



» EN PORTADA

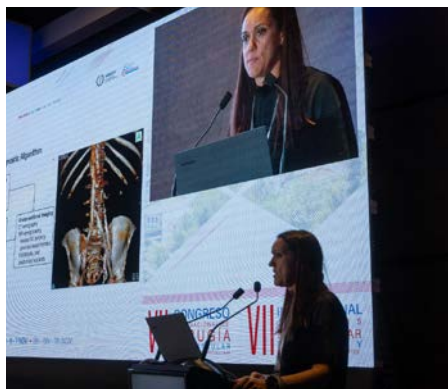


La vena cava inferior, protagonista de la segunda jornada del Congreso, en la que tampoco faltó espacio para la aorta y las innovaciones tecnológicas

La vena cava inferior ha sido, sin lugar a dudas, la gran protagonista de nuestro VII Congreso, con hasta tres mesas monográficas que se celebraron de forma casi correlativas en la segunda jornada de nuestro VII Con-

greso Internacional. La primera, moderada por el Dr. Rodrigo Rial, contó con la intervención de especialistas como los doctores Domenico Baccellieri, Marta Ramírez Ortega, Houman Jalaie y Alejandro Rodríguez Morata.

La recanalización de oclusión de la vena cava inferior a menudo presenta un desafío técnico mayor que la oclusión de la vena cava superior debido a su longitud y las venas tributarias. Es un campo relativamente nuevo



» EN PORTADA

sobre el que poco a poco se van incorporando más y más profesionales gracias a los avances técnicos y a la protocolización de los procedimientos.

Los stents autoexpandibles o bien el balón expandible pero no recubiertos son opciones que están dando buenos resultados en la recanalización. Asimismo, actualmente se está avanzando en el diseño de las celdas para conseguir una mayor permeabilidad en las recanalizaciones amplias.

La segunda mesa monográfica sobre la vena cava inferior, moderado por el Dr. Agustín Arroyo Bielsa, estuvo especialmente centrada en la vena gonadal y en el sector pélvico.

La embolización gonadal, o el sector



pélvico en general, está creciendo en los últimos años en pacientes concretos (especialmente mujeres) que padecen el síndrome de congestión

o las ocasiones inespecíficas, pero muy limitantes, que deterioraban mucho la calidad de vida.

Los procedimientos endovenosos, y

SIEMPRE ABIERTOS A LA INNOVACIÓN Y A LA FORMACIÓN CONSTANTE, PERO NO A LA 'TECNOLATRÍA'

En la jornada del jueves también vivimos una de las citas más esperadas y entrañables de nuestro VII Congreso: la conferencia magistral del profesor Eduardo Ros Díe, antiguo presidente del Capítulo, quien fue presentado por el profesor Francisco Lozano Sánchez, quien también fuera presidente de la SEACV.

El profesor Ros, siempre sensible a los cambios tecnológicos vividos en nuestra especialidad, nos ha invita-

do a seguir formándonos continuamente, más si cabe ante el desarrollo de la IA, pero también nos ha alertado sobre no caer en "tecnolatría", ya que la medicina es mucho más amplia.

La intervención de ambos compañeros, catedráticos y ex presidentes, simbolizó la continuidad de la excelencia académica y la experiencia acumulada de generaciones de cirujanos vasculares.



» EN PORTADA

más concretamente los procedimientos endovenosos de embolización, son bastante seguros, el nivel de complicaciones es muy bajo. La aportación tecnológica con coils de configuración tridimensional, que permite una adaptación más anatómica, más global de la vena embolizada, la migración de esos coils es una complicación prácticamente residual.

La tercera y última mesa monográfica sobre la vena cava inferior se centró en las técnicas que permiten ofrecer soluciones a pacientes con patología de abordaje técnicamente muy complejo. Estas técnicas son double barrel, fenestraciones, confluencia y la opción quirúrgica abierta.

Una mesa con una notable representación internacional, moderada por Fidel Fernández y en la que contamos con Houman Jalaie, Rui Machado, Luis Izquierdo y Alejandro Rodríguez Morata.

Otro de los platos fuertes de la segunda jornada de nuestro VII Congreso fue la Mesa 2, centrada en la actualización en aorta compleja, moderada por el Dr. Manuel Alonso Pérez.



A lo largo de la sesión se revisaron temas de gran interés clínico, como el tratamiento endovascular de la aorta ascendente, las nuevas soluciones fenestradas aplicadas a la aorta toracoabdominal, el manejo de la disección aórtica crónica, la innovación tecnológica aplicada al tratamiento de la aorta compleja o los resultados de la tecnología de polímero en cuellos hostiles.

La mesa contó con expertos nacionales e internacionales como los doc-

tores José Manuel Garrido Jiménez, Ignacio Michel Guisasola, Clark J. Zeebregts, Rodrigo Yoldi Bocanegra, Gianmarco de Donato y Manuel Hernández Ryding.

El bloque de mesas de la tarde también incluyó una sobre innovación tecnológica y avances en trombec-tomía arterial y venosa, moderada por el Dr. Rubén Rodríguez Carvajal, donde se presentarronn las últimas tecnologías en sistemas de trombec-tomía y las estrategias personalizadas para el abordaje de la trombosis aguda y subaguda.

Dado que la innovación tecnológica es una constante en nuestra especialidad, y más si cabe cuando se trata de patología vascular compleja, se dedicó a este tema la última mesa de la jornada, moderada por el Dr. José Ramón March García (del Hospital de Getafe y presidente de la SEACV), donde se ofreció una panorámica de las herramientas que están transformando la práctica clínica: la litotricia intravascular, la aterectomía orbital, los nuevos modelos de endoprótesis fenestradas, la preparación del vaso con sirolimus y los sistemas avanzados de cierre percutáneo.



La segunda jornada del VII Congreso, en imágenes



La segunda jornada del VII Congreso, en imágenes



» ENTREVISTAS

Ponentes internacionales

Más de una decena de ponentes internacionales han participado como ponentes en nuestro VII Congreso Internacional.

Hemos hablado más detenidamente con el Dr. Domenico Baccellieri, del IRCCS Ospedale San Raffaele de Milán (Italia), quien abordó las innovaciones en el diseño de stents aplicados a la recanalización iliocava, dentro de la primera mesa sobre vena cava inferior; así como con el Dr. Makis Avgerinos, del Athens Medical Center de Grecia, quien repasó los avances más recientes en trombectomía venosa.

DR. DOMENICO BACCELLIERI

"Selection of the right device in complex venous disease depends on integrating anatomical, pathological, and clinical factors with a precise understanding of device behavior"

What are the main technological innovations in stent design for iliocaval reconstruction?

At the moment we have an investigational device that probably will be on the market on 2026, it will be the first dedicated venous stent with IFU for IVC. It's a new technology of uncovered nitinol stent and PTFE bridges built on a successful platform famous for precise deployment and resistance to kinking. I'll present the first in human trial that recently completed enrollment and some information about the device.

How have these advances improved the patency and safety of complex procedures?

The advantages are going to be demonstrated in next future, we recently submitted a paper on Circulation but at the moment the industry do not allow to present data, we can analyze the enrollment and patient demographics. In general for deep venous stenting a recent metaanalysis by the group of Prof.



Black reported satisfactory results in terms of clinical outcomes, safety profiles and patency rates. What is absolutely required is to correct size the stent in term of diameter and lenght, to cover al the disease and to perform procedures under IVUS guidance. Recently we had the opportunity to receive a new classification of deep venous diseases, the Jalaie Classification published on EJVES by Prof. Houman Jalaie and many KOL, it provides information about the importance of inflow

(donor vessels) to maintain long term patency of our venous stents.

What criteria do you consider essential for selecting the appropriate device for each patient?

Regarding IVC I presented the most common techniques of IVC stenting, there is no statistically difference between the Confluence, double barrel and skip technique. In general regarding venous procedures Selection of the right device in complex venous disease depends on integrating anatomical, pathological, and clinical factors with a precise understanding of device behavior

What differences do you see between current models in terms of flexibility, radial force, or coverage?

At the moment the laser cut nitinol stents seems to provide same results in term of crash resistance, patency rates and safety, there is no literature on recent devices into

» ENTREVISTAS

the IVC because is an off label use. According to common experiences the old fashion Wallstent and Optimed do not seems to be safe because of crashing or intrinsic features. Regarding iliofemoral disease the IDE trial reported comparative outcomes and patency rates for all the venous stents on the market, we have a very nice portfolio, we need to correctly use the new generation of venous stents.

What role does personalized treatment play in the management of complex venous disease?

Is absolutely needed, careful preop planning provides information on collateral circulation, anatomy, inflow and outflow. These conditions are highly heterogeneous in anatomy, etiology, and clinical presentation. A "one-size-fits-all" approach is rarely effective. For example

venous stent geometry is crucial for long term success. We need to consider that Post-thrombotic and non-thrombotic obstruction may require different stent choices and adjunctive therapies. Patients with hypercoagulable states might need individualized antithrombotic regimens post-procedure. Symptom profiles (pain, edema, ulceration, pelvic pain) guide the prioritization of therapeutic goals. Complex venous cases often benefit from a multidisciplinary approach involving vascular surgeons, interventional radiologists, hematologists, and gynecologists. This ensures personalization not only of the technical procedure but also of: Long-term anticoagulation strategies, Compression therapy, Hormonal management (especially in pelvic venous disorders. With the growing range of dedicated venous stents,

embolic agents, and sclerosants, personalization allows matching device characteristics to patient needs. Choosing between self-expanding vs. hybrid stents based on lesion rigidity. Adjusting embolization strategy for pelvic congestion depending on vein diameter and flow dynamics.

What message would you convey to surgeons regarding the value of technical precision in endovascular surgery?

Technology advances, but outcomes still depend on the surgeon's precision — the quiet art behind every successful intervention, the key is a balance between a careful selection of the patient, a perfect planning and a perfect decision-making during the procedure followed by accurate followup. We are not treating a lesion, we are treating a patient.

DR. MAKIS AVGERINOS

"Lack of awareness and disbelief keeps the volume of these procedures low. Venous pathologies are neglected in favor of arterial pathologies"

What advances would you highlight in venous thrombectomy in recent years?

We have better understood which patients will benefit from endovascular thrombectomy (symptomatic good risk patients with iliofemoral DVT and good inflow who don't improve on anticoagulation). Our available technologies have shifted towards mechanical thrombectomy minimizing complications, improv-

ing outcomes and facilitating peri-operative logistics.

What factors determine the clinical and functional success of these techniques in the treatment of deep vein thrombosis?

Early intervention (before thrombus damages the valve), complete thrombus removal, stenting when there is an underlying culprit lesion.



From your experience, how has the indication for thrombectomy evolved compared to conservative management?

Patients who seem to benefit the most in terms of symptom relief and PTS prevention are those

» ENTREVISTAS

with acute iliofemoral DVT who are symptomatic with minimal improvement on anticoagulation.

Inflow thrombosis (ascending DVT) is challenging and intervention frequently fails, thus these patients should generally be excluded.

What role do intravascular imaging and advanced navigation play in current procedures?

Intravascular imaging is of paramount importance in assessing thrombus extend, thrombus removal completeness and need for stenting. IVUS Will also determine the landing zones of the stent as

well as its adequate expansion. IVUS seems to safeguard long term patency of the stents.

What do you consider to be the main technical and training challenges for vascular surgeons incorporating these techniques?

Lack of awareness and disbelief keeps the volume of these procedures low.

Venous pathologies are neglected in favor of arterial pathologies.

Venous procedures are not arterial procedures, anatomy and operating principles are different.

What message would you like to convey about the future of endovascular treatment of venous disease?

Endovascular intervention of acute or chronic deep venous pathologies is here to stay. As evidence and experience are expanding our patients will enjoy better and longer term favorable outcomes. We need to keep raising awareness, inform our non-vascular colleagues of our capabilities and train our vascular workforce to perform these procedures with appropriate indications and a sound endovascular technique.

EL VII CONGRESO, EN CIFRAS

- En torno a 30 comunicaciones científicas seleccionadas por el Comité Científico.
- 27 pósters
- 6 casos en vídeo
- Más de 60 ponentes
- Representantes de más 40 centros hospitalarios españoles y europeos
- 10 ponentes internacionales invitados de 8 países distintos
- Cuatro cirugías endovasculares retransmitidas en tiempo real desde distintos hospitales españoles
- Un nuevo libro sobre patología venosa editado por el Capítulo

Patrocinadores

