

Casos clínicos

Síndrome de hiperperfusión de la circulación posterior tras implantación de un *stent* intracraneal en la arteria vertebral bilateral

Renliang Zhang, Guangyi Zhou, Gelin Xu y
Xinfeng Liu, Nanjing, China

Department of Neurology, Jinling Hospital, Nanjing University
School of Medicine, Nanjing, Jiangsu Province, China.

El síndrome de hiperperfusión es una complicación documentada después de endarterectomía e implantación de un *stent* carotídeo. Sin embargo, su incidencia tras implantación de un *stent* en la arteria vertebral es apenas conocida. En una mujer de 51 años, que había experimentado episodios repetidos de mareo, náuseas y vómitos, se estableció el diagnóstico de insuficiencia vertebrobasilar. La resonancia magnética ponderada en difusión mostró una lesión en el territorio de la arteria cerebelosa posteroinferior. La paciente se sometió a la implantación de un *stent* vertebral bilateral debido a estenosis crítica en ambos segmentos intracraneales de las arterias vertebrales. A las 3 h del procedimiento, refirió cefaleas graves con vómitos y, gradualmente, entró en coma. La tomografía computarizada cerebral, practicada con carácter urgente, demostró una hemorragia en el cerebelo derecho y la región subaracnoidea. Así mismo, el eco-Doppler transcraneal reveló la práctica duplicación de la velocidad del flujo sanguíneo en el área de la arteria vertebral, comparado con el valor basal. Para reducir el riesgo de síndrome de hiperperfusión, tras implantación de un *stent* en la arteria vertebral, es necesaria una monitorización del flujo sanguíneo cerebral y de la presión arterial, junto con la institución de tratamiento antihipertensivo intensivo. Además, es preciso reevaluar los riesgos y la eficacia de la implantación de un *stent* vertebral intracraneal mediante ensayos aleatorizados, a gran escala.

DOI: 10.1016/j.acvsp.2008.09.018

DOI of original article: 10.1016/j.avsg.2008.09.006.

Aneurisma micótico bilateral de la arteria glútea superior

Bouarhroum Abdellatif, El Khloufi Samir, El
Hassani Rachid y Bensaid Younes, Fez, Marruecos

Service de Chirurgie, Centre Hospitalier Universitaire, Hassan II, Fez, Marruecos.

Los aneurismas de la arteria glútea son poco frecuentes y sobre todo secundarios a un traumatismo cerrado o

penetrante. Como peculiaridad, describimos una presentación excepcional de un aneurisma micótico, bilateral de la arteria glútea superior, asociado a endocarditis bacteriana en un niño de 16 años de edad. Se describe la evolución y tratamiento posterior del caso que incluyó la rotura del pseudoaneurisma izquierdo y su corrección quirúrgica abierta, así como la embolización satisfactoria del aneurisma glúteo contralateral.

DOI: 10.1016/j.acvsp.2009.01.001

DOI of original article: 10.1016/j.avsg.2009.01.005.

Corrección laparorrobótica total de un aneurisma aórtico abdominal y *bypass* aortobifemoral

Timothy Wu¹, Jateen Prema¹, Gregory Zagaja²,
Arieh Shalhav² y Hisham S. Bassiouny¹, Chicago,
Illinois, Estados Unidos

¹Section of Vascular Surgery and Endovascular Therapy, The University of Chicago Pritzker School of Medicine, Chicago, IL, EE. UU. ²Section of Urology, The University of Chicago Pritzker School of Medicine, Chicago, IL, EE. UU.

En un hombre de 65 años de edad con coronariopatía, hipertensión arterial y vasculopatía periférica se detectó un aneurisma aórtico abdominal (AAA) asintomático de 5,5 cm durante el seguimiento de su vasculopatía periférica. La prueba de esfuerzo no reveló isquemia miocárdica y el paciente optó por someterse a un tratamiento abierto del aneurisma. Se efectuó corrección laparorrobótica del AAA infrarrenal utilizando el sistema robótico Da Vinci™ con un *bypass* aortobifemoral. Describimos una nueva técnica de exclusión de los AAA utilizando un método de cerclaje que facilita considerablemente la corrección de estos aneurismas con técnicas laparorrobóticas. El tratamiento se facilita en gran manera con la exclusión y obliteración del saco del aneurisma sin necesidad de ligar todas las arterias lumbares o de abrir el aneurisma. Esto prácticamente evita la pérdida de sangre a partir del saco y reduce a un mínimo la posibilidad de conversión abierta como consecuencia de una mala visualización. En los estudios publicados se ha descrito la corrección mínimamente invasiva de la patología aneurismática con métodos laparoscópicos. Los problemas asociados con esta técnica incluyen una curva de aprendizaje prolongada y la dificultad para completar las anastomosis intracorpóreas. La cirugía robótica ofrece la ventaja sobre la laparoscópica de su capacidad para proporcionar un mayor grado de libertad en un campo de visión relativamente pequeño junto con una superior visualización tridimensional, de alta definición. Hasta la fecha, en