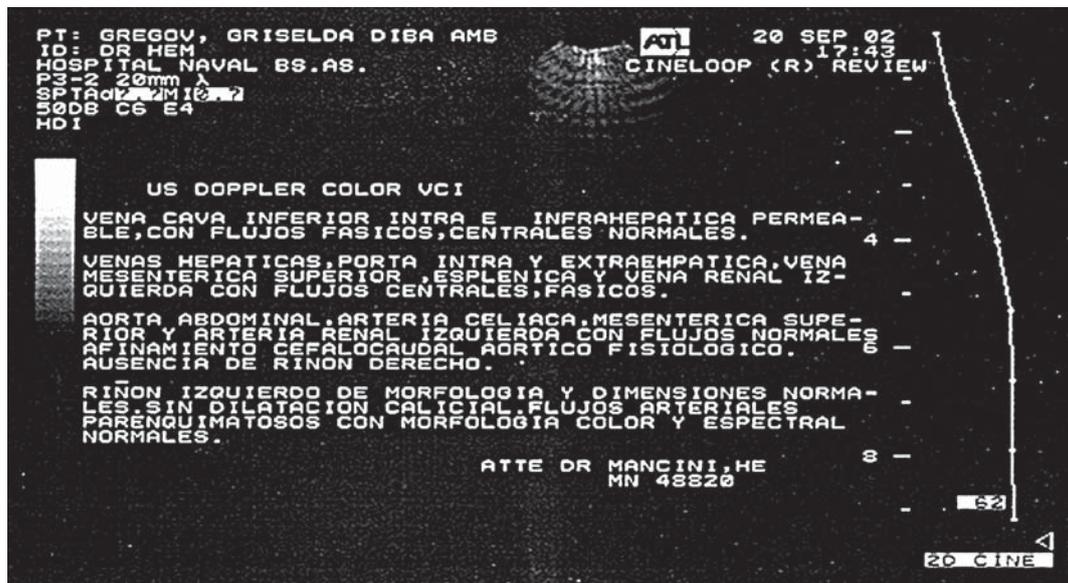
Durante el paro cardiocirculatorio, para protección cerebral bajo hipotermia, el corazón se fibrila en forma espontánea al ir disminuyendo la temperatura. Alcanzados los 18° detenemos la circulación extracorpórea, sin clampeo aórtico, e iniciamos cardioplegia retrógrada por el seno coronario y clampeo del drenaje de la vena cava superior. Mediante un *shunt* desde la línea aórtica a la línea venosa (VCS) perfundimos, según la técnica de Mahoner y Oschner, 250cc de solución cerebropléctica sanguínea en forma retrógrada por la vena cava superior.

Se completa la nefrectomía ligando el pedículo venoso y la pelvis renal y se procede a la apertura de toda la VCI desde la bifurcación ilíaca hasta el segmento retrohepático e infradiaphragmático. La resección de las paredes de la VCI debe ser amplia según necesidad para asegurar una pared libre de invasión tumoral. Por último, practicarese debe practicarse una atriotomía derecha para extracción de la cabeza del trombo tumoral.

Completada la remoción de todo rastro de debris trombótico y asegurada por congelación la pared libre de invasión tumoral, procedemos a la reconstrucción de la VCI con parche de pericardio del propio paciente en nuestros dos casos. En caso de invasión circunferencial se usa tubo de dacron con anastomosis término-terminal.

Los tiempos requeridos para completar satisfactoriamente la reconstrucción de la VCI fueron: Tiempo total de paro circulatorio 42,5' (47-38), tiempo total de *bypass* cardiopulmonar 99' (110-80); y además, temperatura 18° , presión venosa central cerebral <25 mmhg, retro perfusión cerebral con flujo de 250cc. Estos parámetros hemodinámicos se logran con la maestría del equipo de perfusión y el equipo de anestesia, siendo imprescindibles para el éxito de este desafío.

Control ecográfico postoperatorio



Discusión

El paro circulatorio total es necesario para una adecuada visualización en un campo qui-

rúrgico exangüe. Métodos alternativos como el *bypass* venovenoso o el clampeo intermitente de la VCI solo aumenta la mortalidad

intraoperatoria al prolongar, por una visión inadecuada, el tiempo quirúrgico agregando inestabilidad hemodinámica y/o la embolia pulmonar iatrógena por fractura del trombo.

El uso de hipotermia permite reducir el metabolismo cerebral durante el paro circulatorio y la hipotermia profunda a $<18^{\circ}$ permite prolongar, en forma segura, el tiempo de paro circulatorio por más de 45'.

La retroperfusión cerebral (Mills y Oschner) con flujo cerebral bajo, vía VCS, se constituye en una herramienta utilísima para protección cerebral en este verdadero desafío quirúrgico.

Conclusiones

La reconstrucción de la VCI, cuando se encuentra invadida, es necesaria para permitir la sobrevida de estos pacientes pues el pronóstico a corto plazo es fatal sin este agresivo enfoque terapéutico.

Su reconstrucción es un verdadero desafío quirúrgico para el equipo que lo enfrente debiendo prevalecer un equilibrado balance entre iniciativa, estrategia, táctica e integración de un equipo multidisciplinario. Sin un adecuado enfoque de este tipo los resultados son nefastos y la mortalidad intraoperatoria es la regla.

La reconstrucción puede realizarse con prótesis de dacron, en caso de resección completa, o con parche de pericardio o material sintético siempre bajo condiciones hemodinámicas controladas.

El *bypass* cardiopulmonar con paro circulatorio total e hipotermia profunda permite una resección completa del tumor optimizando la visualización del campo quirúrgico a tratar debiéndose evitar maniobras intempestivas o una pobre táctica de abordaje.

Este agresivo enfoque terapéutico no agrega morbilidad ni mortalidad al paciente, evitando el tromboembolismo iatrógeno durante la resección tumoral, el *shock* hipovolémico por pérdida y/o secuestro de sangre por el clampeo de la VCI y la reducción de

la masa tumoral a ser tratada por el equipo de oncología modificando favorablemente la sobrevida de estos pacientes.

Bibliografía

- Kirklin John W, Barrat-Boyes Brian G. Cardiac surgery 2nd edition. Myocardial management during cardiac surgery with cardiopulmonary bypass. Vol 1. Chapter 3. Pag 61-165.
- Bower TC. Diagnosis and management of tumors of the inferior vena cava. In Rutherford RB. Vascular surgery, Vol 2, 6TH edn Philadelphia, Elsevier 2005.
- Edmunds JR, Henry, Vivek Rao, Richard Weisel. Cardiac surgery in the adults. Intraoperative protection of organs. Hypothermia, cardioplegia and cerebroplegia. Chapter 10. Pag 95-318.
- Blute ML, Leibovich BC, Lahse CM et al. The mayo clinic experience with surgical management, complications and outcome for patients with renal cell carcinoma and venous tumor thrombus. Urol. Onco 2004;84:33-41.
- Skinner DG, Pritchett TR, Lieskovsky G, et al. vena cava involvement by renal cell carcinoma. ann surg 1989;210:387-394.
- Shanain DM, Libertino JA, Zinman LN et al. Resection of cavoatrial renal cell carcinoma with total circulatory arrest. Arch surg 1990;125:727-732.
- Novick AC, Kaye MC, Cosgrove DM, et al. Experience with cardiopulmonary bypass and deep hypothermic circulatory arrest in the management of retroperitoneal tumors with large vena caval thrombi. Ann surg 1990;212:472-477.
- Stewart JA, Carey JA, Mcdougal WS, et al. Cavoatrial tumor thrombectomy using cardiopulmonary bypass without circulatory arrest. Ann thorac surg. 1991;51:717-722.
- Suggs WD, Smith RB, Dodson TF et al. Renal cell carcinoma with inferior vena cava involvement. J Vasc-surg 1991;14:43-48.
- Bowers TC. Primary and secondary tumors of the inferior vena cava and iliac veins. Handbook of venous disorders. 2009;52:574-582.
- Bower TC, Nagorney DM, Toomey BJ, et al. Vena cava replacement for malignant disease, is there a role? Ann vasc surg 1993;7:51-62.
- Bower TC, Nagorney DM, Cherry KJ, et al. Replacement of the inferior vena cava for malignancy, an update. J vasc surg 2000;31:270-281.
- Stanson AW, Breen JF. Computed tomography and magnetic resonance imaging. Handbook of venous disorders 2001,190-232.

Requisitos para pertenecer a la Sociedad Argentina de Flebología y Linfología

Miembro Adherente

Ser profesional médico, presentar un resumen curricular, demostración de dedicación a la especialidad, y presentar un escrito solicitando la admisión a la Sociedad.

La Comisión Directiva resuelve la admisión, consta en actas y a fin de año se entrega el diploma de Miembro Adherente.

Miembro Titular

Se requiere haber completado dos años de antigüedad, haber presentado un trabajo científico y / o haber completado el Curso bianual de la Sociedad en forma ininterrumpida, con presentación de monografía.

La Comisión Directiva resuelve su admisión y consta en actas. Si además es socio de la AMA, está en condiciones de ingresar en dicha Comisión Directiva. A fin de año se hace la entrega de diploma de Miembro Titular.

Requisitos para obtener el Título de Especialista de la Sociedad Argentina de Flebología y Linfología

- A) Título de Médico** (mínimo 6 años). Valor: 10 puntos. (Por cada año adicional sumará 0,5 puntos al total).
- B) Socio de la AMA y de la SAF y L** (mínimo 5 años). Debe registrar concurrencia al 75% de las sesiones científicas. Para las filiales del interior deberán presentar certificación de las mismas. Si no hay constancias, debe decidir la Comisión Directiva. Es necesaria la participación activa del solicitante. Valor 5 puntos.
- C) Miembro Titular de la SAF y L.** Con más de 1 año de antigüedad. Valor 3 puntos.
- D) Concepto ético-profesional.** Lo evaluará la Comisión Directiva en una escala de 1 a 5 puntos, siendo necesario obtener 3 puntos como mínimo. Asimismo, el solicitante deberá acompañar un listado de tres miembros de la Sociedad, a quienes se les pedirá referencias. Valor 3 puntos.
- E) Tener actualizadas las cuotas de la AMA y SAF y L.**
- F) Acreditar documentación autenticada que demuestre preparación y *Experiencia Quirúrgica.*** Valor 3 puntos.

G) Curso de especialización de dos o más años (mínimo 500 hs).

Realizado en Entidad Científica reconocida. (Actualmente se aceptan los Cursos de la Sociedad Argentina de Flebología y Linfología de la AMA, Universidad Nacional de Córdoba, Universidad Católica Argentina, Universidad Nacional de Tucumán, Universidades Kennedy y Del Salvador, si tienen 500 hs). Se reitera que deben ser cursos de más de 500 horas, de lo contrario deben cumplir la disposición siguiente.

Aquellos postulantes que no hayan realizado dichos cursos deberán tener una entrevista evaluatoria con una Comisión integrada por el Presidente de la Sociedad, un Director de la Escuela y el Secretario Científico. Valor 4 puntos.

De 200 a 499 horas.	4 puntos
De 100 a 199 horas.	3 puntos
De 50 a 100 horas.	2 puntos
Menos de 50 horas.	1 punto

Para Coordinadores, Secretarios, Jefes de Trabajos Prácticos y Cuerpo Docente se considera el 50%. En caso de docencia en Cirugía General o Vascular se considera el 50% del puntaje que corresponda de acuerdo a lo anterior.

L) Premios en la especialidad.

	<u>Valor</u>
Internacionales	3 puntos
Nacionales	2 puntos
Accesit o Menciones especiales	1 punto

M) Trabajos presentados o publicados en temas de la especialidad (individuales).

	<u>Valor</u>
De investigación	2 puntos c/u.
De aporte	1 punto c/u.

Se consideran de **investigación** aquellos trabajos que mediante sus conclusiones modifiquen total o parcialmente un concepto admitido o introduzcan un nuevo concepto o conocimiento científico; y de **aporte** aquel que contribuya a perfeccionar conocimientos y/o estadísticas. Aquellos trabajos realizados en colaboración con otros participantes se consideran el 50% del puntaje. No se computarán trabajos o monografías que correspondan a cursos para su evaluación, salvo los realizados por los profesionales cursantes de las Escuelas de Flebología y/o Linfología, durante dichos cursos.

N) Participación en eventos científicos de la especialidad (Congresos, Simposios, Jornadas Reuniones Científicas).

Presidente, Vicepresidente, Secretario General o Secretario Científico, Relator Oficial o Conferencista. Valor 1,5 puntos.

Todos los items precedentes son indispensables.

H) Doctor en Medicina. Si el tema de la tesis es de la Especialidad. Valor 3 puntos.

I) Otros títulos: Asociación Argentina de Cirugía o Colegios Médicos Provinciales.

	<u>Valor</u>
Flebología o Cirugía Flebológica.	3 puntos
Cirugía vascular periférica.	2 puntos
Cirugía general.	2 puntos

J) Otros cursos de la especialidad.

	<u>Valor</u>
De 500 horas o más.	3 puntos
De 200 a 499 horas.	2 puntos
De 100 a 199 horas.	1 punto
De 50 a 100 horas.	0,5 puntos
Menos de 50 horas.	0,25 puntos

K) Actividad docente en la especialidad.

Director o Profesor de curso de posgrado:	
	<u>Valor</u>
De 500 horas o más.	6 puntos

Presidente o Coordinador de mesa de debate, mesa redonda o coloquio. Valor 1 punto.

Panelista. Valor 0,75 puntos.

Miembro titular concurrente o Secretario de mesa. Valor 0,5 puntos.

Ñ) Actividad hospitalaria.

Debe ser en la **Especialidad** y con certificado del Jefe del Servicio refrendado por el Director del Establecimiento. Valor 1 punto por año o fracción de 6 meses. En servicios de Cirugía General o Vascular se considera el 50% del puntaje. En aquellos servicios que cuenten con equipos o secciones de la Especialidad la certificación deberá aclarar los años de asistencia a dicho equipo o sección.

	<u>Valor</u>
Residencia en Flebología	3 puntos
Residencia Vascular o Cirugía General	1,5 puntos
Para Jefe de Residente se agregará	0,50 puntos

O) Becas.

	<u>Valor</u>
Por concurso	1 punto
Sin concurso	0,5 puntos

P) Libros.

	<u>Valor</u>
Autor o Co-autor	3 puntos
Otra participación (capítulo, etc)	1 punto

Q) Participación en la Comisión Directiva de la SAF y L.

	<u>Valor</u>
Presidente	3 puntos
Vice o Secretario General	2 puntos
Otros cargos	1 punto

Por cada período electivo completo. En el caso de haberlo cumplido en forma parcial o interina se considera el 50%.

R) Filiales del Interior y Otras Sociedades de la especialidad.

Se considera el 50% del puntaje anterior.

S) Disposiciones Generales. La entrega de los títulos será cada **uno o dos años** en fecha que dispondrá la Sociedad de Flebología y Linfología, con arancel fijado por la Comisión Directiva, debiéndose presentar solicitud dirigida al Señor Presidente de la SAF y L, adjuntando antecedentes y certificados ordenados según los puntos del presente **Reglamento**, sin incluir aquello que corresponda a otras especialidades y exhibiendo el original y fotocopia de cada uno de los certificados. Las copias quedarán en poder de la SAF y L, devolviéndose los originales. En su defecto podrán presentarse todos los certificados autenticados ante Escribano Público.

El puntaje mínimo necesario es de 35 puntos.

Secretaria:

Sra Alejandra Navarro

E-mail: alejandra@ama-med.org.ar

Asociación Médica Argentina

Santa Fe 1171, CABA - Tel. 54 11 5276-1056

www.ama-med.org.ar

Requisitos Generales para la Recertificación

- 1) El postulante deberá estar certificado en alguna especialidad reconocida por la AMA y tener más de 5 años de ejercicio en la especialidad a Recertificar.
- 2) Llenar el formulario de inscripción del CRAMA completando todos los datos.
- 3) *Curriculum Vitae* de los últimos 5 años de actividad profesional.
- 4) Presentación ante el CRAMA del Título Universitario original y copia.
- 5) Presentación ante el CRAMA del Título o Certificado de Especialista, original y copia.
- 6) Presentación ante el CRAMA de la copia del diploma de Recertificación, si lo posee.
- 7) Certificado de Aptitud Psicofísico para el ejercicio de la profesión expedido por otro profesional Médico.
- 8) Presentación de cinco avales por escrito de profesionales de la especialidad a Recertificar.
- 9) Otros datos que el postulante considere de interés.
- 10) La Planilla debe estar escrita a máquina o en letra de imprenta legible.

Para la Recertificación por CRAMA
debe completarse un Formulario que puede obtenerse
en la Asociación Médica Argentina
o bajarse de la dirección web:
http://www.sociedadflebologia.com/textos/CRAMA_Recertificacion.pdf



SOCIEDAD ARGENTINA DE
FLEBOLOGÍA Y LINFOLOGÍA



SAFyL
UCA

Buenos Aires 2013



BUENOS AIRES - ARGENTINA

16-17-18 de mayo de 2013

XX Congreso Argentino e Internacional de Flebología y Linfología

Sociedad Argentina de Flebología y Linfología

VI Congreso Universitario de Flebología y Linfología

Universidad Católica Argentina

HOTEL PANAMERICANO

Carlos Pellegrini 551, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

RELATO OFICIAL

- Dr. José Luis Ciucci, "Linfedema".

EJES TEMÁTICOS

- Curación de heridas. Nuevas terapias
- Nuevas tecnologías diagnósticas en Flebología
- Escleroterapia. Indicaciones y limitaciones actuales
- Nuevos medios diagnósticos en linfedemas
- Avances en trombosis venosa profunda y superficial
- Cirugía o escleroterapia en la úlcera venosa
- Consenso sobre informes en ecodoppler venoso
- Avances en Fleboestética
- Nuevas tecnologías
- Currícula y educación de especialistas en Flebología

CURSOS

- Ecodoppler. Módulos I, II y III
- Tratamiento físico y clínico del edema
- Fleboestética

SIMPOSIOS

- Curación avanzada de heridas
- Tecnologías aplicadas al tratamiento Flebopático
- Escleroterapia. Nuevas aplicaciones
- El uso de Nuevas Tecnologías en Fleboestética

INVITADOS EXTRANJEROS

- Nick Morrison (Estados Unidos)
- Anthony Comerota (Estados Unidos)
- Kurosh Parsi (Australia)
- Lorenzo Tessari (Italia)
- Luis Muñoz Jiménez (México)

Más información: info@flebologia2013.com.ar



XVII^o World Meeting of the Union Internationale de Phlébologie
Septiembre 8, 9, 10, 11, 12, 13 del 2013
Hynes Convention Center, 900 Boylston Street
Boston, MA 02115 USA

Flebon[®] 500

Diosmina 500 mg

Antivaricoso
de triple acción comprobada

- **Evita** la estasis venosa
- **Reduce** el edema
- **Protege** la microcirculación

PRESENTACION: FLEBON[®] 500
Envases con 30 y 60 comprimidos recubiertos.

IVAX

TEVA

Group Member



SOMOS UNA EMPRESA QUE DESDE HACE MÁS DE 10 AÑOS TRABAJAMOS EN FLEBOLOGÍA BRINDANDO LOS SIGUIENTE SERVICIOS.

- ✈ Que su viaje sea placentero y se sientan atendidos por profesionales de turismo y especialistas en congresos médicos.
- ✈ Realizamos las inscripciones a los congresos.
- ✈ Organizamos viajes para las delegaciones a los congresos en Argentina y en el exterior. Realizamos la inscripción y acompañamos a los grupos.
- ✈ Reservamos hoteles y realizamos los traslados de los profesionales que vienen a participar a los Congresos que se realizan en Buenos Aires y en el interior del país.
- ✈ Publicamos en nuestro sitio Web los calendarios de congresos y cursos médicos.
- ✈ Organizamos los tours post - congresos orientándolos sobre los circuitos turísticos más completos y convenientes según la ruta elegida.
- ✈ Atendemos Empresas y contamos con un departamento de reservas aéreas. Que su viaje sea placentero y se sientan atendidos por profesionales de turismo y especialistas en congresos médicos.



25TH ANNIVERSARY AMERICAN VENOUS FORUM 2013 ANNUAL MEETING

Phoenix AZ, USA
27/02/2013 y 02/03/2013



14TH ANNUAL MEETING OF EUROPEAN VENOUS FORUM 2013

Belgrade, Serbia
27/06/2013 - 30/06/2013



UIP XVII WORLD MEETING THE AMERICAN COLLEGE OF PHEBOLOGY (ACP)

Boston, MA, USA
8/09/2013 - 13/09/2013



UCA



Sociedad Argentina de Flebología y Linfología

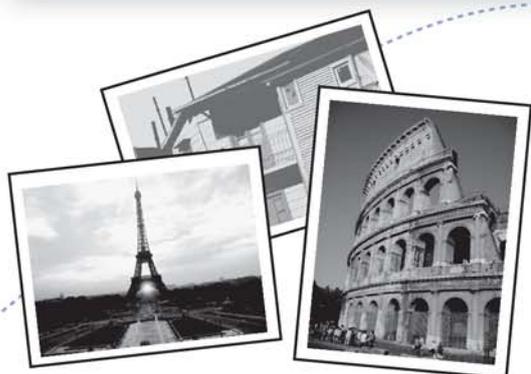
XX CONGRESO ARGENTINO E INTERNACIONAL DE FLEBOLOGÍA Y LINFOLOGÍA.-

SOCIEDAD ARGENTINA DE FLEBOLOGÍA Y LINFOLOGÍA

VI CONGRESO UNIVERSITARIO DE FLEBOLOGÍA Y LINFOLOGÍA.-

UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

Buenos Aires - Argentina
Hotel Panamericano
16 - 17 - 18 Mayo 2013



CLAUDIA SRUR VIAJES

EVT Leg 12107 // Disp 0970

Sarmiento 1190 // 7ºE

Capital Federal // Argentina

Tel/Fax: (+54-11) 4382-0310

claudia@claudiasrur.com.ar

www.claudiasrur.com.ar



EL SINERGISMO PRECISO: CONOCIMIENTO+CALIDAD+PRECIO

- Optimiza el retorno venoso
- Favorece el drenaje linfático
- Normaliza la microcirculación

Presentaciones:
DIOSMIN: 30; 60 y 100
Comprimidos recubiertos





EL AUTÉNTICO FLEBOTÓNICO
CON ACCIÓN NORADRENERGICA DIRECTA

Cyclo3[®]

Ruscus Aculeatus
Hesperidina Metilcalcona
Ácido Ascórbico

Rápido y Eficaz



www.phlebonline.com

Actualización en flebología

Insuficiencia Venosa Crónica¹

| 2 a 3 cápsulas diarias

Patología Hemorroidal²

| 4 a 5 cápsulas diarias

**Beneficios en Desórdenes Ginecológicos³
(Metrorragia - Spotting)**

| 2 a 3 cápsulas diarias



Envases: con 30 y 60 cápsulas / Pomo: contenido 100 g

1. Ver información del producto.

2. GAUJAT JP. Thérapeutique anti-hémorroïdaire - Etude comparée de l'activité des rutinosides et de Cyclo 3-Extrait de la "Gazette Médicales", Tome 91, n°29 du 21/9/1984.

3. Monteil-Saurin Jet al. Appréciation de l'efficacité d'une association veinotonique protecteur capillaire comme traitement des métrorragies de la contraception par D.U.U. ou micropilule. Contraception-fertilité-sexualité - 1985 - vol. 13, n°5, pp 721-725.

Cyclo 3[®] Fórmula: cada cápsula contiene: Extracto seco de Ruscus Aculeatus contenido 22% de heterósidos esterólics totales 150 mg; Hesperidina metilcalcona 150 mg; Ácido ascórbico 100 mg; Excipientes: Talco 24,0 mg; Polietilenglicol 6000 0,2 mg; Dióxido de silicio coloidal 3,8 mg; Estearato de magnesio 12,0 mg. **Acción farmacológica y terapéutica:** Vasculoprotector-venotónico. **Indicaciones:** Trastornos de la circulación venosa de miembros inferiores (vértices) - Hemorroides. **Precauciones y advertencias:** A fin de evitar interacciones eventuales entre distintos medicamentos, informar al médico de todo tratamiento en curso. En caso de náuseas o gastralgia, se aconseja tomar el medicamento antes de las comidas. No se ha demostrado su inocuidad en embarazo y lactancia. La experimentación animal no ha puesto en evidencia efectos teratogénicos. En la especie humana, no se dispone de datos epidemiológicos precisos. Al día de hoy, no se ha informado ninguna malformación. En caso de duda, consulte a su médico. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad hacia algunos de los componentes del fármaco. **Antagonismos y antidósmos:** No se han descrito. **Efectos adversos:** Se han señalado algunos trastornos digestivos menores como náuseas, gastralgia y diarrea. **Posología:** 2 a 3 cápsulas por día. Durante la crisis hemorroidal, 4-5 cápsulas por día. **Indicaciones medicamentosas:** No se han descrito. **Presentación:** Envases con 30 y 60 cápsulas. **Forma de conservación:** Conservar en un lugar fresco y seco, entre 15° C y 30° C. Mantener alejado del alcance de los niños. **Dirección y técnica:** Claudia Marchalinski, Farmacéutica. Medicamento autorizado por el Ministerio de la Salud y Acción Social. Certificado NO 43.757. **Rovafarm Argentina SA** Brig. J. M. de Rosas 28385 - Virrey del Pino, Pcia de Bs. **Administración:** Marcelo T. de Alvear 684 7° CI 058AAH - Ciudad de Buenos Aires, Tel.: 4318-9600. **Elaborado por:** Pierre Fabre Medicament Production, Rue du Lyctée - BP 77 - 45502 Gien Cedex, Francia. **Acondicionado en:** Santa Rosa 3676 Victoria, Pcia de Buenos Aires.

Cyclo 3 crema Fórmula: Cada 100 g contiene: Extracto seco de Ruscus Aculeatus cont. 30% de heterósidos esterólics totales 1.600 g; Extracto fluido de Meliloto 2.000 g; Excipientes: Polioxietilenglicol esteraado 1.000 g; Ácido esteárico 1.200 g; Vaselina líquida 6.000 g; Ácido sórbico 0,200 g; Metilparabeno 0,1 35 g; Agua desmineralizada c.s.p 1.000,00 g. **Acción terapéutica:** Venotónico - vasculoprotector. **Indicaciones:** Tratamiento tópicoo de los trastornos de la circulación venosa de miembros inferiores. **Acción farmacológica:** Incrementa el tono venoso, por acción sobre los receptores noradrenérgicos postsinápticos y disminuye la fragilidad de los capilares sanguíneos. **Farmacodinámica:** El producto desarrolla una acción exclusivamente tópicoo. **Posología y Modo de administración:** Dos aplicaciones de crema por día. Se debe hacer penetrar la crema efectuando un masaje ligero ascendente (de los pies a la rodilla) durante 2 a 3 minutos. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a los principios activos o a sus excipientes. **Precauciones:** Evitar la aplicación de la crema, sobre heridas y úlceras. **Reacciones adversas:** No se han descrito. **Sobredosificación:** Ante la eventualidad de una ingestión, concurrir al Hospital más próximo o comunicarse con los Centros de **Toxicología:** Hospital de Pediatría Ricardo Gutiérrez (011) 4662-6666/2247, Hospital A. Posadas: (011) 4654-6648/4658-7777. **Presentación:** tubo de 100 g. **Forma de conservación:** Conservar en un lugar fresco y seco, entre 15° C y 30° C. Mantener este y todos los medicamentos fuera del alcance de los niños. Especialidad medicinal autorizada por el Ministerio de Salud y Ambiente. Certificado NO 43.757. **Elaborado por:** PIERRE FABRE MEDICAMENT PRODUCTION - Rue du Lyctée - BP 77 - 45502 Gien Cedex, Francia. **Rovafarm Argentina SA** Brig. J. M. de Rosas 28385 - Virrey del Pino, Pcia de Buenos Aires. **Administración:** Marcelo T. de Alvear 684 7° CI 058AAH - Ciudad de Buenos Aires. Dirección técnica: Claudia Marchalinski, Farmacéutica.



Apoye la investigación.
Utilice medicamentos originales.

Línea de farmacovigilancia
(11) 4318 9600
lunes a viernes de 8 a 18 hs

www.pierre-fabre.com.ar

Para responder a sus consultas sobre efectos secundarios o interrupción del tratamiento en alguno de sus pacientes

Pierre Fabre
Médicament