



2020
VASCULAR

LII | CONGRESO INTERNACIONAL DE
ANGIOLOGÍA, CIRUGÍA
VASCULAR Y ENDOVASCULAR

MÉRIDA DEL 27 AL 31 DE OCTUBRE

OCTUBRE 2020

BOLETÍN

SMACVE

5ta Edición

COMITÉ EDITORIAL

Editor

Dra. Sandra Olivares Cruz

Co-editor

Dr. Jesús Emmanuel Arriaga Caballero

Comité Editorial

Dr. Francisco Marmolejo - Aguascalientes

Dr. Joaquín Santoscoy - Chihuahua

Dr. Flavio Manríque - Tijuana

Dra. Maria Elisa López Vázquez - Veracruz

Dra. Aleyna F. González Ruíz - Chiapas

Dr. Alejandro Ayón - Guadalajara

Dra. Rebeca Reachi - San Luis Potosí

Dr. Omar Flores Cantú - Noreste

Dr. Rodrigo González Méndez - Puebla

Dr. Paulo Olvera - Toluca

Dr. Juan Carlos Trujillo - Mérida

CONSEJO CONSULTIVO SMACVE

Acad. Dr. Marcelo Páramo Díaz

Acad. Dr. Felix Ramírez Espinoza

Acad. Dr. Carlos Sánchez Favela

Acad. Dr. Luis Sigler Morales

Acad. Dr. Samuel Gutiérrez Voguel

Dr. Rafael Gutiérrez Carreño

Dr. Carlos M. Martínez López

Dr. Hilario Gómez Valdez

Dr. Ricardo Romero Martínez

Dr. José Enrique Sánchez Chibrás

Dr. Carlos E. Velasco Ortega

Dr. Antonio Marcos Díaz

Acad. Dra. Elizabeth Enríquez Vega

Dr. Francisco Jacobo Nettel García

Dr. Valente Guerrero González

Dr. Juan Miguel Rodríguez Trejo

Dr. Guillermo R. Aguilar Peralta

Dr. Benjamín Sánchez Martínez

MESA DIRECTIVA 2019 - 2020

PRESIDENTE

Dr. José Antonio Muñoa Prado

VICEPRESIDENTE

Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril

SECRETARIO

Dr. Gerardo Peón Peralta

PROSECRETARIO

Dr. Erasto Aldrett Lee

TESORERO

Dr. Juan Francisco Flores Nazario

DIRECTOR DE PROGRAMA ACADÉMICO Y CIENTÍFICO

Dr. Jaime Gerardo Estrada Guerrero

COMITÉ DE RELACIONES INTERNACIONALES

Dr. Alejandro Nuricumbo Vázquez

Dr. Gustavo Adolfo Rubio Argüello

Dr. Ignacio Escotto Sánchez

Dr. Luis Sánchez Escalante

Dra. Nora Elena Sánchez Nicolat

COORDINADOR DE COMITÉ ZONA SUR

Dr. Omar Abisaí Ramírez Saavedra

COORDINADOR DE COMITÉ ZONA CENTRO

Dr. Alejandro Espejel Blancas

COORDINADOR DE COMITÉ ZONA NORTE

Dr. Eduardo Bladinieres Cámara

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Loepoldo Alvarado Acosta

Dr. Manuel Eduardo Marquina Ramírez

COMITÉ DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTÍNUA

Dr. Alfonso Cossío Zazueta

Dr. Francisco Javier Llamas Macias

Dr. José Francisco Ibañez Rodríguez

Dr. Juan Miguel Rodríguez Trejo

Dr. Julio Abel Serrano Lozano

Dr. Omar Antonio Hernández Hurtado

Dr. Pedro Pablo Vejarano Acuña

Dr. Venancio Pérez Damián

COMITÉ DE PIE DIABÉTICO

Dr. Gabriel Ulises Hernández De Rubín

Dr. Joaquín Becerra Bello

Dr. José Roberto Valdivia Meléndez

COMITÉ DE FLEBOLOGÍA Y LINFOLOGÍA

Dr. Arturo Parra Ortiz

Dr. César Iglesias Castañeda

Dr. Jorge García Dávila

Dr. Juan José Valencia Pantoja

Dr. Ricardo Rodríguez Castillo

COMITÉ DE TROMBOSIS

Dr. Carlos Abel Gutiérrez Díaz

Dr. Eduardo Alonso Téllez

Dra. Paola Andrea Rojas Guevara

COMITÉ DE ACCESOS VASCULARES

Dra. Aleyna Fabiola González Ruíz

Dr. Raúl Alberto Bacelis Arzúpalo

Dr. Sergio Omar Flores Cantú

COMITÉ DE MEDICINA VASCULAR

Dr. Alejandro González González

Dra. Cynthia Teresa Rojas Gómez

Dra. Dafne Berenice Santana Vega

COMITÉ ENDOVASCULAR PERIFÉRICO

Dr. Jorge Antonio Torres Martínez

Dr. Sergio Benites Palacio

Dra. Vanessa Rubio Escudero

COMITÉ ENDOVASCULAR ANEURISMAS

Dr. Iván Enrique Murillo Barrios

Dr. Neftalí Rodríguez Ramírez

Dr. Oscar Erasmo Reyes Aguirre

COMITÉ DE VINCULACIÓN

Dr. Alvarado León Martínez

Dr. Joaquín Miguel Santoscoy Ibarra

Dr. Mario Vázquez Hernández

COMITÉ DE DIAGNÓSTICO VASCULAR

Dr. Ernesto Serrano Rico

Dr. Fernando Guardado Bermúdez

Dr. Jesús Emmanuel Arriaga Caballero

COMITÉ DE VINCULACIÓN

RESIDENCIAS Y NUEVOS SOCIOS

Dr. Daniel Onitzuj Baltazar Barquera

Dr. Luis Gerardo Heredia Plaza

Dra. Nydia Romina Alvarez Arcaute

COMITÉ DE DIFUSIÓN

Dr. Enrique Rodríguez Alfonsín

Dr. Larry Romero Espinosa



MENSAJE DE PRESIDENCIA

Queridos amigos, queridos colegas, hemos vivido un año intenso, un año complicado, con muchos retos. Una pandemia que nos ha cambiado nuestra manera de concebir la medicina, la seguridad, la educación; nuestros tejidos sociales tradicionales se han transformado teniendo que utilizar herramientas como son los teléfonos, las video llamadas y las computadoras; sin embargo, esto no ha sido impedimento para continuar difundiendo la especialidad, el contenido científico a sus socios, a los médicos de primer contacto y enfermeras. De esa manera lograr una mejor referencia y contra referencia de los pacientes con enfermedades vasculares.

Nos enfrentamos en los siguientes días a una situación totalmente diferente en nuestro congreso internacional, por lo que, hemos tomado la decisión de hacerlo bajo dos diferentes modalidades; la primera opción es de forma virtual. En donde ustedes podrán acceder a nuestra plataforma mediante un código y el pago adecuado de la inscripción al evento, además de recibir todo el contenido científico de nuestro congreso por medio de la plataforma.

Este congreso tendrá el mismo valor curricular en puntos para el Consejo Mexicano de Cirugía Vascular y Endovascular que si lo tomaras de manera tradicional.

La segunda modalidad es la presencial, para aquellos que quieran acompañarnos, teniendo la confianza que haremos todo lo que esté en nuestras manos por mantenerlos seguros.

Contamos con un contenido científico dentro de nuestro programa académico bastante importante, intenso y buscaremos de todas las formas posibles, reducir cualquier tipo de riesgo para ustedes, es por eso que, hemos acortado el número de asistentes que podemos alojar.

También aprovecho para comentarles sobre la asamblea de negocios, ya que, en este año tocaba llevar a cabo una asamblea de elección; hemos platicado con cada uno de las compañeras y compañeros que decidieron participar como contendientes a la vicepresidencia de la sociedad para llegar a un arreglo y un acuerdo en vísperas de las próxima asamblea, logrando posponer las elecciones hasta que encontremos mejores condiciones de asistencia para la mayoría de los socios; todos accedieron de muy buena manera y agradezco cada uno de ellos ese compromiso con la sociedad y con sus socios para hacer de esta, una actividad democrática, transparente y lícita, así que, mil gracias a los doctores que participarán en esta contienda y su apoyo a esta propuesta.

Los invito a que sigan participando con el mismo entusiasmo, con la misma fuerza, con la misma entereza ante los eventos académicos que estamos realizando mediante nuestras plataformas, también los invito a que nos hagan llegar sus opiniones en relación a lo que le hace falta a esta sociedad, se aceptan sugerencias para poder generar mayor impacto en nuestra especialidad de manera positiva.

Dr. José Antonio Muñoa Prado

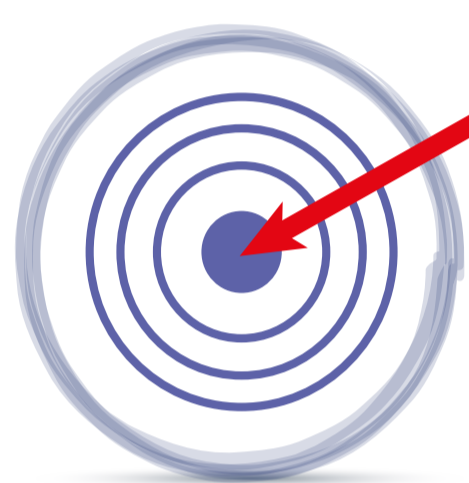
Presidente de la Sociedad Mexicana de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular

elatec[®] 1000mg

Diosmina / Hesperidina purificada micronizada

Tabletas

Descargar
NUEVA EVIDENCIA



Actúa en la raíz de la inflamación:¹

- ✓ *Alivia rápidamente los síntomas²*
- ✓ *Limita la progresión de la EVEC²*



No. Registro sanitario
066M2002 SSA IV
Para más información de elatec[®]
consultar la IPP aprobada.
Última revisión:
15 de diciembre de 2017.



Información
para prescribir

[clic aquí](#)

Plan de
apego

[clic aquí](#)

Video proceso de
micronización

[clic aquí](#)

Referencias: 1. De Souza, M., Cyrino, F. Z., de Carvalho, J. J., Blanc-Guillemaud, V., & Bouskela, E. (2018). Protective effects of micronized purified flavonoid fraction (MPFF) on a novel experimental model of chronic venous hypertension. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 1-9. 2. Nicolaides, A., Kakkos, S., Baekgaard, N., Comerota, A., De Maesenner, M., Eklof, B., ... & Perrin, M. (2018). Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines According to Scientific Evidence. Part I. *Int Angiol*, 37(3), 210-254.

No de Aviso: 193300202C2590

Índice

4	MENSAJE DE PRESIDENCIA
7	Entrevista Dr. Javier Anaya
8	Entrevista Dr. Rodrigo Lozano
12	Reparación de Enfermedad Aorto-Iliaca con Técnica de Kissing Stent, Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” <i>Caso Clínico</i>
17	Progreso para las mujeres en cirugía vascular
18	Aneurisma ilíaco y fístula arteriovenosa cómo etiología de úlcera por insuficiencia arterial secundaria
20	Agradecimiento por donativo en la IMSS UMAE-34 Monterrey
21	¿Cómo impacta la nueva clasificación CEAP mi práctica clínica diaria?
24	II Angio Summit “Expertos en Patología Venosa”
25	Como médico se vale sentirse mal
26	Sesión mensual AMCICHAC
27	12a. Reunión anual conjunta de programas de universitarios en Tópicos Vasculares y Endovasculares
29	Revista de Angiología
30	Próximos Eventos

Entrevista Dr. Javier Anaya

Agradezco profundamente la invitación del comité editorial del “Boletín SMACVE” para compartirles un poco del importante papel de la Revista Mexicana de Angiología.

Como es del conocimiento de todos los socios, la revista es el órgano oficial de difusión académico y científico de la Sociedad Mexicana de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular (SMACVE). Con una tradición de más de cuatro décadas, la revista cuenta actualmente con 48 volúmenes. Esta fue fundada por angiólogos y cirujanos vasculares visionarios con un genuino interés académico, con los objetivos de dar a conocer la práctica clínica de la especialidad en México, compartir experiencias y como importante órgano de consulta. Por mucho tiempo editada por el Dr. Carlos Sánchez Fabela quien actualmente es nuestro Editor Emérito.

En 2019, se realizaron importantes cambios para impulsarla y proyectarla internacionalmente. Se realizó un contrato con una nueva compañía editorial, se creó un sitio web para la consulta y envío de artículos, y se integró un comité editorial académico nacional e internacional con estricto apego a los más altos estándares de ética e investigación. Los trabajos de investigación aceptados cuentan por primera vez con “Identificador De Objeto Digital” (DOI) con registro en índices científicos.

1.- ¿Qué tipo de artículos son publicados en la Revista Mexicana de Angiología?

La revista es una publicación en línea, de libre acceso y que se edita de manera trimestral. Se publican artículos revisados por pares sobre aspectos básicos y clínicos de la Angiología y Cirugía Vascular, aceptando trabajos para publicación en idioma español o inglés, y sin costo para autores y lectores. El contenido de la revista incluye artículos originales de investigación, revisiones y editoriales.

2.- ¿Cuál es el procedimiento para publicar un artículo en la Revista Mexicana de Angiología?

Los manuscritos deben enviarse a través del sistema editorial electrónico de la revista en la dirección electrónica <http://publisher.RMA.permanyer.com> donde, el autor de correspondencia debe registrarse. Una vez que cuente con nombre de usuario y contraseña, podrá cargar en el sistema los archivos de su trabajo siguiendo las instrucciones. Los estudios publicados en la revista son elegidos cuidadosamente por un grupo de revisores especializados en el tema para verificar su rigor científico y pertinencia temática

3.- ¿Los residentes de último año de la especialidad de Angiología deben publicar su tesis en la revista?

El envío de sus tesis a la Revista Mexicana de Angiología no tiene carácter obligatorio, tampoco condiciona su graduación o certificación. Al igual que a todos los socios, cordialmente animamos a los residentes de último año de la especialidad de Angiología y Cirugía Vascular a contribuir compartiendo sus tesis y trabajos de ingreso a la Sociedad con la comunidad internacional de cirujanos vasculares.



4.- ¿Algún tip que nos podría proporcionar para realizar un trabajo de investigación con mayores probabilidades de ser aceptados en la revista?

Las sociedades médicas e instituciones de investigación deben tener el compromiso de hacer aportaciones a la construcción de avances del conocimiento y la publicación de artículos científicos es la forma de realizarlo.

Recomiendo a los socios a identificar áreas de interés dentro de su práctica clínica, revisar y analizar su experiencia y compartirla a través de nuestra publicación.

5. ¿Por qué un artículo no es aceptado para su publicación?

Existen varios factores bien reconocidos por los editores por los cuales un artículo no se acepta. Como ejemplos concretos, en ocasiones el trabajo no se ajusta a la publicación, ya sea por la temática, línea o enfoque que le da el autor. El artículo enviado resulta especulativo y no tienen rigor científico. La base teórica no es lo suficientemente fuerte y no se describen objetivos específicos. La metodología puede ser débil para responder a una pregunta objetiva de investigación, y por último, el análisis de datos es insuficiente.

Muchas gracias por la invitación, y a nombre del equipo editorial me complace invitarlos a participar como autores, enviándonos sus artículos en las categorías mencionadas. El hecho de ser una revista científica de acceso libre les asegura una amplia visibilidad y distribución en el medio académico nacional e internacional.

Entrevista Dr. Rodrigo Lozano

1.- ¿Podría darnos una breve semblanza sobre el tratamiento del pie diabético en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE antes de la era COVID-19?

De primera instancia, muchas gracias por la oportunidad de compartir nuestra experiencia en este espacio. El Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE es el centro de tercer nivel y de referencia correspondiente a la zona sur de la Ciudad de México. Contamos con 1,143,583 derechohabientes y estimamos que, entre ellos hay aproximadamente 105,210 pacientes que viven con diabetes. Por lo tanto, se calcula que entre 800 a 350 derechohabientes podrían presentar un cuadro de pie diabético (PD) cada año. A diferencia de otros hospitales, dada la importante incidencia de enfermedad arterial periférica en nuestros derechohabientes, el servicio de Angiología trata a la totalidad del PD.

La cifra de pacientes tratados por PD ha ido cambiando con el paso del tiempo: en el 2013 por ejemplo, se trataron 73 pacientes con PD y en el 2019 se atendieron 141 pacientes y se realizaron 63 procedimientos de revascularización, ya que, el 50% de ellos presentaban además enfermedad arterial periférica concomitante, y a su ingreso, el 60% fueron catalogados como cuadros severos (estadio WIFI IV).

Por otro lado, adoptamos en 2017 la clasificación de WIFI y en 2016, con la apertura de un espacio en hemodinamia para procedimientos de Angiología, aumentó el número de revascularizaciones endovasculares. De tal manera que, pese a la creciente incidencia de pacientes con pie diabético, el número anual de amputaciones mayores se mantuvo constante (50 ± 10), pero la incidencia bajó: en 2013 se realizó amputación transfemoral a 7 de cada 10 pacientes con PD y en 2019, a 3 de cada 10.

El impacto de reducir las amputaciones mayores tiene un beneficio directo en los pacientes y en los sistemas de salud. En portadores de DM se ha descrito una mortalidad del 70% a 5 años después de una amputación mayor y en los sistemas de salud, se han reportado mayores costos indirectos derivados de incapacidad y mortalidad tempranas.



2.- ¿Cómo cambió el tratamiento del Pie diabético, durante la pandemia de COVID-19?

Con estrategias pendientes por implementar, con la finalidad de reducir aún más la incidencia de amputaciones mayores por PD (como la formación de equipos de atención multidisciplinaria y el acercamiento a las clínicas de medicina familiar de primer nivel para agilizar y acortar los tiempos de referencia), el número de pacientes que acudieron a nuestro servicio por PD disminuyó: en abril de 2020 por ejemplo, se atendieron 5 pacientes, de los cuales 4 terminaron en amputación mayor. Así transcurrieron los meses venideros.

De inicio fue efecto del miedo y la desinformación, no sabíamos hasta cuándo el hospital seguiría trabajando de forma habitual, en qué momento el número de pacientes con SARS-COV2 terminaría de saturar la capacidad de este, en qué momento nos pedirían a los especialistas de otras ramas entrar a las áreas COVID a atender pacientes con patología respiratoria. El personal de salud catalogado como de mayor riesgo dejó de asistir a sus labores, muchos de ellos ocupan puestos administrativos y fungían como enlace entre las

autoridades del hospital y el personal operativo, por lo que su ausencia aumentó la desinformación.

Se empezaron a ver cambios: suspensión de procedimientos quirúrgicos electivos (los primeros fueron la cirugía de várices y de accesos vasculares para hemodiálisis), disminución de la consulta externa, limitación a dos quirófanos funcionales por turno (uno para pacientes con sospecha o confirmación de COVID y otro para el resto), limitación de la sala de hemodinamia para urgencias absolutas de patología cardíaca. El cambio fue progresivo y a demanda iniciando desde abril, presentándose el mayor pico de casos COVID en los meses de junio y julio. El hospital era un ente dividido cuya balanza comenzó a aligerarse para los meses de agosto y septiembre, cuando los casos de SARS-COV2 se limitaron a ocupar sólo un piso de hospitalización.

3.- ¿Cuáles fueron las estrategias empleadas para tratar a los pacientes con pie diabético y enfermedad arterial periférica en época de COVID?

Aunque el área de urgencias siempre permaneció abierta para la atención de pacientes con PD, estos dejaron de acudir. De abril a julio se trataron 16 casos de pie diabético y 12 terminaron en amputación mayor. Era una constante el avanzado estado de la enfermedad, el tiempo prolongado entre el inicio de los síntomas y la primera visita a nuestro servicio, así como el descontrol metabólico. En los 12 casos de amputación no hubo posibilidades de revascularización y aunque se hubiese requerido, posiblemente no se hubiese concretado. Fue hasta agosto que se dio la indicación de volver a utilizar los quirófanos y la sala de hemodinamia para urgencias relativas relacionadas al pie diabético. Con las medidas de protección personal y para el paciente, se optó por la revascularización endovascular con anestesia local, con la intención de acortar el tiempo de hospitalización.

4.- ¿Cómo afectó la pandemia por SARS-COV2 el seguimiento de pacientes con enfermedad arterial periférica tratados de forma ambulatoria?

Otro escenario fue el de los pacientes que habían sido revascularizados en los primeros meses del 2020 y en 2019, cuyo seguimiento se vio truncado por la suspensión de actividades en la consulta externa y de cirugía programada. Se pudo localizar al 50% de los pacientes por vía telefónica y se les aplicó una pequeña encuesta sobre las razones por las cuales no habían acudido al hospital. El 80% de los pacientes reportó tener miedo a infectarse por COVID-19, consideraban más mortal al SARS-COV2 que al pie diabético o a la propia diabetes mellitus. Referían, además, no haber suspendido sus medicamentos, seguir en estricto apego a sus citas, así como realización de estudios de laboratorio y gabinete.

Una mezcla entre medidas tomadas por el hospital y la decisión por parte de los pacientes de postergar sus citas, se identificaron como las causas principales por las cuales la consulta externa disminuyó en más del 50%.

5. - ¿Utilizaron alguna estrategia para contactar a los pacientes de consulta externa?

Tenemos una población de derechohabientes bien delimitada en una de las áreas más urbanizadas del país, por lo que parecería relativamente accesible el contacto con nuestros pacientes, sin embargo, la realidad es otra. Antes de la pandemia y con motivos de investigación, recabamos el número telefónico de los pacientes (mismo que proporcionan al registrarse por primera vez en el hospital). Aunque el 100% de ellos proporcionaron un número telefónico, al momento de llamarles en repetidas ocasiones, únicamente el 50% contestaron dichas llamadas.

Desde agosto a la fecha les hemos solicitado durante la consulta externa, más de un número telefónico, haciendo énfasis en poder localizar también al cuidador principal. Desafortunadamente, el 60% de nuestros pacientes refieren no dominar la telefonía inteligente, lo que limita la comunicación por video llamadas, mensajes o correos electrónicos. Tratamos con una población cuya edad promedio es de 66 años, algunos con limitaciones visuales u otras condiciones que les hacen ser dependientes; aunque con amplio interés en beneficiarse de la tecnología digital para mantener contacto con sus médicos tratantes, también es insuficiente el dominio o el acceso a estas tecnologías.

6. - Estos pacientes con enfermedad arterial periférica presentan un gran número de complicaciones. ¿Cuáles fueron las complicaciones que observaron ustedes con mayor frecuencia en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE?

Observamos desafortunadamente, mayor mortalidad. El 62% de los pacientes que fueron intervenidos por amputación mayor en los meses de abril a julio del 2020, fallecieron después de 2 meses del procedimiento. Aunque la mayor causa de muerte fue de origen cardiovascular, en dos pacientes aparentemente hubo sintomatología respiratoria antes del deceso.

Por otro lado, los pacientes que fueron sometidos a amputaciones menores con o sin revascularización, no han desarrollado sintomatología respiratoria después de su egreso y no se ha registrado mortalidad.

7. - En los pacientes con el diagnóstico de isquemia crítica atendidos en el Hospital Regional Lic.

Adolfo López Mateos del ISSSTE, se presentaron mayores tasas de amputación a nivel mundial ¿cuál fue su experiencia en ese contexto?

Así es, y pareciera haber cierto retroceso en el camino trazado hacia la reducción de amputaciones mayores por pie diabético, mismo que en condiciones pre pandemia ya era difícil, pues hay muchos factores alrededor del paciente: la educación sobre DM o el autocuidado, hábitos alimenticios, uso de calzado adecuado o dispositivos de descarga, control metabólico, atención oportuna, etc. Aún así, se habían dado ciertos logros a lo largo de los años y ahora parecen estar anulados por las condiciones en las cuales acuden los pacientes.

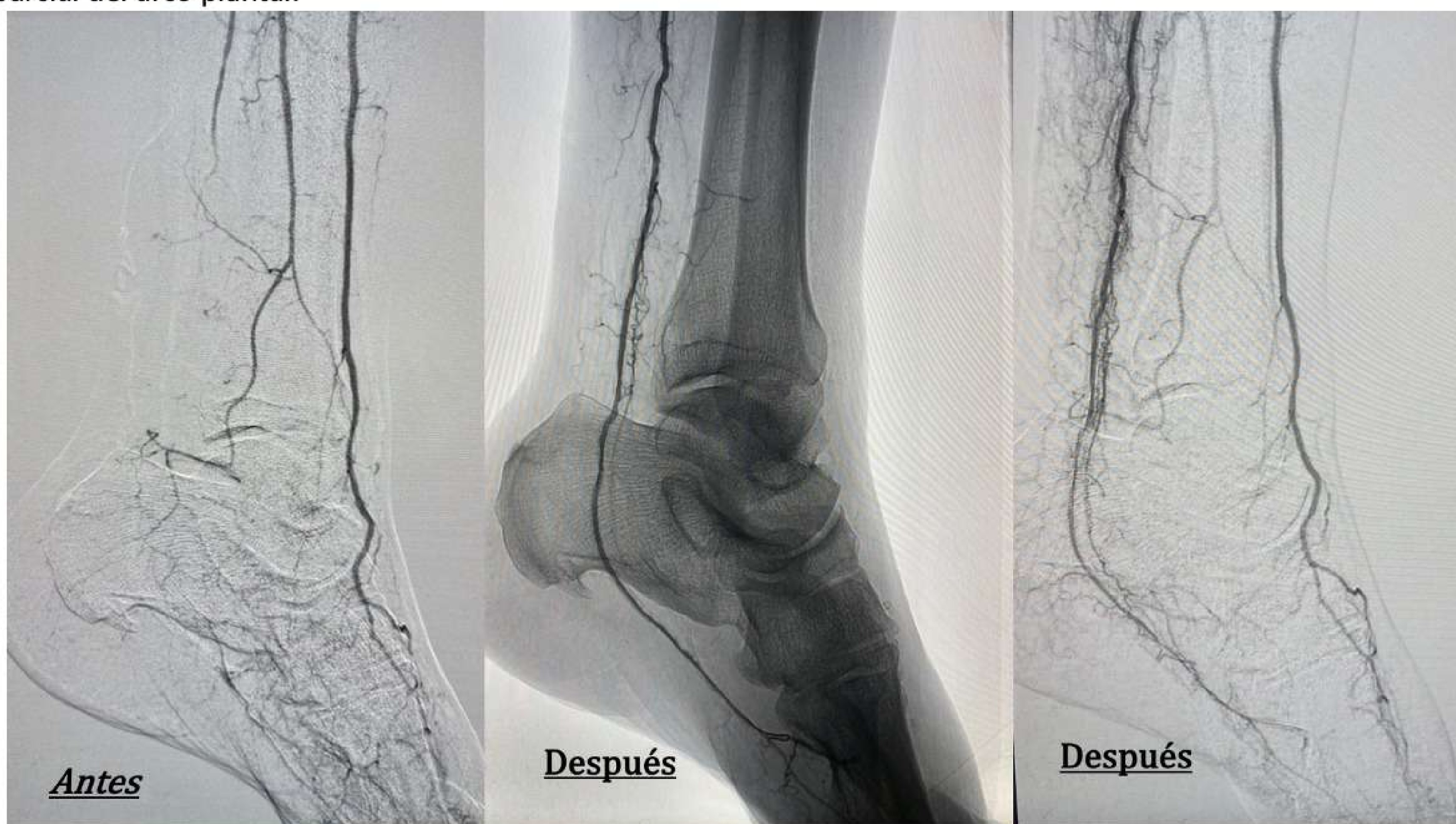
8.- Finalmente ¿cómo piensan ustedes que se deben afrontar estos cambios suscitados por la pandemia de COVID-19 y que han influenciado en la presentación del pie diabético?

Hasta ahora, persiste la incertidumbre de cuánto tiempo durará esta situación y aunque pueda ser temporal, las estrategias resolutivas deberán ser plantea-

das como si se tratase de una situación permanente, es decir, identificar los problemas que se están generando para poder afrontarlos en caso de que esta situación persista o se vuelva a presentar, lo cual siempre será una posibilidad latente. En nuestro caso, hemos aprendido la importancia de mantener contacto con nuestros derechohabientes, de crear nuevas redes de comunicación médico-paciente y médico referidor-especialista, así como el volver una costumbre las medidas de higiene y de sana distancia. Por otro lado, es imperativo que el paciente con PD recupere la confianza en la institución, en acudir a sus citas programadas o a urgencias en caso de ser necesario. Es momento de que el paciente y sus familiares se involucren más en el autocuidado y la auto monitorización.

Creemos que se debe aprovechar el episodio de la pandemia para unificar criterios, actualizar guías, consensos y planes operativos, de utilizar verdaderamente la mejor evidencia disponible para optimizar el tratamiento del PD y promover la prevención de complicaciones derivadas de la diabetes mellitus.

Figura 1. Arteriografía de paciente con pie diabético WIFI III con enfermedad ateromatosa de predominio inframaleolar a quien se realizó angioplastia de arteria tibial posterior y arteria plantar lateral, con recanalización parcial del arco plantar.



¿EL REFLUJO ÁCIDO NO LE DEJA DORMIR? CONTRA EL REFLUJO SÍ HAY DEFENSA

Nuevo
ESOXX-ONE®
CONTUNDENTE BARRERA DE PROTECCIÓN



Innovadora protección y apoyo en la enfermedad por reflujo gastroesofágico.^{1,2}

Alivio de los síntomas, como acidez, ardor, dolor, regurgitación, incluso por las noches.³



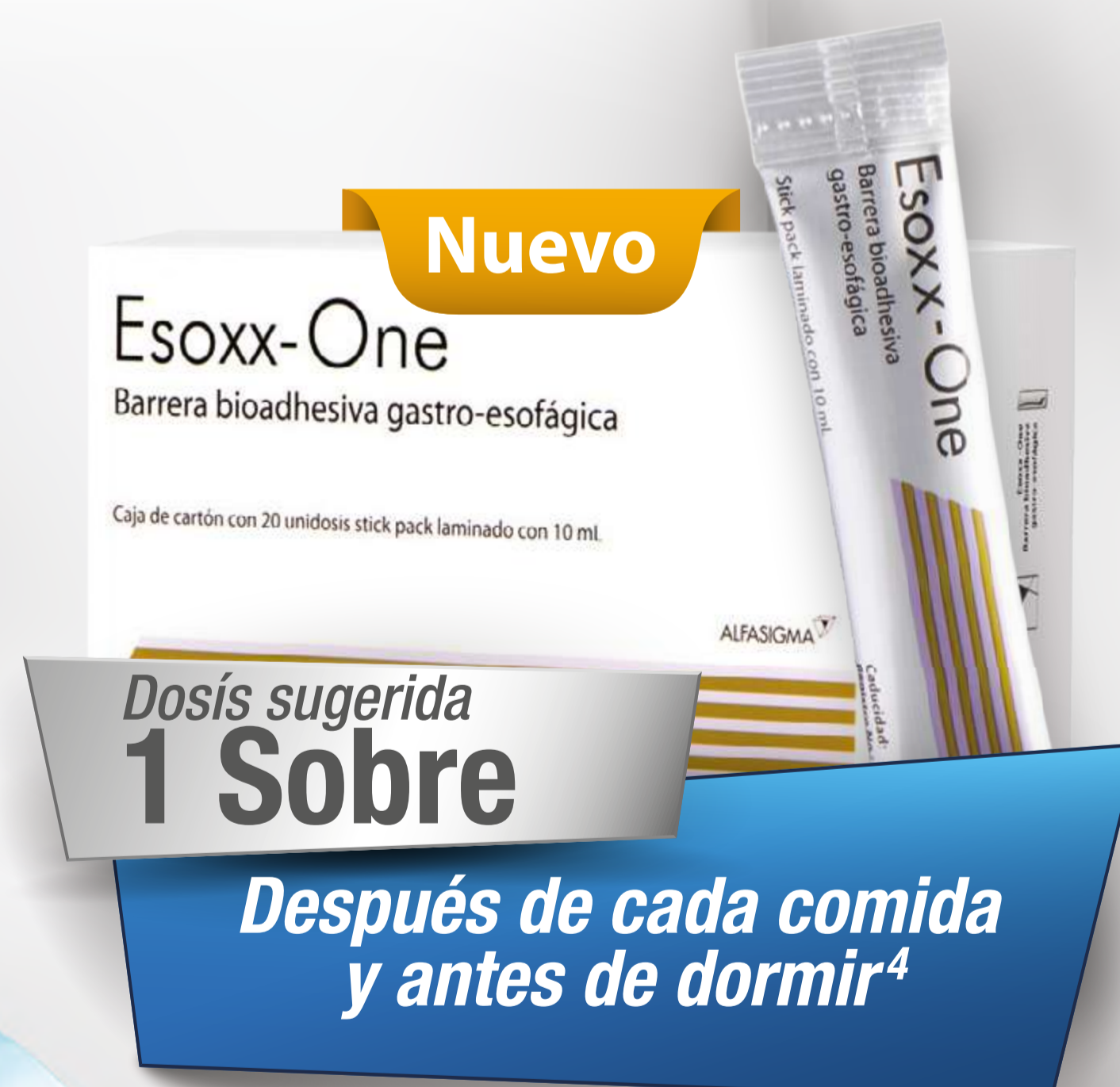
Crea una barrera protectora contra el reflujo ácido y no ácido.^{1,2}



Innovadora combinación de ácido hialurónico, sulfato de condroitina y poloxámero 407.^{1,2}



Brinda protección durante todo el día y a la hora de dormir.³



2671C 2016 SSA

REFERENCIAS: **1.** Di Simone MP, et al. Barrier effect of Esoxx® on esophageal mucosal damage: experimental study on ex-vivo swine model. Clin Exp Gastroenterol 2012;5:103-7. **2.** Palmieri B, et al. Fixed combination of hyaluronic acid and chondroitin-sulphate oral formulation in a randomized double blind, placebo controlled study for the treatment of symptoms in patients with non-erosive gastroesophageal reflux. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2013;17:3272-8. **3.** Savarino V, et al. Randomised clinical trial: mucosal protection combined with acid suppression in the treatment of non-erosive reflux disease – efficacy of Esoxx, a hyaluronic acid–chondroitin sulphate based bioadhesive formulation. Aliment Pharmacol Ther 2017; 45: 631–642. **4.** Instrucciones de uso ESOXX®.

Código de almacén: ES-REVISTA1-2019
No. entrada: 193300202C3004

ALFASIGMA

CASO CLÍNICO: Reparación de Enfermedad Aorto-Iliaca con Técnica de Kissing Stent, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

Dr. Francisco Romeo Regalado Solís

Dr. Javier Francisco Duarte Acuña

Dr. Jorge Eduardo López Valdivia

Dr. Melvin Guadalupe Parada Guzmán

Dra. Sandra Olivares Cruz

sandraoc1017@gmail.com

Antecedentes

Las implicaciones de la Enfermedad Aorto-Iliaca (EAO) fueron descritas desde el siglo XVII. Sin embargo, el auge del tratamiento quirúrgico de la enfermedad inicia en 1947, cuando un cirujano portugués realiza la primera endarterectomía de la arteria femoral, permitiendo que 4 años después, en San Francisco (EUA), se realizara la adaptación de esta técnica para el segmento aorto-ilíaco.⁽¹⁾ El tratamiento endovascular inicia con las angioplastias con balón realizadas por Dotter en 1964. El uso de injertos endovasculares fue descrito por Palmaz en los años ochenta.⁽²⁾

Es una enfermedad con varios grados de severidad y presentación, la cual afecta a hombres y mujeres y frecuentemente se diagnostica entre los 40 y 60 años.⁽³⁾ Con frecuencia se asocia enfermedad femoropoplítea e infragenicular y suelen ser de edad avanzada y asociada a diabetes mellitus e hipertensión arterial. Sin embargo, los pacientes que presentan esta patología aislada suelen ser jóvenes y con factores de riesgo asociados, tales como tabaquismo e hipercolesterolemia.⁽²⁾

Diagnóstico

La aterosclerosis obliterativa crónica que afecta la aorta distal y las arterias ilíacas se puede manifestar como una claudicación moderada hasta isquemia crítica que amenaza la extremidad (CLTI, por sus siglas en inglés) y estas presentaciones dependen de la red colateral que se forme.⁽¹⁾ La enfermedad comúnmente conlleva la claudicación de la región glútea y de los muslos, sin embargo, con deambulancia prolongada también se puede presentar claudicación de los músculos gastrocnemios, llegando a ser una patología deshabilitante y severa.⁽⁴⁾ Los pacientes masculinos pueden presentar el síndrome de Leriche, descrito en 1814 por Blane y detallado fisiopatológicamente por Rene Leriche, el cual, se compone de ausencia de pulsos femorales, claudica-

ción intermitente y disfunción eréctil, hasta en el 30% de los pacientes.⁽¹⁾⁽³⁾ Los estudios de imagen disponibles incluyen el ultrasonido Doppler, angiotomografía, angiografía y arteriografía; todas han mostrado diferentes ventajas y desventajas.⁽¹⁾ Sin embargo, se considera que el ultrasonido es una de las primeras estrategias para el screening y la angiotomografía ha tomado auge para ser el estudio preoperatorio de elección. Por otro lado, la arteriografía continúa siendo el estándar de oro y provee la ventaja de ser diagnóstica y potencialmente terapéutica.⁽⁴⁾

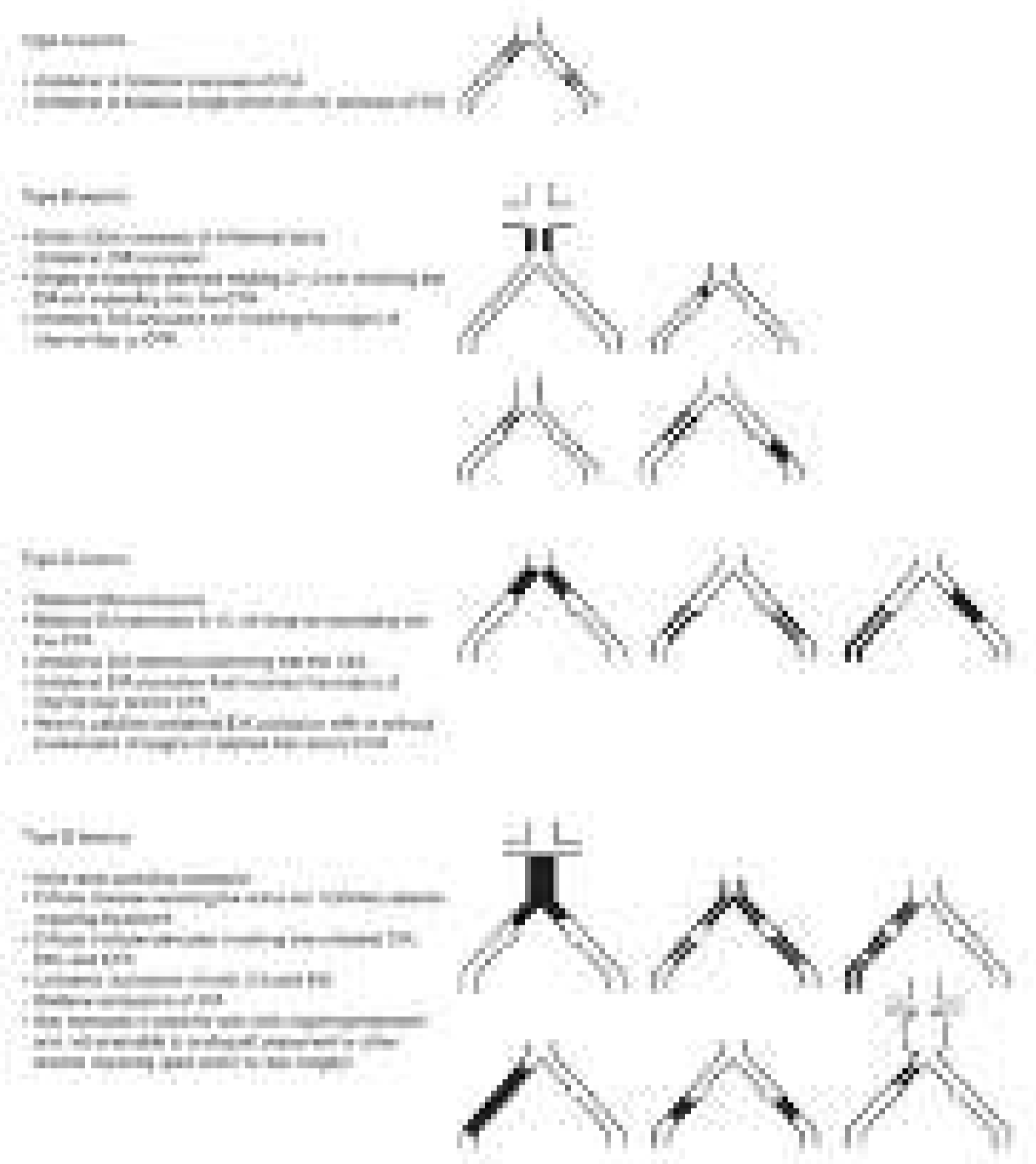
Tratamiento quirúrgico y endovascular

La Sociedad de Cirugía Vascul (SVS, por sus siglas en inglés) recomienda el tratamiento endovascular o quirúrgico en pacientes claudicantes un estado funcional o calidad de vida limitada secundario a la enfermedad en el contexto de proveer mejoría a los síntomas, o cuando la terapia médica ha fallado (recomendación grado I, evidencia B)⁽⁴⁾. En pacientes con CLTI, con enfermedad de inflow u outflow se considera una buena práctica el tratar la enfermedad de inflow primero, ya que, en casos de pérdidas de tejido pequeñas y limitadas (Rutherford V) su corrección puede alcanzar un resultado adecuado.⁽⁵⁾

Muchos cambios se han dado respecto al tratamiento del a EAO, en gran parte debido a los avances de tecnología y apareamiento de centros especializados.⁽³⁾ En el 2007 se publicó el segundo consenso inter sociedad para el manejo de la enfermedad arterial periférica y, en este se recomienda dar tratamiento endovascular a lesiones TASC A y B, quedando sugerido el tratamiento de revascularización quirúrgica convencional para las lesiones complejas tipo TASC C y D. Desde 1997, de Vries et al. demostraron el gran beneficio de la revascularización y en un metaanálisis de 26 años demostraron una permeabilidad a 5 y 10 años de 91.0 y 86.8%, respectivamente, en pacientes con claudicación, por otro lado, en pacientes con CLTI evidenciaron una permeabilidad de 87.5 y 81.8%, respectivamente.⁽⁶⁾ Sin embargo, la tasa de mortalidad a 30 días, de un bypass aorto-bifemoral es del 4%, con una morbilidad entre 6 y 16%, lo cual justifica la búsqueda de técnicas menos invasivas.⁽⁷⁾⁽⁸⁾

El avance médico ha puesto en evidencia que lesiones complejas, largas y bilaterales pueden ser tratadas vía endovascular, de manera segura y con alta tasa de resolución de síntomas. Incluso Leville et al. demostraron

en el 2006 éxito técnico, baja morbilidad y permeabilidad a mediano plazo comparables a la reconstrucción abierta.⁽⁹⁾ Estos resultados fue comprobados por Dorigo et al. en un estudio publicado el 2016.⁽¹⁰⁾ También se comprobó una reducida mortalidad a los 30 días del 0-1%⁽¹¹⁾



(11) Figura 1. Clasificación TASC II. (12)

Técnica de Kissing Stent

Tradicionalmente, la técnica de “Kissing balloons” se utiliza para realizar angioplastias de la bifurcación aórtica, con el fin de evitar disección o ateroembolismo en la arteria contralateral, sin embargo en los pacientes que presentan calcificación a nivel de la bifurcación, no se recomienda y es necesario realizar la técnica de “Kissing Stent (KT)”⁽²⁾ Una de las ventajas del procedimiento es en los pacientes de alto riesgo anestésico, ya que es posible realizarlo con anestesia local y sedación en los pacientes que la requieren.⁽¹⁰⁾ Esta técnica se logra mediante un abordaje femoral bilateral, en el cual luego de introducir los dos stent de las arterias ilíacas, se prolongan hacia el extremo distal de la aorta, y provocando una dilatación simultánea.

La técnica requiere de la colocación de los stent, con su extremo proximal a un nivel superior a la bifurcación aórtica y sobrepasando la extensión proximal de la lesión, así mismo se aconseja no cruzar el ligamento inguinal para evitar la fractura distal del injerto.⁽¹⁰⁾

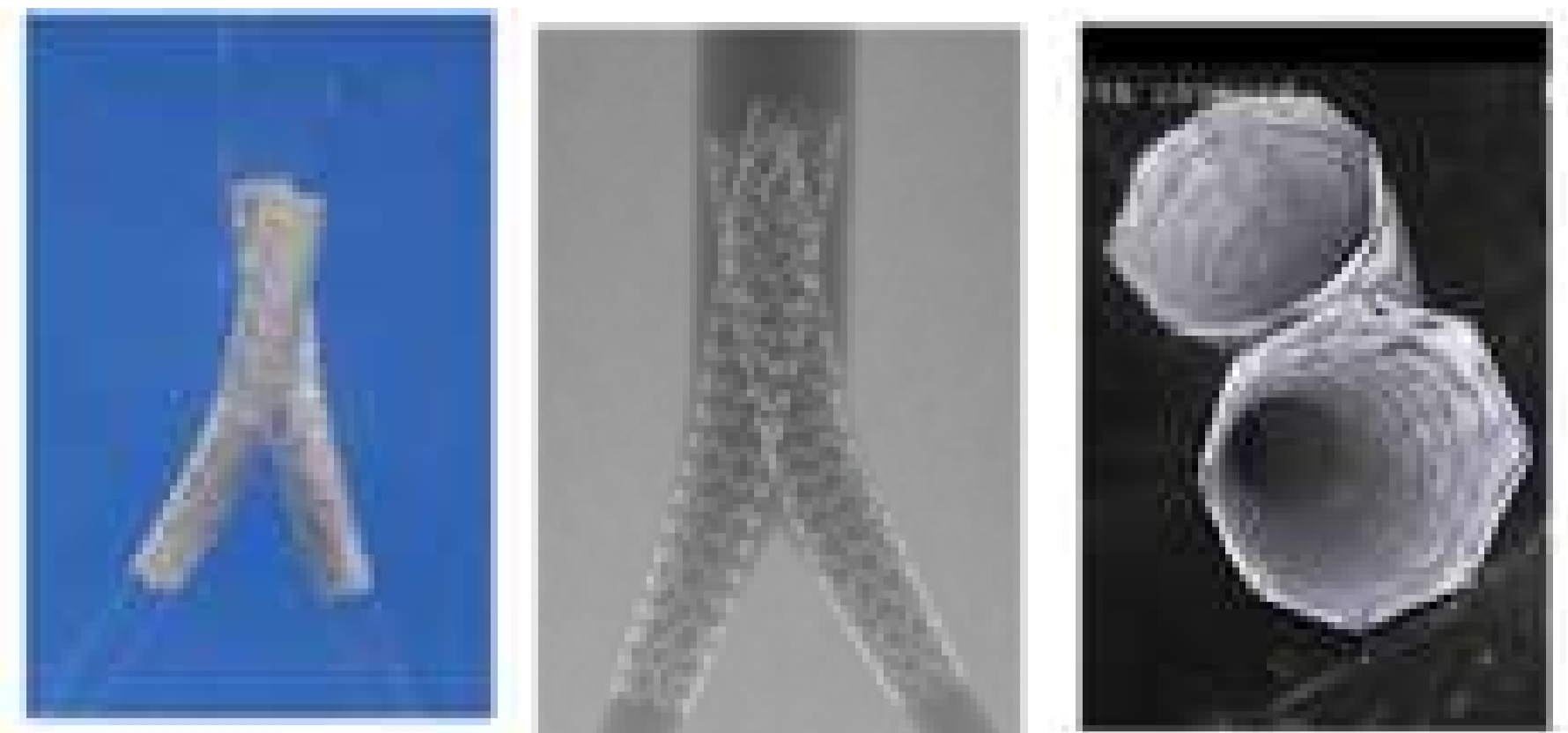


Figura 2. Disposición de las prótesis en técnica de “Kissing Stent”.⁽⁷⁾

Los stent recubiertos han demostrado una mejor permeabilidad en lesiones extensas, según concluyó el estudio COBEST.⁽⁸⁾⁽¹³⁾ Además, varios aspectos de la técnica KT afectan la permeabilidad a largo plazo, entre ellas la discrepancia entre el lumen del stent y el lumen aórtico, lo que se conoce como desajuste radial, considerado como un factor protrombótico.^(7,8,14) Para favorecer la permeabilidad a largo plazo y evitar estas complicaciones, recientemente se desarrolló la técnica CERAB, la cual proveen una reconstrucción de la bifurcación aórtica más anatómica y fisiológica, la diferencia radica en la colocación de un stent aórtico proximal, el cual se dilata a modo de generar una forma cónica distal. Posteriormente se introducen los stent ilíacos, los cuales ascienden hasta quedar dentro del stent aórtico, logrando un mejor sello y reducción del desajuste radial.⁽⁷⁾

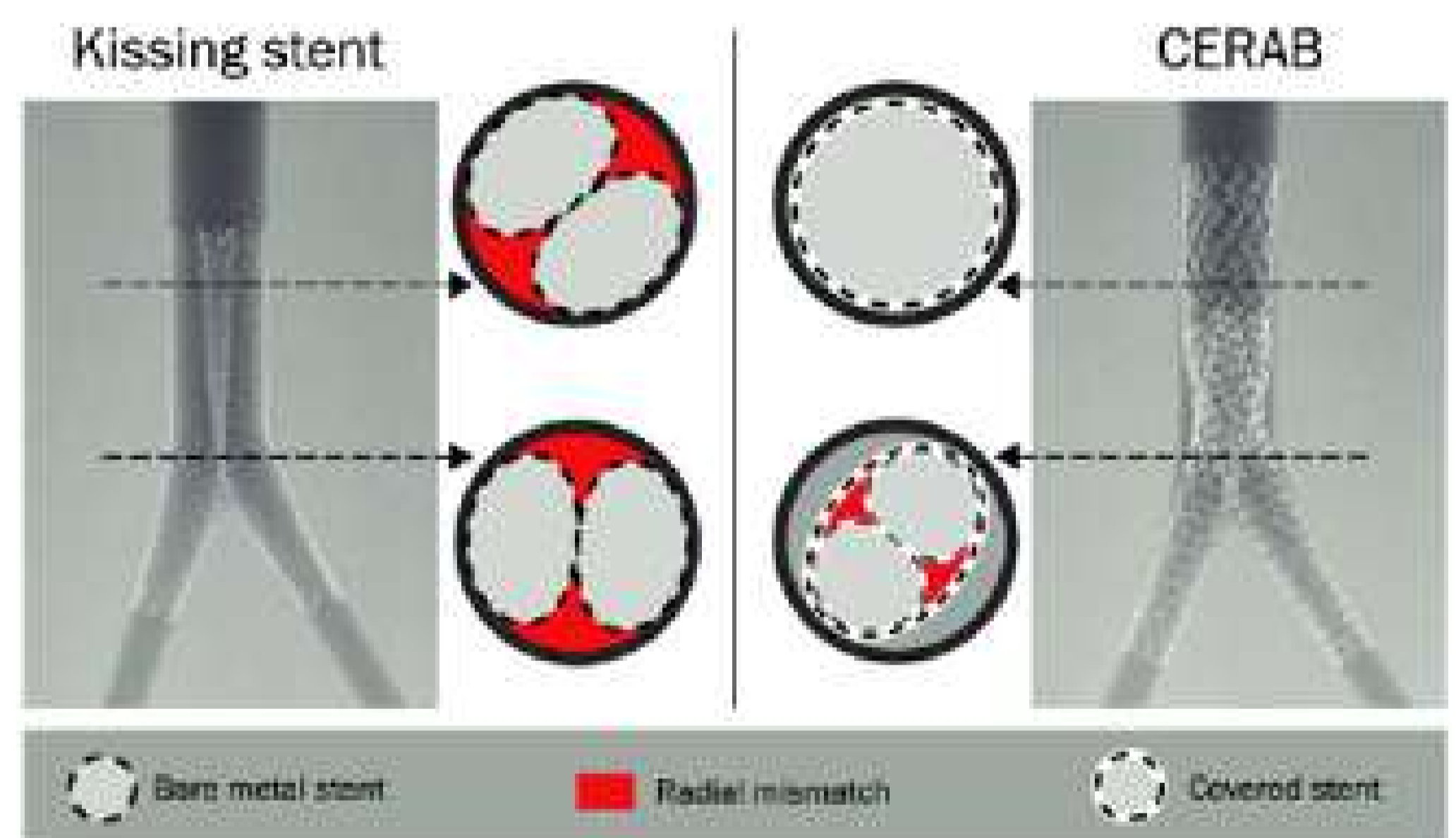


Figura 3. Diferencia de desajuste radial en la técnica KT y en la CERAB

En el 2015, Grimme et al. documentaron 103 casos de EAO tratada con técnica CERAB, logrando un éxito técnico del 95%, con patencia primaria del 87% al año y 82% a los 2 años. Con una tasa de complicaciones mayores de 1.9% y sin mortalidad a 30 días. Se concluye como una técnica segura y alternativa al bypass quirúrgico, sin embargo, estudios controlados y aleatorizados comparativos son necesarios para aconsejar su uso.⁽⁸⁾

Presentación del Caso Clínico


Antecedentes e historia clínica

Presentamos el caso de paciente femenina de 75 años, con antecedente médico de diabetes mellitus tipo 2, tratada con metformina 850 miligramos al día e hipertensión arterial sistémica, tratada con Losartan 50 miligramos cada 12 horas y Enalapril 10 miligramos cada 12 horas, la cual sin aparentes complicaciones derivadas de sus patologías. Niega tabaquismo, uso de alcohol y otras drogas recreativas. 15 días antes de su evaluación la paciente refiere síntomas de claudicación de miembros pélvicos al deambular aproximadamente 100 metros, evidenciando mejoría luego de reposar por 15 minutos y se asocia al apareamiento de lesión isquémica en la base del quinto dedo y la falange distal del cuarto dedo del miembro pélvico izquierdo, asociado a dolor en reposo, por lo que es evaluada por médico angiólogo particular quien inicia tratamiento con rivaroxabán, cilostazol, analgésicos y refiere a la consulta externa de cirugía vascular del Hospital General de México.

Al examen físico el paciente presenta frecuencia cardíaca de 90 latidos/minuto, tensión arterial 150/95 mmHg. Frecuencia respiratoria 16 respiraciones/minuto, talla de 1.52 metros con peso de 90 kilogramos e IMC de 38.95. En miembro pélvico izquierdo se evidencia cianosis e hipotermia en dorso y tercio distal del pie, con lesión isquémica en la base del quinto dedo y falange distal del cuarto dedo. La evaluación vascular dirigida se evidencia los siguientes hallazgos positivos:

Gráfica No. 1

Evaluación clínica preoperatoria

	Pulso	Flujos		Flujos	Pulso
Femoral	2/2	Bifásico		Bifásico	Ausente
Popliteo	1/2	Bifásico		Bifásico	Ausente
P. Seg.				P. Seg.	
Tibial Anterior	Ausente	Monofásico 70 mmHg		30 mmHg	Monofásico Ausente
Tibial Posterior	Ausente	Monofásico 70 mmHg	20 mmHg	Monofásico Ausente	
Índice Tobillo Brazo		0.46	0.2		

P. Seg: Presión segmentaria

a) Con impresión clínica de insuficiencia arterial crónica, clasificación Rutherford 5 miembro pélvico izquierdo, se decide realizar ingreso para completar estudios

Tabla No. 1

Laboratorios

Leucocitos	8.90	Glucosa	106	Potasio	4.4
Hemoglobina	15.50	Urea	30	TP	11.3
Hematocrito	48.20	Creatinina	0.7	TPTa	27.6
Plaquetas	219	Sodio	137	INR	0.9

Angiotomografía Aorta y Miembros Pélvicos

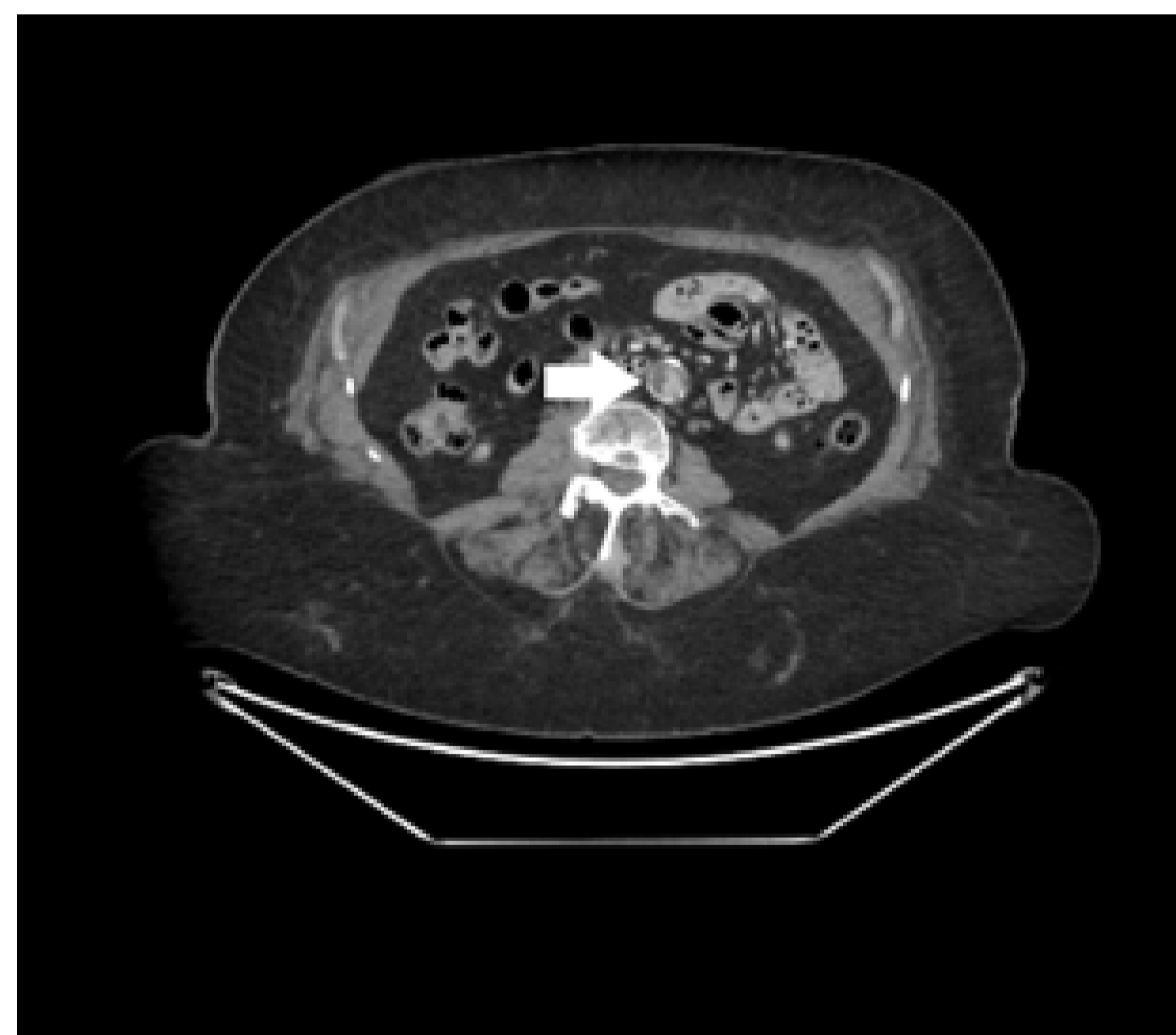


Figura 3. Evidencia de placas ateromatosas en asociación a trombosidad de la aorta, 2 cm por arriba de bifurcación iliaca.

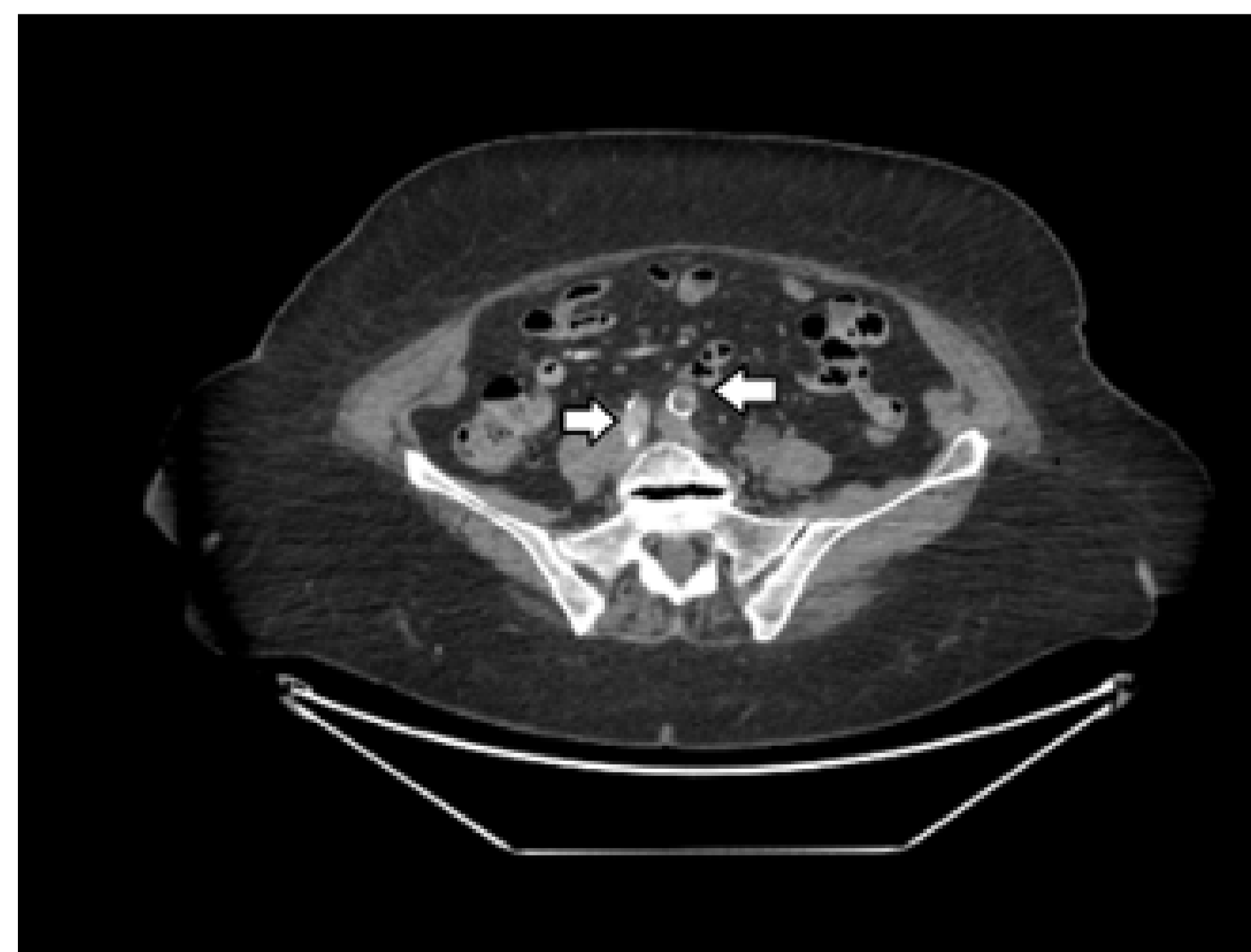


Figura 4. Oclusión de ambas arterias iliacas comunes por placas ateromatosas circunferenciales y ocupadas por trombo.



Figura 5. Obstrucción trombótica de la arteria iliaca común izquierda.

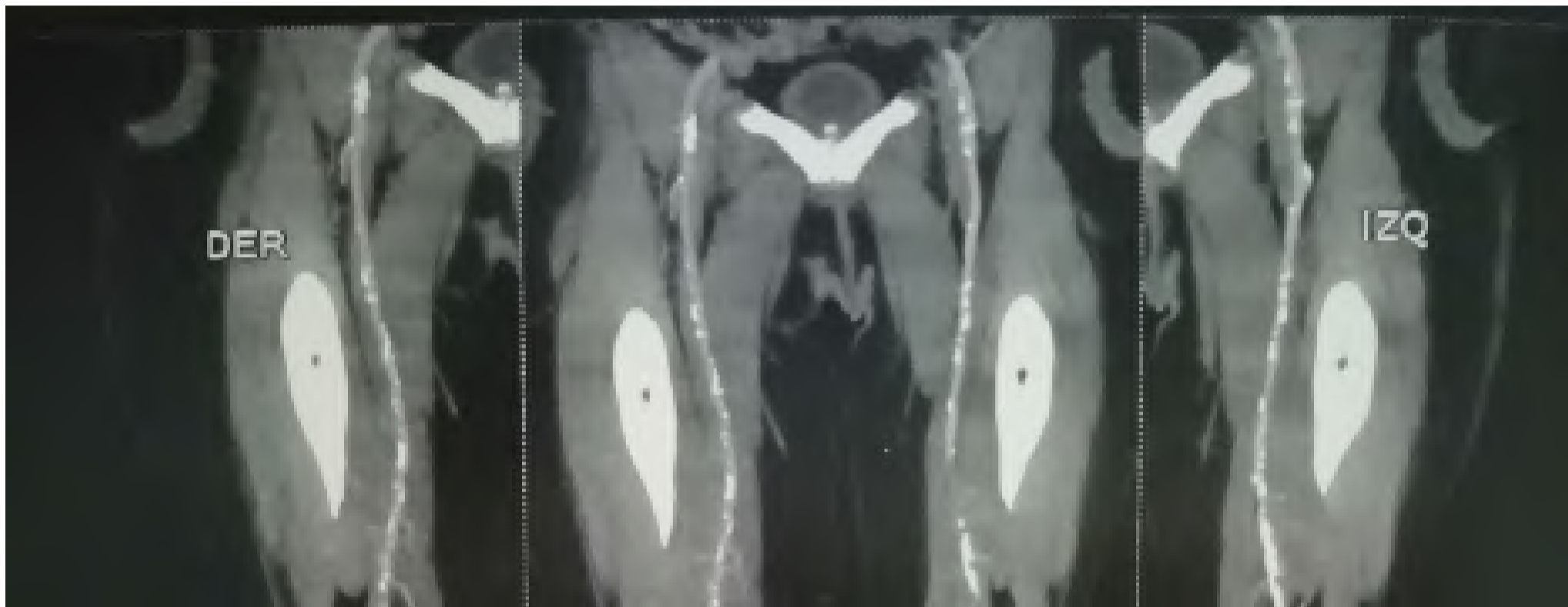


Figura 6. Recanalización distal de la arteria femoral izquierda. Nótese enfermedad no oclusiva de la arteria femoral.

b) Diagnóstico y clasificación de la enfermedad:

- i) Insuficiencia arterial crónica Rutherford 5 (Class IIb) miembro pélvico izquierdo.
- ii) Enfermedad arterial aorto iliaca TASC C
- iii) Enfermedad arterial fémoro ooplíteo miembro pélvico izquierdo TASC D.

Tratamiento Quirúrgico

Con hallazgos descritos, previo plan educacional al paciente y familiares y con su consentimiento, se decide llevar a sala de operaciones, en el quirófano híbrido para realizar reparación endovascular con técnica de "Kissing Stent"

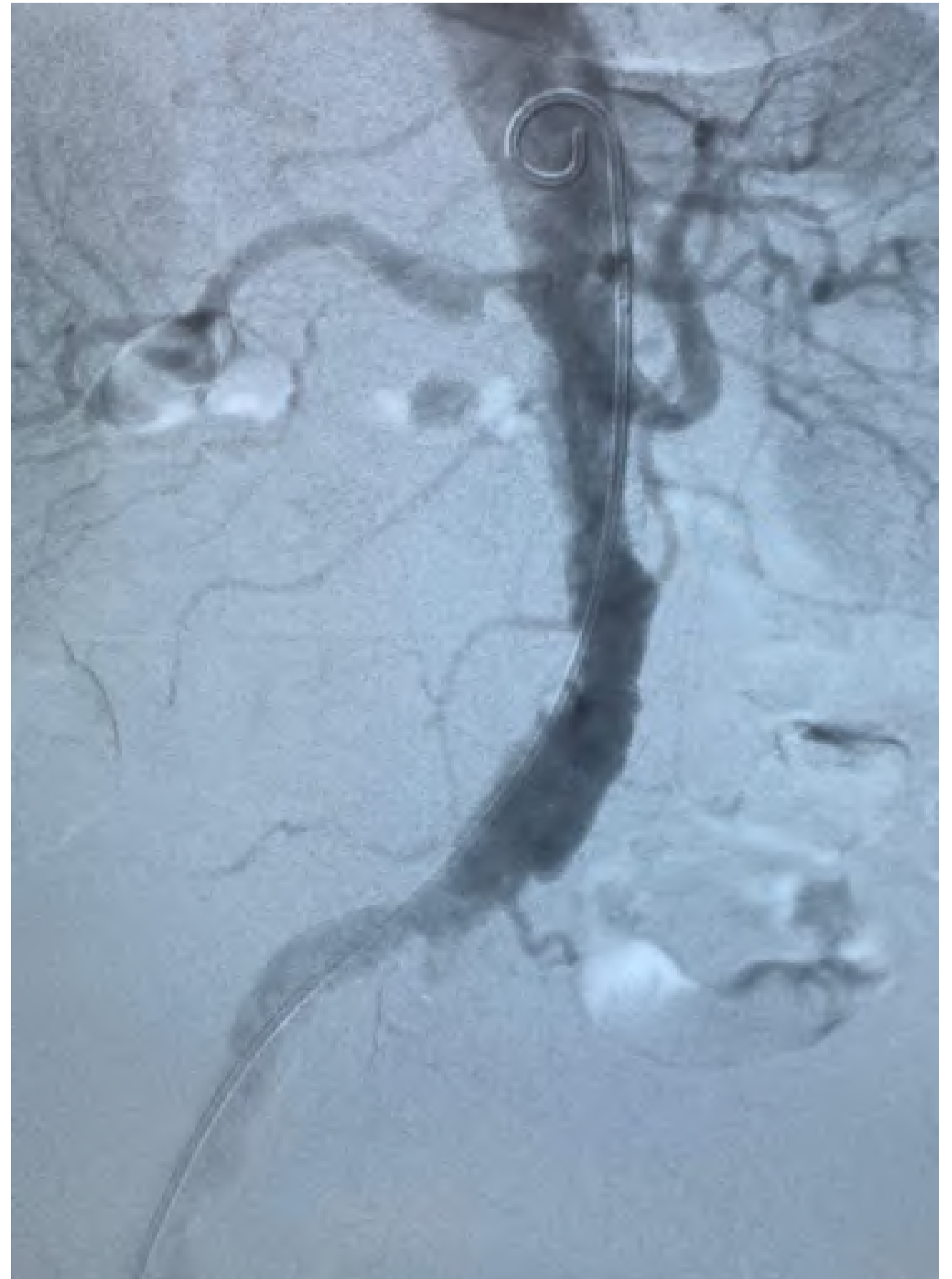


Figura 7. Aortografía con sustracción digital. Mediante abordaje femoral derecho con introductor 6 Frch y guía 0.035, documentación de enfermedad de Inflow. Obstrucción total de arteria iliaca común izquierda. Ramas renales preservadas.



Figura 8. Colocación de stent en arteria iliaca común izquierda y derecha por técnica de “Kissing Stent”. Stent de nitinol, recubierto, medidas de 9 x 39 mm. Posteriormente se colocó stent de nitinol recubierto de 8*120 mm en arteria iliaca externa, logrando resolver obstrucción.



Figura 9. Angiografía con sustracción digital posterior a colocación de stents evidenciando adecuados flujos hacia ambas arterias iliacas con adecuada disposición de los stent y ausencia de acodaduras ni fracturas.

Evolución Postoperatoria.

Paciente fue llevada a sala de recuperación, con vigilancia de sitios de punción de los accesos vasculares, monitoreo de presión arterial y laboratorios control de función renal, evidenciando todo sin anormalidad. Se documenta mejoría clínica y examen vascular dirigido se reporta de la siguiente manera.

Grafica no. 2

Evaluación clínica postoperatoria

	Pulso	Flujos		Flujos	Pulso
Femoral	2/2	Bifásico		Bifásico	Ausente
Poplíteo	1/2	Bifásico		Bifásico	Ausente
			P. Seg.		P. Seg.
Tibial Anterior	Ausente	Bifásico	100 mmHg	60 mmHg	Bifásico Ausente
Tibial Posterior	Ausente	Bifásico	70 mmHg	100 mmHg	Bifásico Ausente
TAS: 100 mmHg		Índice Tobillo Brazo	1	1	

P. Seg: Presión Segmentaria, TAS: tensión arterial sistólica.

Paciente con adecuada evolución clínica, se decide egreso y seguimiento por consulta externa para valorar evolución de lesiones en las falanges del cuarto y quinto dedo del pie izquierdo. Se deja tratamiento sin omisión con rivaroxabán 2.5 mg/ día, atorvastatina 40mg./día, y ASA 100 mg./día. No reportamos complicaciones a corto plazo y continua en vigilancia estrecha sin complicaciones a los 6 meses.

Bibliografía

- Menard MT, Belkin M. Aortoiliac Disease: Direct Reconstruction. Ninth Edition. Vol. 2, Rutherford's Vascular Surgery. Elsevier Inc.; 2014. 1701-1721.e3 p.
- Powell RJ, Rzucidlo EVAM. Aortoiliac Disease: Endovascular Treatment. Ninth Edition. Rutherford's Vascular Surgery and Endovascular Therapy, 2-Volume Set. Elsevier Inc.; 2020. 1423-1437.e2 p.
- Krankenbergh H, Schlüter M, Schwennecke C, Walter D, Pascotto A, Sandstede J, et al. Endovascular reconstruction of the aortic bifurcation in patients with Leriche syndrome. Clin Res Cardiol. 2009;98(10):657-64.
- Conte MS, Pomposelli FB, Clair DG, Geraghty PJ, McKinsey JF, Mills JL, et al. Society for Vascular Surgery practice guidelines for atherosclerotic occlusive disease of the lower extremities: Management of asymptomatic disease and claudication. J Vasc Surg. 2015;61(3):2S-41S.e1.
- Conte MS, Bradbury AW, Kolh P, White J V, Dick F, Fitridge R, et al. Global vascular guidelines on the management of chronic limb-threatening ischemia. J Vasc Surg. 2019;69(6):3S-125S.e40.
- De Vries SO, Hunink MGM. Results of aortic bifurcation grafts for aortoiliac occlusive disease: A meta-analysis. J Vasc Surg. 1997;26(4):558-69.
- Groot Jebbink E, Grimme FAB, Goverde PCJM, Van Oostayen JA, Slump CH, Reijnen MMPJ. Geometrical consequences of kissing stents and the Covered Endovascular Reconstruction of the Aortic Bifurcation configuration in an in vitro model for endovascular reconstruction of aortic bifurcation. J Vasc Surg. 2015;61(5):1306-11.
- Grimme FAB, Goverde PCJM, Verbruggen PJEM, Zeebregts CJ, Reijnen MMPJ. Editor's choice - First results of the covered endovascular reconstruction of the aortic bifurcation (CERAB) technique for aortoiliac occlusive disease. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2015;50(5):638-47.
- Leville CD, Kashyap VS, Clair DG, Bena JF, Lyden SP, Greenberg RK, et al. Endovascular management of iliac artery occlusions: Extending treatment to TransAtlantic Inter-Society Consensus class C and D patients. J Vasc Surg. 2006;43(1):32-9.
- Dorigo W, Piffaretti G, Benedetto F, Tarallo A, Castelli P, Spinelli F, et al. A comparison between aortobifemoral bypass and aortoiliac kissing stents in patients with complex aortoiliac obstructive disease. J Vasc Surg. 2017;65(1):99-107.
- Vértes M, Juhász IZ, Nguyen TD, Veres DS, Hüttl A, Nemes B, et al. Stent Protrusion >20 mm Into the Aorta: A New Predictor for Restenosis After Kissing Stent Reconstruction of the Aortoiliac Bifurcation. J Endovasc Ther. 2018;25(5):632-9.
- Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FGR. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). J Vasc Surg. 2007;45(1 SUPPL.):5-67.
- Mwipatayi BP, Thomas S, Wong J, Temple SEL, Vijayan V, Jackson M, et al. A comparison of covered vs bare expandable stents for the treatment of aortoiliac occlusive disease. J Vasc Surg. 2011;54(6):1561-1570.e1.
- Taeymans K, Groot Jebbink E, Holeywijn S, Martens JM, Versluis M, Goverde PCJM, et al. Three-year outcome of the covered endovascular reconstruction of the aortic bifurcation technique for aortoiliac occlusive disease. J Vasc Surg. 2018;67(5):1438-47.

Progreso para las mujeres en cirugía vascular

Dra. Rebeca Reachi Lugo

Hospital Beneficencia Española, San Luis Potosí, México.

Primer mujer mexicana cirujana vascular en el Faculty del VEITHsymposium

En los últimos meses, durante los cuales el tema principal ha sido la pandemia de COVID-19, se ha producido una tormenta en los medios después de la publicación de un artículo en el Journal of Vascular Surgery (JVS), titulada “Prevalencia de contenido no profesional de redes sociales entre los cirujanos vasculares jóvenes”. Este artículo fue recibido con innumerables comentarios negativos sobre las plataformas de redes sociales. Sorprendentemente, estos comentarios llegaron no sólo de los cirujanos vasculares, sino también de muchos otros especialistas. Como resultado, los líderes de la Society of Vascular Surgery (SVS) respondieron y estuvieron de acuerdo con la decisión de los editores de JVS para retractarse de la publicación, declarando que “Había un claro sesgo inconsciente y fallas metodológicas en el documento y el proceso de revisión”. El movimiento mundial de redes sociales creado después de la publicación de este artículo se llamó #MedBikini.

Esto, junto con otras ideas sobre el avance de la mujer en la medicina, han promovido el concepto de que más mujeres deberían tener mejores opciones para compartir sus conocimientos e investigaciones, logro adquiridos, y que deberían tener un mejor acceso a oportunidades de liderazgo y avance profesional especialmente en cirugía vascular.

Como mujer cirujana vascular de México que ha asistido al VEITHsymposium por muchos años, y más recientemente como miembro del profesorado, he observado varios elementos en ese evento educativo que apoyan el concepto de que las mujeres deberían tener mayor protagonismo y más roles de liderazgo en cirugía vascular. Estos elementos se han vuelto progresivamente más prominentes en la última década.

Progress for women in vascular surgery

Rebeca Reachi Lugo, MD Hospital Beneficencia Española, San Luis Potosí, Mexico; First Mexican woman vascular surgeon on the VEITHsymposium Faculty



In recent months, during which the main topic has been the COVID-19 pandemic, a firestorm has occurred in social media after the publication of an article in the *Journal of Vascular Surgery (JVS)*, entitled *Prevalence of unprofessional social media content among young vascular surgeons*. This article was greeted with countless negative comments on social media platforms. Surprisingly, these comments came not only from vascular surgeons, but also from many other specialists. As a result, the Society for Vascular Surgery (SVS) leadership responded and concurred with the decision of the editors of the *JVS* to retract the publication, stating that “there was clear unconscious bias and methodologic flaws in both the paper and the review process.”

The worldwide social media movement created after the publication of this article was called #MedBikini. This, together with other ideas about the advancement of women in medicine, have promoted the concept that more women should have better options to share their acquired knowledge and research accomplishments, and that they should have better access to and opportunities for leadership and career advancement – especially in vascular surgery.

As a woman vascular surgeon from Mexico who has attended the VEITHsymposium for many years, and most recently as a faculty member, I have observed several elements in that educational event which support the concept that women should have greater prominence and more leadership roles in vascular surgery. These elements have become progressively more prominent over the last decade. The VEITHsymposium Faculty has not only a strong female representation, but also a wide diversity of

women from many vascular specialties from all over the world. We as women in vascular surgery can interact and exchange ideas with our colleagues from the United States, Europe, Latin America, Asia, Africa and Australia. The VEITHsymposium

“The VEITHsymposium recognizes the value of women in the vascular field and promotes us as innovators and leaders worldwide.”

Rebeca Reachi Lugo

recognizes the value of women in the vascular field and promotes us as innovators and leaders worldwide.

After a storm like the one created by the unprofessional social media article, there will always be changes once the storm ends. We will hear more news about these changes as time progresses, however I believe these changes will all

improve the way in which we practice vascular surgery, and will enable us to better recognize the opinions, accomplishments and leadership roles of women in the vascular field.

As we are not able to host you in Krakow this year, the ESVS is instead putting together a month of online activities to replace our onsite Annual Meeting, which will showcase a selection of our scientific and educational programs. There will be a series of live sessions and workshops run over the course of four weeks, beginning on the 28th of September.

We look forward to bringing together our community in this new digital format to learn, connect, and interact with each other.



El profesorado del VEITHsymposium no sólo tiene una fuerte representación femenina, también hay una amplia diversidad de mujeres de muchas especialidades vasculares de todo el mundo. Nosotras, como mujeres en cirugía vascular, podemos interactuar e intercambiar ideas con nuestros colegas de Estados Unidos, Europa, América, Asia, África y Australia. El VEITHsymposium reconoce el valor de la mujer en el campo vascular y nos promueve como innovadoras y líderes en todo el mundo.

Después de una tormenta como la creada por el artículo de la prevalencia de contenido poco profesional en las redes sociales, habrá siempre cambios una vez que termine la tormenta. Escucharemos más noticias sobre estos cambios en cuanto el tiempo avance, sin embargo, yo creo que estos cambios serán todos para mejorar la forma en que practicamos la cirugía vascular, y permitirnos reconocer mejor las opiniones, logros y roles de liderazgo de las mujeres en el campo vascular.

Aneurisma iliaco y fístula arteriovenosa como etiología de úlcera por insuficiencia arterial secundaria

Dr. Alejandro Ayón Guzmán.

drayon@saludvascular.com.mx

En 2014 se estimó que el costo de pacientes beneficiarios de Medicare con úlceras crónicas, ascendió de 28 a 96.8 billones, en el 2012 un estudio alemán encontró una prevalencia de 1-2% de úlceras que no cicatrizan en la población en general, es imperativo realizar un diagnóstico preciso del origen de las úlceras y ofrecer el tratamiento adecuado de las mismas, además del tratamiento de sus comorbilidades.

En contraste a las úlceras isquémicas secundarias a enfermedad arterial periférica, las úlceras isquémicas de las extremidades inferiores pueden ocultar una variedad de desórdenes no ateroscleróticos, o enfermedad aterosclerótica no oclusiva.⁽¹⁾

A diferencia de las úlceras por enfermedad arterial periférica, las úlceras atípicas isquémicas pueden encontrarse en ausencia de lesiones oclusivas extensas y los pulsos pueden ser palpables, adicionalmente las úlceras atípicas isquémicas pueden ocurrir con otras anomalías cutáneas como máculas eritematosas, púrpura, petequias, bulas hemorrágicas y livedo reticulares. Es importante reconocer la etiología de las úlceras, esto podría impactar en el costo del manejo, la eficacia de la terapia y por lo tanto, disminuir la morbi-mortalidad de los pacientes.⁽²⁾

Presentación del caso clínico

Se trata de paciente masculino de 49 años de edad, originario y residente de zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco, de ocupación empresario.

Niega antecedentes crónico-degenerativos, infecto-contagiosos, alérgicos, tabaquismo de 30 años de evolución a razón de 3 a 5 por día, fractura de tibia y peroné izquierdos hace 20 años, refiere antecedente de "cirugía de várices" no especificada hace 8 años en pierna izquierda.

Motivo de consulta: úlcera dolorosa de tercio medio/distal de pierna izquierda, 10 años de evolución aproximadamente, ya tratada con múltiples tratamientos con venoactivos, cilostazol, compresión y 2 injertos de piel.



Exploración física:

Pulsos distales presentes 2/3.

Dilatación de sistema venoso superficial con unión safenofemoral de 30 mm.

Reflujo y dilatación de totalidad de safena mayor, permeabilidad de sistema venoso profundo, pulso femoral izquierdo intenso, dilatación de arteria y vena femoral común al ultrasonido.

Solicitamos angiogramografía para evaluar dilataciones de femorales.

Hallazgos:



Figura 1. Dilatación vena y arteria femorales



Figura 2. Aneurisma ilíaco



Figura 3. Aneurisma Ilíaco, corte axial

Comentario y conclusiones.

La falta de éxito a tratamiento que en teoría deberían haber ayudado al cierre definitivo de la herida del paciente, en lo personal me obligó a buscar situaciones atípicas, durante la exploración física me sorprendió la intensidad del pulso femoral y revisamos con el ultrasonido, fue donde encontramos la gran dilatación de ambos sistemas femorales.

Consideramos que la fístula encontrada justifica plenamente la hipertensión y reflujo de sistema superficial y es en esencia la causante de la herida.

Adicional encontramos a nuestro conocimiento unos de los aneurismas ilíacos más grandes reportados en la literatura.

Capta nuestra atención la causa de la dilatación aneurismática, él niega antecedentes de traumatismos, sin embargo, como hallazgo encontramos una imagen sugestiva de una ojiva de bala en la pierna contralateral, por lo que, sospechamos de una etiología traumática de la fístula y aneurisma. Por el momento el paciente aún no se ha intervenido y está considerando su procedimiento.

Referencias

- 1.- Bowers S, Franco E. Chronic Wounds: Evaluation and Management. *Am Fam Physician.* 2020 Feb 1;101(3):159-166.
- 2.- Dean SM. Atypical ischemic lower extremity ulcerations: a differential diagnosis. *Vasc Med.* 2008 Feb;13(1):47-54

Agradecimiento Por Donativo En La IMSS UMAE-34 Monterrey

Dr. Sergio Omar Flores Cantú.

dr_sergio@flores.net

Como parte del personal de salud que se encuentra atendiendo a pacientes potencialmente enfermos por COVID-19 en la UMAE 34 y como portavoz de los médicos residentes de angiología y cirugía vascular del IMSS UMAE 34, agradecemos por el donativo a la campaña donadora “Uniando Fuerzas” (#UnamosFuerzas), siendo esta una iniciativa en la cual participaron Vessel Due F (Laboratorio Alfasigma), y un grupo de angiólogos altruistas unidos para reunir fondos apoyando esta noble causa, la cual distribuyó equipo de protección personal a los médicos residentes de diferentes sedes del país, en el caso particular de la UMAE 34 del IMSS agradecemos por el equipo de protección personal donado, (16 overoles reusables, 32 googles de seguridad, 14 cubrebocas KN95 y 19 bolsas para esterilización) durante el mes de julio de 2020 por parte de la iniciativa #UniandoFuerzas que ha sido de gran ayuda para la atención de los pacientes que han sido afectados por la actual pandemia del COVID-19.

Estas acciones pueden marcar una gran diferencia en nuestro desempeño diario, disminuyendo las posibilidades de contagio y demuestran la gran solidaridad que tenemos los mexicanos.



#UnamosFuerzas

Angiólogos ayudando Angiólogos

para adquirir Equipo de Protección Personal de pacientes COVID

Te invitamos a donar y por cada peso que se recaude a través de la donadora, Vessel Due F aportará un peso más.

Hoy es momento de UNIRNOS,
y formar una verdadera ComUNIDAD.

<https://donadora.org/campanas/unamos-fuerzas>

donadora



¿Cómo impacta la nueva clasificación CEAP mi práctica clínica diaria?

Coordinador

Dr. Andrés Marín Giraldo

Ponentes

Dr. Javier Cabezas Loria, Dr. Ignacio Escotto Sánchez

En mayo de 2017, el American Venous Forum creó un grupo de trabajo: CEAP y le encargó analizar críticamente el sistema de clasificación actual y recomendar revisiones periódicas. Guiado por cuatro principios básicos (preservación de la reproducibilidad de CEAP, compatibilidad con versiones anteriores, basado en evidencia y práctico para uso clínico), el grupo de trabajo adoptó el proceso revisado de Delphi e hizo varios cambios. Estos cambios incluyen agregar la corona flebectásica como la subclase clínica C4c, introducir el modificador “r” para las venas varicosas recurrentes y las úlceras venosas recurrentes, y reemplazar las descripciones numéricas de los segmentos venosos por sus abreviaturas comunes.

A medida que la evidencia relacionada con estos aspectos de los trastornos venosos, y específicamente de las enfermedades venosas crónicas (EVC, C2-C6) continúan desarrollándose, la clasificación CEAP necesita análisis y revisiones periódicas.

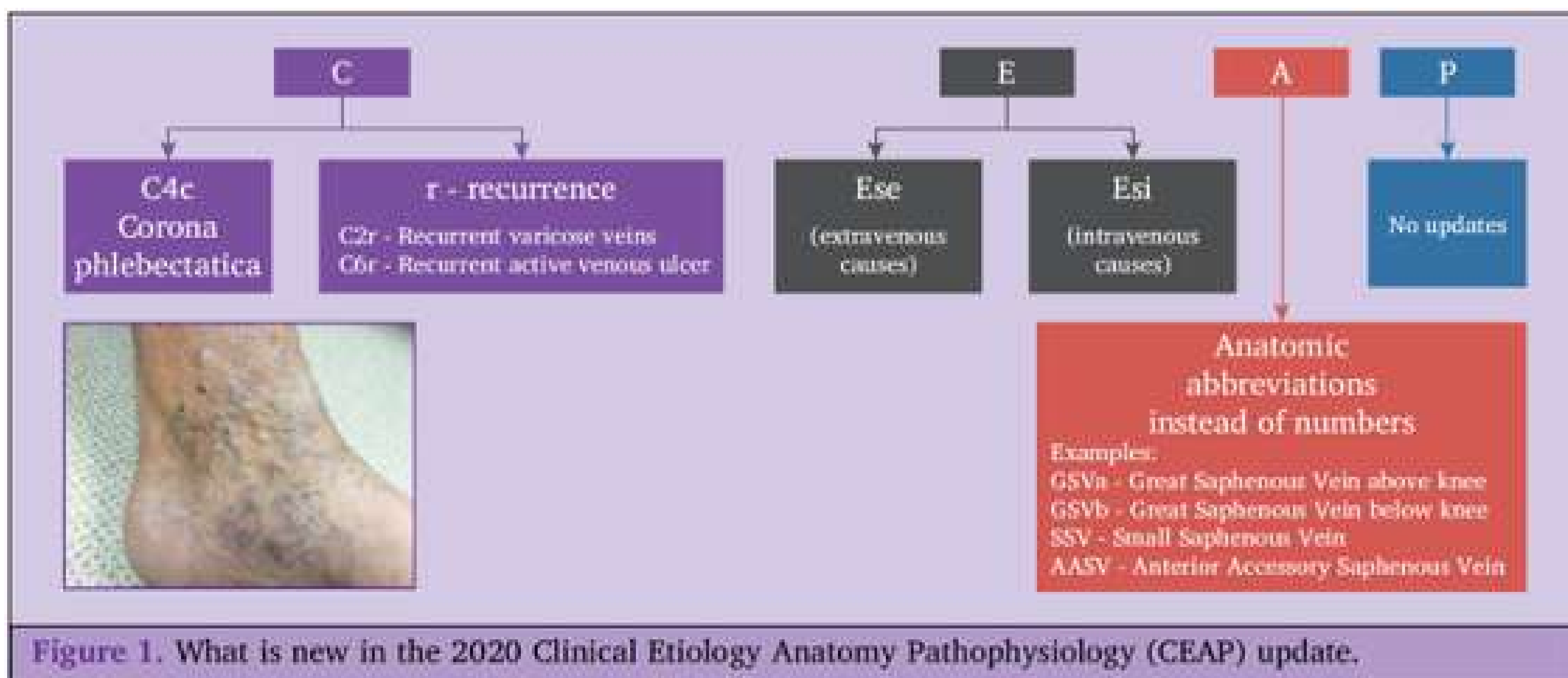
Durante esta sesión se realizó un análisis a profundidad de la nueva clasificación CEAP y sus implicaciones en la práctica clínica diaria. También se revisaron los beneficios del tratamiento con MPFF, particularmente en el manejo de pacientes con enfermedad venosa



© Elena Conde Montero

crónica, a partir de las primeras etapas, en las cuáles la MPFF proporciona una reducción significativa en el reflujo venoso, una disminución en la intensidad de los síntomas venosos y una mejora en la calidad de vida.

Estos beneficios se mencionan en el capítulo 14 de la segunda parte de la Guía Internacional sobre el “Manejo de trastornos venosos crónicos de las extremidades inferiores”, recientemente publicada, en marzo 2020, en la revista internacional *Angiology* y refuerzan lo previamente descrito en el capítulo 8 de *Venoactivos* dentro de la misma Guía Parte I (*International Angiology*, 2018), donde la MPFF obtuvo el mayor número de recomendaciones fuertes en síntomas y signos de la enfermedad venosa crónica.





Laboratorios Servier México
le hace la más cordial invitación al evento:

CONVERSATORIO: "¿CÓMO IMPACTA LA NUEVA CLASIFICACIÓN CEAP MI PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA?"

REGÍSTRESE AQUÍ

Este evento es exclusivo para profesionales de la salud.

28 / JULIO / 2020
7:00 PM



DR. IGNACIO ESCOTTO

**ESPECIALISTA EN ANGIOLOGÍA Y
CARDIOVASCULAR**

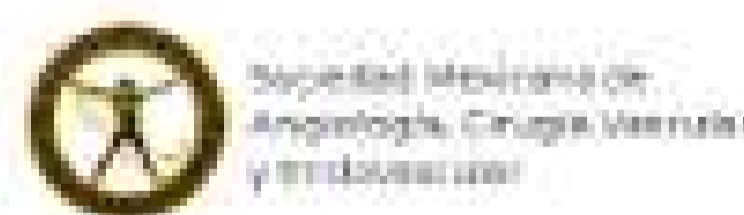
Jefe de Cirugía Vascular Hospital Médica
Sur-MayoClinic Network, Profesor del posgrado
en Cirugía Vascular y Endovascular del Centro
Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE, UNAM.



DR. JAVIER CABEZAS LORÍA

CIRUJANO VASCULAR PERIFÉRICO

Presidente de la Asociación Costarricense de Cirujanos
Vasculares (ACCV)
Jefe de Clínica, Hospital San Juan De Dios.
Vicepresidente de la Sociedad de Cirugía Vascular y
Endovascular de Centramérica y el Caribe (SOCIVECC).



Tratamiento de los síntomas relacionados con la insuficiencia venosa crónica¹

Fabroven®



Ruscus aculeatus / Hesperidina metil chalcona / Ácido ascórbico

EVIDENCIA DE ALTA CALIDAD CIENTÍFICA³



AUMENTA EL TONO VENOSO Y LINFÁTICO^{1,4}

PROTEGE LA MICROCIRCULACIÓN⁴⁻⁶

REDUCE LA INFLAMACIÓN⁵⁻⁷

Ruscus aculeatus 150mg¹
Hesperidina metil chalcona 150mg¹
Ácido ascórbico 100mg¹

*Piernas cansadas (1B), Calambres (2B/C), Prurito (2B/C), Ardor (no significativo)

Advertencia/Preste atención: FABROVEN® está registrado en varios países bajo diferentes condiciones. Para obtener más información, consulte la IPP aprobada en su país. COMPOSICIÓN **: extracto seco de Ruscus titulado en heterosidos esterólicos 150.0 mg; Hesperidina metil chalcona 150.0 mg; Ácido ascórbico 100.0 mg; por una cápsula dura INDICACIÓN **: Indicado en adultos para el tratamiento de síntomas relacionados con la insuficiencia venolinfática y el tratamiento de los signos funcionales relacionados con los ataques de hemorroides. POSOLOGÍA Y ADMINISTRACIÓN **: En insuficiencia venolinfática: la dosis habitual es de 2 a 3 cápsulas por día; En proctología: 4 a 5 cápsulas por día. CONTRAINDICACIONES **: Hipersensibilidad a los principios activos o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1. **: Trastornos del almacenamiento de hierro debido a la presencia de ácido ascórbico en la composición del medicamento. ADVERTENCIAS **: Si se desarrolla diarrea, suspenda el tratamiento. Ataques de hemorroides: el tratamiento debe ser de corta duración. La administración del producto no sustituye el tratamiento específico de otras enfermedades proctológicas. Si los síntomas no se resuelven rápidamente, se debe realizar un examen proctológico y se debe revisar el tratamiento. INTERACCIÓN(ES) **, FERTILIDAD **, EMBARAZO/LACTANCIA **: No existe o hay una cantidad limitada de datos disponibles. CONDUCCIÓN Y USO DE MAQUINARIA **, EFECTOS INDESEABLES **: Los más comunes son diarrea y dolor abdominal; Poco frecuentes: insomnio, dispepsia, náuseas, eritema, prurito, espasmos musculares, dolor en las extremidades. Sobredosis **: No se han reportado casos de sobredosis. PROPIEDADES **: Acción venotónica: in vitro, en vena perfundida aislada, el extracto de Ruscus induce rápidamente (en 5 a 8 minutos) una marcada contracción, progresiva y duradera; in vivo, en animales, la administración de extracto de Ruscus induce un aumento en la presión de perfusión venosa. La intensidad de los efectos es comparable en venas patológicas sanas y rendidas. Acción sobre la circulación linfática: el flujo linfático medido en el conducto torácico en perros muestra un aumento significativo y duradero. Acciones vasculoprotectoras: se demostró una reducción en la permeabilidad capilar en humanos. PRESENTACIÓN **: Empaques de 20, 30, 60 o 100 cápsulas duras. No todas las presentaciones de paquete pueden estar comercializados. **Para obtener información completa, consulte Información para prescribir.

1. Información para Prescribir Fabroven; 2. Nicolaides, A. et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Chapter 8: Venoactive drugs, En: Int Angiol 2018;37:232-54; 3. Kakkos SK, Allaert FA. Efficacy of Ruscus extract, HMC and vitamin C, constituents of Cyclo 3 fort®, on improving individual venous symptoms and edema: a systematic review and metaanalysis of randomized double-blind placebo-controlled trials. International Angiology 2017 April;36(2): 93-106, 4. Allaert, A. F. Combination of Ruscus aculeatus extract, hesperidin methyl chalcone and ascorbic acid: a comprehensive review of their pharmacological and clinical effects and of the pathophysiology of chronic venous disease. Int Angiol 2016;35:111-16; 5. de Almeida Cyrino, FZG, et al. Effects of venotonic drugs on the microcirculation: comparison between Ruscus extract and micronized diosmine. Clinical Hemorheology and Microcirculation 2018;68:371-82; 6. Raully-Lestienne, I. et al. Contribution of muscarinic receptors to in vitro and in vivo effects of Ruscus extract. Microvascular Research 2017;114:1-11; 7. Bouaziz, N. et al. Effect of Ruscus extract and hesperidin methylchalcone on hypoxia-induced activation of endothelial cells. Int Angiol 1999;18:306-12.

Registro Sanitario No. 001P97 SSA IV
No. SSA: 203300202C0417


Pierre Fabre

Como médico se vale sentirse mal

Esta charla se llevó a cabo el 19 de agosto de 2020, donde se contó con la presencia de la Dra. Elizabeth Enríquez Vega, ex presidenta de la Sociedad Mexicana de Angiología, Cirugía Vasculosa y Endovascular como coordinadora de dicho evento.

Para tratar este tema tan importante se sumaron excelentes ponentes y expertos en el tema. La Dra. Dorina Celis, con especialidad en medicina sexual y psicoterapia integral, consultora externa de la Secretaría de Salud y del Fondo de Población de la ONU para Desarrollo de Planes Estratégicos de América Latina y el Caribe.

También con nosotros, el Dr. Francisco Javier Meza Ríos, médico cirujano egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México, especialista en psiquiatría por la UNAM, egresado del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, tiene una maestría en Administración de Organizaciones de la Salud de la universidad La Salle. Profesor titular para la Facultad de Medicina de la UNAM en pregrado y postgrado con la clase de Administración y Sistemas de Salud, es miembro del cuerpo médico del Centro Médico ABC y director del Consejo Mexicano de Psiquiatría.

Se contó también con el testimonio del Dr. José de Jesús García Pérez, médico de gran trayectoria y labor en el Centro Médico Nacional Siglo XXI, es miembro de la Sociedad de Cirujanos Vasculares de Latinoamérica (CELA), fue profesor del curso de Entrenamiento en Cirugía Cvanzada en Trauma Vasculosa en la dirección general de Sanidad del Hospital Central Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional.

La pandemia del covid-19 deja algo implícito que es el temor y partiendo de esto se tomaron diversos temas enfocados en la salud emocional de los médicos, un aspecto bastante interesante del que pocas veces se habla en el gremio.



Sesión mensual AMCICHAC

Dr. Fernando Guardado Bermúdez

No cabe duda que las redes sociales y los medios digitales se han convertido en una herramienta fundamental, no sólo para la convivencia en tiempos de pandemia, sino para compartir conocimientos; es así como el pasado martes 11 de agosto, como parte de las actividades de la Asociación Mexicana para el Cuidado Integral de Heridas y Estomas A.C. (AMCICHAC) en colaboración con nuestra Sociedad Mexicana de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular (SMACVE) se llevó a cabo la sesión mensual de manera virtual recibiendo como título “El Estado del Arte en el Manejo de úlceras Venosas”.

La sesión dio inicio con una charla por demás interesante, impartida por el Dr. Jaime Gerardo Estrada Guerrero, abordando la epidemiología de la enfermedad venosa en nuestro país, hablando no sólo de la incidencia de esta patología y su distribución en la pirámide poblacional de México, si no, describiendo el impacto social, económico y psicológico de los pacientes que padecen esta enfermedad.

La siguiente plática se llevó a cabo por un servidor, Dr. Fernando Guardado Bermúdez, poniendo en la mesa la importancia de un diagnóstico clínico de las úlceras venosas por parte del personal de salud en todos sus estratos, así mismo, se expusieron diversos métodos diagnósticos y el panorama clínico en donde tienen una mayor utilidad, desde la exploración armada con Doppler lineal para establecer el estado arterial del paciente con úlcera venosa, hasta la utilidad de estudios contrastados en quienes ameritan intervención para restablecer el flujo venoso central.

The flyer is titled 'SESIÓN MENSUAL' and features the logo of the 'ASOCIACIÓN MEXICANA PARA EL CUIDADO INTEGRAL Y CICATRIZACIÓN DE HERIDAS A.C.' and the 'SOCIADAD MEXICANA DE ANGIOLOGÍA, CIRURÍA VASCULAR Y ENDOVASCULAR'. The main topic is 'El estado del arte en el manejo de úlceras venosas', scheduled for 'Martes 11 de Agosto 2020 a las 19:00 h (México Central)'. It lists three speakers: Dr. Gerardo Estrada Guerrero (Epidemiología de la enfermedad venosa en México), Dr. Fernando Guardado Bermúdez (Diagnóstico de las úlceras venosas), and Dra. Lilliana Chávez Guzmán (Tratamientos no invasivos e invasivos de las úlceras venosas). A note at the bottom states: 'Este evento será transmitido por internet a todo el país con clave de acceso.' Three portrait photos of the speakers are included on the right side of the flyer.

Para finalizar, la Dra. Lilliana Chávez Guzmán cautivó la audiencia con la importancia del tratamiento quirúrgico de mínima invasión para resolver la etiología de las úlceras venosas, así mismo, se hizo énfasis en el cuidados local de las heridas con el adecuado uso de apósitos, de la misma manera, no se podía dejar de lado recalcar la importancia de uso e indicaciones de los dispositivos de elastocompresión.

Es así como finalizó una sesión con un gran número de participantes, los cuales estuvieron muy activos en las sesiones de preguntas y respuestas, cabe destacar que el éxito de dicha sesión no podía haberse dado sin el apoyo de la Dra. Martha Zavala Aguirre, presidente de AMCICHAC, logrando una sinergia entre ambas asociaciones, para un mejor diagnóstico y tratamiento de las úlceras de etiología venosa.

12ª. Reunión anual conjunta de programas de universitarios en Tópicos Vasculares y Endovasculares

El pasado 3, 4 y 5 de septiembre del 2020, se llevó a cabo la 12ª reunión anual conjunta de programas universitarios en Tópicos Vasculares y Endovasculares en el Hotel Hacienda Cantalagua, en Contepec, Michoacán.

Esta reunión, dirigida a residentes de los programas de angiología, cirugía vascular y endovascular de México, es reconocida por el Consejo Mexicano de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. En esta ocasión el evento contó con la participación de 47 residentes de diversas sedes y 20 profesores titulares.

Como es costumbre, este foro fue enriquecido con diversos temas, entre los que destacan enfermedad arterial periférica, hipertensión renovascular, intervenciones en carótida, temas controversia en cirugía vascular, aneurismas de la aorta abdominal, pie diabético, insuficiencia venosa superficial, entre otros; además de que se contó con diversos simuladores en los que los residentes planearon procedimientos endovasculares

y liberación de diversos dispositivos. Como cada año, se incluyeron diversos talleres en los que los residentes pudieron participar asesorados por los profesores titulares de las diversas sedes.

Este año la reunión fue enriquecida con la participación de el Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz, quien impartió diversas conferencias magistrales. También se sumó participación del presidente de la SMACVE, Dr. José Antonio Muñoa Prado en dichas conferencias, dentro de las cuales, destacó la conferencia a los residentes de último año para su integración en la SMACVE.

Una vez más este evento fortaleció el intercambio de conocimientos en cuanto a la cirugía vascular se refiere y al mismo tiempo se fortalece los lazos de amistad entre los residentes de diversas escuelas.





REVISTA MEXICANA DE ANGIOLOGÍA



Órgano oficial de la
Sociedad Mexicana de Angiología
Cirugía Vascular y Endovascular, AC

Volumen 48, No. 3, Julio-Septiembre 2020

www.RMAngiologia.com

ARTÍCULOS COVID

xx Recomendaciones en el tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa en pacientes con infección por COVID-19

Luis G. Morales-Gaína, Luis O. Bobadilla-Rosado y Carlos A. Hinojosa

ARTÍCULOS ORIGINALES

xx Síndrome de salida torácica: comparación entre abordajes para tratamiento quirúrgico. Experiencia de 10 años en el Centro Médico ABC

Antonio Oropeza-Orozco, Mónica León, Guillermo Rojas-Rayna, Salomon Cohen-Mussali y Jaime Valdés-Flores

Prevalencia de enfermedades cardiovasculares en el Hospital Nacional Dos de Mayo de Perú

Diego Chambergo-Michilot, Bruno Velti-Rios y Angel Cueva-Parrá

Validación de una medida estandarizada en la longitud de inserción del catéter venoso central yugular para la posición óptima de su punta

Riky L. Pérez-Lucas*, Rodrigo Lozano-Corona, Jorge Torres-Martínez, Viridiana R. Lara-González, Jesús H. Rivera-Bañuelos, Miguel A. Lara-Pérez, José A. Reyes-Monroy y Julio A. Serrano-Lozano

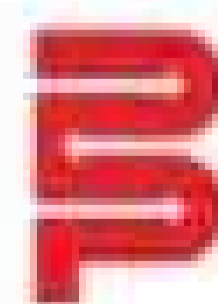
ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Tratamiento quirúrgico de la enfermedad venosa crónica en octogenarios

Rodrigo Garza-Herrera

Revascularización endovascular en la enfermedad de Buerger

Homero O. Sosa-Murillo, Rene E. Lizoia-Craspo, Roberto A. Sosa-Murillo, Maris L. Ochoa-Ortiz, Eduardo Chávez-Aguilar y Hugo Carrasco-González



PERMANER
www.permaner.com

Próximos Eventos



HOTEL FIESTA AMERICANA MÉRIDA

Colle 56 número 451 entre avenida Colón y avenida Cupules CP 97000

DEL 28 AL 31 DE OCTUBRE

Información y confirmación de asistencia.
atencional socio@smacve.org.mx

f @smacve.oficial
t @smacve_oficial

Del 14 de Agosto al 3 de Octubre	
SOCIOS	\$5,000.00
NO SOCIOS	\$6,500.00
RESIDENTES	\$2,000.00
<hr/>	
En Sitio	
SOCIOS	\$5,000.00
NO SOCIOS	\$6,500.00
RESIDENTES	\$2,000.00
<hr/>	

2020

VASCULAR

LII | CONGRESO INTERNACIONAL DE ANGIOLOGÍA, CIRUGÍA VASCULAR Y ENDOVASCULAR



Hoy más que nunca es prioritario continuar con la educación médica continua y adaptarnos a la nueva normalidad. Es por eso que Laboratorios Servier México, tiene el agrado de invitarlo al Summit de Angiología 2020 on demand, un evento completamente virtual que tiene como objetivo mostrar actualidades en el tratamiento de la Enfermedad Venosa Crónica de la mano de expertos en el área de la Cirugía Vasculat. Dicho evento se llevó a cabo el 21 y 22 de agosto pero estará disponible para ustedes los próximos 3 meses.

¿Qué puede ofrecerle El Summit de Angiología 2020 on demand?

El Summit Angiología 2020 on demand, es un evento completamente virtual que le permitirá compartir su experiencia e inquietudes con ponentes nacionales e internacionales que nos hablan de temas como: El impacto del confinamiento por COVID 19 en pacientes mexicanos con Enfermedad Venosa Crónica, ¿Cómo mejorar la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Venosa Crónica?, Taller de casos clínicos, entre otros. Este evento está avalado por la Sociedad Mexicana de Angiología, Cirugía Vasculat y Endovascular y por The Venous Symposium de Nueva York.

Para poder registrarse al evento on demand, puede hacer click en la siguiente liga:

<https://www.serviercuidandovenas.com/>

Estamos seguros de que encontrará en este evento datos interesantes que le apoyarán a tomar la mejor decisión para sus pacientes.



**Sociedad Mexicana de Angiología, Cirugía Vascular
y Endovascular A.C.
2019 - 2020**

Con fundamento en lo dispuesto en el Artículo 26 fracción IV, Artículo 27, y Artículo 34 fracción II de los Estatutos Sociales vigentes de la Sociedad Mexicana de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular, Asociación Civil se hace pública la siguiente:

CONVOCATORIA EXTRAORDINARIA

A todos los socios de la Sociedad Mexicana de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular, Asociación Civil, legitimados para celebrar la "Asamblea Extraordinaria" en punto de las 18:00 horas del día jueves 29 de Octubre del 2020 en el "Gran Salón Yucatán" del Hotel Fiesta Americana de Mérida ubicado en la Calle 56, número 451 entre avenida Colón y avenida Cupules C.P 97000 bajo la siguiente:

ORDEN DEL DIA

- I. Registro de socios en ejercicio de sus derechos, designación de escrutadores, declaratoria de quórum e instalación legal de la asamblea general extraordinaria.
- II. Lectura del Orden del día y aprobación por la asamblea.
- III. Presentación de Reforma al marco estatutario que rige la vida interna de esta asociación civil, discusión aprobación o modificación en su caso.
- IV. Lectura del Acta para efectos de clausura de la asamblea, previa aprobación de su texto, cierre y firma.
- V. Asuntos Generales.
- VI. Designación de Delegados para protocolizar el acta.

Dr. José Antonio Muñoa Prado
Presidente

Dr. Gerardo Peón Peralta
Secretario



**Sociedad Mexicana de Angiología, Cirugía Vascular
y Endovascular A.C.
2019 - 2020**

Con fundamento en lo dispuesto en el Artículo 5, Artículo 27, Artículo 28, Artículo 29, Artículo 30, Artículo 31, del Reglamento Estatutario vigente de esta Asociación Civil, así como el Código Civil de la Ciudad de México y supletorios análogos de la Ley General de Sociedades Mercantiles, se hace pública la siguiente:

CONVOCATORIA

A todos los socios de la Sociedad Mexicana de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular, Asociación Civil, legitimados para celebrar la **“Asamblea General Ordinaria o Sesión de Negocios”** en punto de las **18:00 horas** del día **viernes 30 de Octubre del 2020** en en el **“Gran Salón Yucatán”** del Hotel Fiesta Americana de Mérida ubicado en la Calle 56, número 451 entre avenida Colón y avenida Cupules C.P 97000 bajo la siguiente:

ORDEN DEL DIA

- I. Registro de socios en ejercicio de sus derechos, designación de escrutadores, declaratoria de quórum e instalación legal de la asamblea general ordinaria.
- II. Lectura del Orden del día y aprobación por la asamblea.
- III. Lectura del resumen del acta anterior
- IV. Sesión de Negocios:
 - I. Informe de la Presidencia
 - II. Informe de Secretaría
 - III. Informe de Tesorería
 - IV. Informe del Comité Científico
 - V. Informe de la Revista Mexicana de Angiología
- V. Elección de Vicepresidente y vocales.
- VI. Presentación y designación de los candidatos registrados para los Cargos de “Comisarios”
- VII. Presentación y designación de los candidatos registrados para los Cargos de “Comisionados de Honor y Justicia”
- VIII. Ratificación en el cargo de Presidente al Vicepresidente anterior.
- IX. Lectura del acta para efectos de clausura de la asamblea, previa aprobación de su texto, cierre y firma.
- X. Asuntos Generales.
- XI. Designación de Delegados para protocolizar el acta.

Dr. José Antonio Muñoa Prado
Presidente

Dr. Gerardo Peón Peralta

Secretario

SER ÚNICO ES IR UN

PASO ADELANTE



Reg. No. 059M/2008 SSA IV



BOLETÍN
SMACVE