

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

Estados Unidos no se han publicado estudios sobre el uso de cirugía robótica como método exclusivo de corrección de AAA. Describimos nuestra técnica de combinar la cirugía robótica con un nuevo procedimiento de exclusión y obliteración del saco para corregir satisfactoriamente el AAA sin necesidad de abrir el saco aneurismático y de practicar una endoaneurismorráfia.

DOI: 10.1016/j.acvsp.2009.02.004

DOI of original article: 10.1016/j.avsg.2009.02.005.

Trombosis aguda de la vena renal, anticonceptivos orales y déficit de proteína S: fibrinólisis loco-regional satisfactoria

Hyung-Kee Kim¹, Hyang Hee Choi¹, Jong-Min Lee² y Seung Huh¹, Daegu, Corea del Sur

¹Division of Transplantation and Vascular Surgery, Department of Surgery, Kyungpook National University School of Medicine, Daegu, Corea del Sur. ²Department of Radiology, Kyungpook National University School of Medicine, Daegu, Corea del Sur.

La trombosis aguda de la vena renal (TVR) es una forma excepcional pero digna de mención de tromboembolismo venoso. El tratamiento tradicional ha sido la anticoagulación sistémica con heparina, seguido de cumarínicos. Describimos un caso de TVR aguda con múltiples émbolos pulmonares que afectó a una mujer de 40 años de edad, usuaria de anticonceptivos orales y en la que, más tarde, se identificó un déficit de proteína S. La paciente fue tratada con fibrinólisis por catéter con la que se obtuvo la resolución completa de la TVR. El caso descrito sugiere que el uso de anticonceptivos orales en una paciente con déficit de proteína S puede interaccionar de modo sinérgico en la patogenia de la trombosis. Así mismo, consideramos que, en ausencia de contraindicaciones absolutas, está justificada la fibrinólisis con catéter en casos selectivos.

DOI: 10.1016/j.acvsp.2009.01.003

DOI of original article: 10.1016/j.avsg.2009.01.006.

Debranching e implantación de un stent por úlcera penetrante del cayado aórtico

Jean-Marc Alsac, Raphaël Coscas, Nikolaos Paraskevas, Fady Francis, Yves Castier y Guy Leseche, París, Francia

Service de Chirurgie Thoracique et Vasculaire, Hôpital Bichat Claude Bernard, AP HP, Faculté Diderot, París VII, París, Francia.

Fundamento: Describimos el tratamiento híbrido de una úlcera aórtica penetrante (UAP) con fisuración del cayado aórtico en condiciones urgentes.

Métodos: En un hombre de 74 años de edad con graves comorbilidades se estableció el diagnóstico de rotura

sintomática de UAP del cayado aórtico. Puesto que no se consideró candidato al tratamiento abierto convencional y se trataba de una situación urgente, se recomendó una corrección endovascular con *debranching* cervical de los troncos supraaórticos. En primer lugar, se desramificaron la arteria carótida común izquierda y la arteria subclavia izquierda y se revascularizaron a través de un abordaje cervical; acto seguido, a través de un abordaje femoral, se desplegó el *stent* endovascular en el cayado aórtico. Al cabo de más de 2 años, el paciente no presenta complicaciones ni signos de progresión de la enfermedad.

Conclusión: El *debranching* y la implantación de un *stent* son procedimientos viables en condiciones urgentes para tratar una úlcera penetrante con fisuración del cayado aórtico, con resultados satisfactorios a corto y medio plazo, y puede recomendarse para pacientes que no son candidatos a su corrección abierta.

DOI: 10.1016/j.acvsp.2009.01.002

DOI of original article: 10.1016/j.avsg.2009.01.006.

Oclusión temporal con balón de la vena cava superior y de la vena yugular interna para la extracción de cuerpo extraño

Qingsheng Lu, Junmin Bao, Yifei Pei y Zaiping Jing, Shanghai, China.

Department of Vascular Surgery, Changhai Hospital, Shanghai, China.

Un hombre de 34 años de edad era portador de un fragmento metálico de 1,1 cm, localizado en la herida del cuello, que migró de forma progresiva hasta alojarse en último término en la vena yugular interna derecha. Se insertaron balones de angioplastia en la vena yugular interna y la vena cava superior, para impedir su movilización, permitiendo su extracción segura mediante cirugía abierta.

DOI: 10.1016/j.acvsp.2009.03.002

DOI of original article: 10.1016/j.avsg.2009.03.010.

Aneurismas verdaderos de la arteria temporal superficial

Gabriele Piffaretti y Patrizio Castelli Varese, Italia

Vascular Surgery, Department of Surgical Sciences, University of Insubria, Varese, Italia.

Los aneurismas de la arteria temporal superficial representan <1% de los documentados. La mayoría tienen un antecedente traumático. En el presente artículo describimos tres casos de aneurisma espontáneo de la arteria temporal superficial que se desarrollaron de forma espontánea.

DOI: 10.1016/j.acvsp.2009.03.003

DOI of original article: 10.1016/j.avsg.2009.03.011.