
PANELES CON LECTURA (sesión 1)

1. Ref. P48

**ANEURISMA DISECANTE DE
ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR**

Araujo Pazos, M.A., De la Quintana Gordon, M.I.,
Vázquez Rodríguez, E., Abadal Villayandre, J.M.,
Álvarez Pérez, M. J.

Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés, Madrid.

Objetivos. El aneurisma disecante de la arteria mesentérica superior es una entidad rara y con un pronóstico fatal. El primer caso intervenido con éxito lo realizó Sisteron en 1975. La revisión más completa la publicó Cormier en 1992 y describe 20 casos desde 1945 a 1991. **Material.** Presentamos un caso de aneurisma disecante de arteria mesentérica superior de 3 cm, en un paciente de 62 años, con antecedentes de HTA y de aneurisma de aorta ascendente. El paciente no refiere sintomatología y fue diagnosticado de forma casual. Existe un aneurisma de 3 cm en AMS con imagen de disección desde el origen de la AMS, falsa luz de gran calibre, que acaba en fondo de saco y luz verdadera filiforme, conectándose ambas luces en bifurcación de la cólica derecha. Como dificultad anatómica añadida, en la luz verdadera se origina una arteria hepática derecha de gran calibre. **Metodología.** Intervención quirúrgica: resección de aneurisma y bypass mesentérico-mesentérico con prótesis de PTFE (Gore®) de 8 mm de diámetro. Se soluciona la disección distal con puntos de Kunlin y se consigue mantener permeable la arteria hepática derecha. TAC de control con permeabilidad de todo el eje mesentérico y de arteria hepática. **Resultados y conclusiones.** Al tratarse de una patología tan sumamente infrecuente no existen pautas de actuación regladas. En este caso se suman, un aneurisma, una disección y el nacimiento de la arteria hepática derecha en la AMS. La cirugía permitió resolver, sin complicaciones, los tres problemas con una sola técnica.

2. Ref. P11

**ANEURISMA DE ARTERIA
MESENTÉRICA SUPERIOR
POR DISPLASIA FIBROMUSCULAR**

Artigues Sánchez de Rojas, I., Sancho Moya, C.,
Fabra Cabrera, I., Bruna Esteban, M., Todolí Faubell, J.
Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivos. Los aneurismas de arterias viscerales son entidades poco comunes. La localización en la mesentérica superior supone menos de un 5% de todos los aneurismas viscerales. Presentamos el caso de una mujer joven diagnosticada de un aneurisma de arteria mesentérica superior (AMS) tras varios episodios de dolor abdominal. **Material.** Mujer de 27 años que presenta dolor abdominal de tipo cólico de cuatro semanas de evolución. Una ecografía evidencia la existencia de un aneurisma en la arteria mesentérica superior. En la angio-TAC se observa el aneurisma en el tercio medio de la arteria. Una TAC torácica y otra craneal y un eco-Doppler carotídeo descartan la existencia de lesiones vasculares asociadas. **Metodología.** En la intervención se realiza resección del aneurisma e interposición de un injerto de vena safena reimplantando una rama yeyunal. La anatomía patológica informa de displasia fibromuscular. Al año el injerto sigue permeable y la paciente está asintomática. **Resultados y conclusiones.** La displasia fibromuscular representa como causa menos del 6% de los aneurismas de AMS. Éstos se suelen presentar de forma sintomática, siendo el dolor abdominal el síntoma más frecuente. La angio-TAC es la técnica de elección para su diagnóstico. El tratamiento de elección es la cirugía. Se han propuesto varias técnicas quirúrgicas: ligadura del aneurisma, reimplante de la AMS, reconstrucción mediante un injerto o una endoprótesis y embolización. En casos de aneurismas pequeños y fusiformes es posible el seguimiento de la evolución con buenos resultados. En nuestro caso, preferimos realizar la revascularización preservando todas las ramas posibles, reimplantando una rama yeyunal por su calibre.

3. Ref. P24

PSEUDOANEURISMA DE MESENTÉRICA SUPERIOR SECUNDARIO A QUISTE PANCREÁTICO EN UN PACIENTE CON ALTERACIÓN GRAVE DE LA COAGULACIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

Martínez Monsalve, A., Rueda Martínez, J.L.,
Molina Nuevo, J.D., Masegosa Medina, A., Juliá Moya, E.
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Objetivos. Los aneurismas arteriales peripancreáticos representan un 3,5% de los aneurismas de vasos viscerales. Es infrecuente este tipo de complicaciones, donde la erosión arterial secundaria a un quiste pancreático provoca un sangrado directo que rellena el interior del mismo y se acaba conteniendo debido a la presión intracavitaria. Su importancia radica en que pueden pasar desapercibidos por la clínica poco específica que presentan y su alta mortalidad en caso de rotura, que alcanza cifras de hasta el 50%. **Material.** Varón de 45 años, con pancreatitis y hepatopatía crónicas de etiología enólica. Acude a urgencias por dolor abdominal de 5 días de evolución y un episodio de melenas. Exploración: presenta estabilidad hemodinámica, con intensa palidez de piel y mucosas, siendo anodina la palpación abdominal. Analítica: hemoglobina total de 5,9 g/dL, y una coagulación con INR de 12. TC abdominal: masa pancreática de 4 x 5 cm, que desplaza y comprime la arteria mesentérica superior y presenta contenido líquido en su interior con relleno parcial de contraste. **Metodología.** Mediante TC y arteriografía se diagnosticó de pseudoaneurisma de arteria mesentérica superior secundario a quiste pancreático. Como tratamiento, se procedió con éxito a la embolización selectiva del punto de fuga. **Resultados y conclusiones.** En un caso de estas características, con el paciente estable y una coagulopatía grave asociada, el tratamiento debe ser lo más rápido e inocuo posible, siendo la embolización selectiva la primera elección.

4. Ref. P57

CIRUGÍA HÍBRIDA COMO TRATAMIENTO DE ENDOFUGA TIPO I EN UN PACIENTE AFECTO DE UN ANEURISMA DE ARTERIA SUBCLAVIA Y PORTADOR DE ENDOPRÓTESIS IMPLANTADA PREVIAMENTE

Gonzalo Villanueva, B., Solanich Valldaura, T.,
González Cañas, E., Herranz Pinilla, C.,
Florit López, S., Giménez Gaibar, A.
Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.

Objetivos. Los aneurismas proximales de arteria subclavia secundarios a traumatismo son una entidad poco frecuente. El tratamiento quirúrgico abierto puede suponer una mor-

bimortalidad nada desdeñable. Se presenta un caso clínico de aneurisma de arteria subclavia tratado mediante cirugía híbrida extratorácica. **Material.** Varón, 39 años, fumador de 2 paquetes/día. Antecedentes patológicos: politraumatismo con neumotórax bilateral, fisura esplénica y fractura clavícula derecha. A raíz de nueva fractura clavicular derecha se detectó aneurisma arteria subclavia derecha de 3,5 cm, con cuello proximal de longitud inferior a 5 mm, resolviéndose con colocación de endoprótesis recubierta. **Metodología.** Angio-TAC de control a los 24 meses: detección de migración proximal de la endoprótesis, con aparición de una endofuga tipo I, confirmada mediante estudio angiográfico; sin cuello proximal con respecto al tronco braquiocefálico (TBC), y carótida primitiva izquierda (CPI) que nace del TBC. Intervención quirúrgica: vía carotídea derecha retrógrada se procede a colocación de endoprótesis desde TBC, distal al origen de la CPI, hacia carótida primitiva derecha, con exclusión del *ostium* de subclavia derecha. En el mismo acto quirúrgico se realiza *bypass* de carótida común derecha a axilar derecha con vena safena. Curso postoperatorio sin complicaciones. Angio-TAC de control al mes: no evidencia fugas, correcta permeabilidad de la endoprótesis y *bypass*. **Resultados y conclusiones.** Ante la presencia de fuga tipo I en endoprótesis de subclavia sin opción de extensión proximal, la cirugía híbrida puede ser una alternativa con baja morbimortalidad y buenos resultados.

5. Ref. P6

REPARACIÓN QUIRÚRGICA ABIERTA DE AATA TIPO III CON CLAMPAGE SECUENCIAL E INJERTO TEMPORAL

Herrero Martínez, E., Aparicio Martínez, C., Vallejo Díaz, M.N.,
Cervell Rodríguez, D., Selgas Torres, A., Del Río Prego, A.
Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Objetivos. Presentamos el caso de un paciente con AATA tipo III, sometido a cirugía abierta mediante clampaje secuencial e injerto temporal desde aorta descendente a bifurcación aórtica. **Material.** Varón de 62 años, remitido a urgencias desde atención primaria, por hallazgo casual en TAC, de AATA de 63 mm. Paciente sin alergias, HTA, dislipemia, no fumador, con HBP y TVP en miembro inferior izquierdo. Realizamos estudio preoperatorio completo, incluyendo arteriografía y nuevo TAC toracoabdominopélvico. Con diagnóstico de AATA tipo III, se decide realizar cirugía abierta. **Metodología.** Se realiza abordaje por toracofrenolaparotomía izquierda. Mediante clampaje parcial, se realiza anastomosis con prótesis de dacron de 12 mm en aorta descendente proximal L-T, y en bifurcación aórtica T-L, como *bypass* temporal. Por clampaje secuencial, se realiza anastomosis proximal L-T y cierre de visce-

rales con Fogarty, pasando perfusión renal. Reimplantación de tronco celiaco y mesentérica superior en parche de aorta, posteriormente renal derecha e izquierda en parches de Carrel. Se retira el *bypass* temporal y realizamos anastomosis distal en bifurcación aórtica. Se mantiene catéter de drenaje de LCR. *Resultados y conclusiones.* Postoperatorio en UVI con paciente hemodinámicamente estable, con discreto deterioro de función renal, con posterior recuperación. Salida a planta al tercer día postoperatorio, permaneciendo afebril y estable hemodinámicamente. Alta hospitalaria a los 13 días, sin incidencias. Los autores remarcan la importancia de tres aspectos: drenaje del LCR, perfusión visceral y perfusión aórtica distal. Presentamos una opción poco habitual de perfusión distal, mediante injerto temporal desde aorta descendente a bifurcación, y clampaje secuencial.

6. Ref. P63

TRATAMIENTO HÍBRIDO SECUENCIAL CON HOMOIJERTO Y ENDOVASCULAR DIFERIDO. UNA ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN PROTÉSICA AÓRTICA

Guerrero, F., Miralles, M., Bonafe, S., Longares, J.L., Arrébola, M., Sánchez, I.
Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Objetivos. El tratamiento de la infección protésica aórtica es uno de los retos de más difícil manejo para el cirujano vascular. Las estrategias basadas en la reparación con sustitución protésica *in situ* o extratraanatómica se asocian con elevadas tasas de morbilidad y recidiva. Presentamos un caso de infección protésica aórtica secundario a decúbito aortoentérico resuelto mediante tratamiento híbrido secuencial (homoinjerto criopreservado y endovascular diferido). *Material.* Varón de 57 años de edad y antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, insuficiencia renal leve, osteomielitis crónica secundaria a fractura abierta de tibia y peroné y exclusión de AAA en 1996 con injerto protésico aorto-aórtico (dacron). *Metodología.* En la exploración física y pruebas complementarias destacaba: febrícula, VSG elevada, leucocitosis, hemocultivos negativos, intensa captación protésica de leucocitos marcados 99mTc y reacción inflamatoria periprotésica en RM. La sospecha de infección de prótesis aórtica se confirmó en la laparotomía: perforación extensa de duodeno por decúbito de la prótesis. *Resultados y conclusiones.* Tratamiento: sustitución por homoinjerto aortobiiliaco criopreservado, sutura simple de duodeno y epiploplastia. Endoprótesis Excluder® a los 3 meses para prevenir degeneración del injerto. Buena evolución a los 2 años de seguimiento. En conclusión, el tratamiento híbrido secuencial (homoinjerto + endovascu-

lar diferido) puede suponer una alternativa eficaz en el manejo de la infección protésica aórtica.

7. Ref. P51

HOMOIJERTOS CRIOPRESERVADOS: PROTOCOLO Y RESULTADOS

Sánchez Nevárez, M.I., Arrébola López, M., Guerrero Baena, F., Miralles Hernández, M.
Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Objetivos. Analizar los resultados de los homoinjertos arteriales criopreservados (HC) utilizados en nuestra unidad desde junio de 2006 hasta marzo de 2009. *Material.* Se recogen los datos de 13 pacientes intervenidos por nuestra unidad. *Metodología.* Cohorte prospectiva de pacientes incluidos en un registro de nuestra unidad. Realizamos un análisis de sus variables epidemiológicas y resultados. Se utilizaron métodos estadísticos descriptivos y test de Wilcoxon para datos cuantitativos pareados no paramétricos en la comparación índice tobillo brazo pre y postimplante. *Resultados y conclusiones.* Se intervinieron 8 (62%) isquémicos, 5 (38%) prótesis infectadas con un seguimiento mediano de 9,43 meses. La mortalidad global fue de un 31% debido a las infecciones de prótesis aórticas cuya mortalidad es del 75% (3/4). En isquemia crítica se realizaron derivaciones a arterias tibiales con incremento del ITB medio de 0,5 ($p=0,006$, test de Wilcoxon); de los 8 pacientes tratados, uno falleció por sepsis en el postoperatorio. Obtuvimos un salvamento de extremidad del 86% (6/7) resolución de las lesiones del 71%, permeabilidad primaria del 57% y secundaria del 71%, degeneración del injerto 0%, rechazo 0%, ruptura precoz 0%. En conclusión, si bien el HC sería el injerto idóneo por su defensa ante la infección y no hemos tenido complicaciones quirúrgicas aórticas, la mortalidad en las prótesis aórticas infectadas es muy elevada por otras causas. La permeabilidad en las derivaciones distales es comparable al injerto venoso. La utilización de HC es un instrumento útil en casos seleccionados.

8. Ref. P52

STENTING PRIMARIO COMO TRATAMIENTO EFICAZ EN LA ESTENOSIS DE ARTERIA VERTEBRAL SINTOMÁTICA

Couto Mallón, D., Caicedo Valdés, D., García Casas, R., Hernández-Lahoz Ortiz, I.
Complejo Hospitalario de Pontevedra.

Objetivos. Tratamiento de un caso de estenosis de arteria vertebral sintomática, mediante técnica endovascular, en un paciente con oclusión carotídea bilateral. *Material.* Varón de 55 años. Hipertenso. Exfumador desde hace tres años.

Dislipémico. Oclusión carotídea bilateral. Ictus isquémico en 2003. Cirugía endovascular *kissing balloon* sector aortoiliaco en 2007 por claudicación corta. Clínica de mareos y cefalea limitantes en vida ordinaria sin localización neurológica. *Metodología.* Eco-Doppler de troncos supraaórticos: flujo de baja resistencia y morfología del espectro tipo *parvus et tardus* que sugiere patología estenótica proximal. Angio-TC de cuello: estenosis crítica del origen de la arteria vertebral izquierda. Oclusión carótida interna izquierda. Oclusión origen carótida común derecha ya conocidas. Se realiza *stenting* primario de arteria vertebral izquierda mediante *stent* coronario de cromocobalto balón expandible no liberador de fármacos. Los casos de estenosis arterial sintomáticos son infrecuentes por su dificultad diagnóstica. El tratamiento en la actualidad es controvertido. Rutherford enfatiza la intervención quirúrgica abierta de reconstrucción-derivación. Moore, en su libro *Endovascular surgery*, comunica una serie de casos esporádicos de tratamiento con angioplastia de lesiones ostiales vertebrales en pacientes con importante estenosis carotídea bilateral. Sin embargo son necesarios más estudios. *Resultados y conclusiones.* Mejoría clínica con desaparición total de los síntomas. Seguimiento con eco-Doppler al año sin evidencia de estenosis *intrastent*. El *stenting* primario de estenosis de arterias vertebrales se presenta como un tratamiento eficaz en casos seleccionados.

9. Ref. P36

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL SÍNDROME DE ROBO VERTEBROSUBCLAVIO POR OBSTRUCCIÓN SUBCLAVIA PROXIMAL. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Del Barrio Fernández, M., Fernández-Samos Gutiérrez, R., Alonso Álvarez, M.I., González Fueyo, M.J., Vaquero Morillo, F. *Hospital de León.*

Objetivos. Aportar nuestra experiencia en el tratamiento endovascular de las obstrucciones de arteria subclavia prevertebral (ASP) que cursan con robo vertebral sintomático. *Material.* Pacientes 1: varón, 64 años, accidente cerebrovascular por obstrucción completa de carótida interna derecha y obstrucción de ASP izquierda. Paciente 2: varón, 75 años, intervenido de TEA carotídea derecha hace 10 años, con clínica actual de síncope por obstrucción de ASP izquierda. En ambos casos se demuestra robo vertebrosubclavio clínico y angiográfico. *Metodología.* En quirófano, bajo anestesia local y sedación, por abordaje de arteria humeral, mediante técnica endovascular retrógrada, se recanaliza la ASP obstruida, en un tramo, en ambos casos, entre 2 y 3 cm de longitud. Se realiza predilatación inicial con balón de 3 x 40 mm para posteriormente colocar un *stent* expandible con balón de 8 x 37 mm., preservando

el origen de la arteria vertebral. *Resultados y conclusiones.* Se consigue el éxito técnico en ambos procedimientos, sin objetivarse complicaciones neurológicas peroperatorias. Se comprueba inversión de flujo vertebral mediante eco-Doppler. Alta hospitalaria al día siguiente. Seguimiento clínico y con TC craneal a las 24 horas, un mes y tres meses. Los pacientes permanecen asintomáticos desde el punto de vista neurológico y sin diferencias tensionales a nivel humeral. En conclusión, la obstrucción completa de ASP sintomática es una causa importante de enfermedad cerebrovascular de origen extracraneal y su tratamiento endovascular es posible, con mínima morbimortalidad peroperatoria y excelentes resultados clínicos y de permeabilidad primaria a corto y medio plazo.

10. Ref. P10

RECONSTRUCCIÓN AORTOILÍACA CON VENA FEMORAL AUTÓLOGA TRAS INFECCIÓN DE PRÓTESIS EN UN PACIENTE CON ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL SUPRARRENAL

Selgas Torres, A., Herrero Martínez, E., Vallejo Díaz, N., Cervell Rodríguez, D., Baeza Bermejillo, C., Aparicio Martínez, C. *Fundación Jiménez Díaz. Madrid.*

Objetivos. Presentamos el caso de un paciente con reconstrucción aortoiliaca con injerto autólogo de vena femoral, tras infección precoz de prótesis por AAA suprarrenal. *Material.* Paciente de 69 años, sin alergias, HTA, HCL, poliomielitis en miembro inferior izquierdo con obstrucción de vena femoral y carcinoma de próstata. Seguido en consulta por obstrucción femoral superficial derecha e ilíaca izquierda y AAA suprarrenal de 58 mm. En junio de 2008 se realiza injerto aortoiliaco derecho y femoral izquierdo. En el postoperatorio precoz presenta infección protésica con trombosis de rama izquierda. Se obtienen hemocultivos y exudado de herida positivos para *Escherichia coli* resistente a B-lactamasas. *Metodología.* Mediante lumbotomía izquierda, se realiza retirada de prótesis con clampaje supracelíaco, pasando perfusión por AMS y ambas renales, y reconstrucción mediante injerto aortoiliaco derecho con vena femoral autóloga del miembro inferior derecho. *Resultados y conclusiones.* En el postoperatorio inmediato el paciente ingresa durante 15 días en UVI, fundamentalmente por complicaciones respiratorias. Se realizan curas diarias de las heridas, hasta lograr el cierre de las mismas (miembro inferior derecho) o su estabilización (escaras necróticas en miembro inferior izquierdo), quedando este miembro en isquemia grado IIb con flujo Doppler amortiguado en arteria peronea. Se inicia tratamiento rehabilitador. En conclusión, la reconstrucción con

vena femoral se presenta como una alternativa válida en infecciones protésicas del eje aortoiliaco.

11. Ref. P29

TROMBOSIS AGUDA DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ROTO CRÓNICO

Cancer Pérez, S., Gutiérrez Baz, M., Alfayate García, J., Perera Sabio, M., De Benito Fernández, L., Puras Mallagray, E. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

Objetivos. La rotura crónica y la trombosis aguda del aneurisma de aorta abdominal (AAA) son entidades infrecuentes. Presentamos un paciente con AAA roto crónico y trombosis aguda del mismo. **Material.** Varón de 68 años, con isquemia aguda en ambos miembros inferiores acompañado de dolor y paraplejía. Dolor lumbar con irradiación a miembro inferior derecho desde hacía 6 meses (resonancia magnética de columna lumbar previa: colección retroperitoneal derecha). Con el eco-Doppler se diagnosticó trombosis término aórtica y AAA, la tomografía computarizada confirmó éstos hallazgos y reveló signos de rotura crónica. En el quirófano de urgencias se confirmó la existencia de AAA infrarenal trombosado, rotura de la pared posterolateral derecha e infiltración del psoas por trombo organizado. Se realizó trombectomía aórtica e iliaca bilateral y *bypass* aorto-aórtico, recuperando pulsos distales. En el postoperatorio inmediato presentó rabdomiólisis masiva, *shock* grave y fallo multiorgánico. Preciso soporte hemodinámico, ventilación mecánica prolongada y hemofiltración por fracaso renal. Respecto a la paraplejía evolucionó favorablemente y en la actualidad camina sin necesidad de apoyo. **Resultados y conclusiones.** En la revisión de la literatura no hemos encontrado ningún caso de trombosis aguda de un aneurisma roto crónico. Aunque la trombosis aguda de un AAA es una complicación poco frecuente, su alta mortalidad y morbilidad la convierten en un cuadro clínico que es importante conocer, diagnosticar y tratar para conseguir un buen resultado. El AAA roto crónico debe estar presente en el diagnóstico diferencial del dolor lumbar crónico.

12. Ref. C6

¿ES POSIBLE LA SUTURA VASCULAR MECÁNICA POR VÍA LAPAROSCÓPICA?: PRESENTACIÓN DE UN PROTOTIPO EXPERIMENTAL

Segura Iglesias, R.J.

Complejo Hospitalario Universitario. A Coruña.

Objetivos. La sutura en cirugía vascular laparoscópica se realiza en la actualidad imitando la forma de suturar en

cirugía abierta. El dispositivo que presentamos es una idea inédita sobre cómo se puede suturar una prótesis vascular a una estructura vascular de forma mecánica por vía laparoscópica. **Material.** El sistema consiste en una estructura tubular de material semirrígido que presenta en el extremo distal un sistema que permitirá la realización de la sutura vascular y en su extremo proximal una palanca que accionará el mecanismo de émbolo para hacer salir un sistema de tres filas de grapas metálicas. Se muestran una presentación en vídeo para mejor comprensión del prototipo. **Metodología.** El prototipo grapador presenta una zona proximal de donde salen tres filas de grapas a través de unas minirranuras. La suelta de las grapas se hace con un sistema de émbolo semejante a los aparatos de sutura mecánica intestinal. **Resultados y conclusiones.** Se muestran los resultados experimentales del modelo, así como los primeros resultados en modelos porcinos que pretenden evaluar la factibilidad de la sutura vascular mecánica. Este prototipo permite realizar la sutura mecánica entre un vaso y una prótesis de forma mecánica ya sea por vía abierta o laparoscópica, facilitando y acortando este tiempo quirúrgico, que hasta la actualidad era uno de los inconvenientes mayores para el avance de la cirugía vascular laparoscópica.

PANELES CON LECTURA (sesión 2)

13. Ref. P62

VALORACIÓN DE LA EFICACIA DE LA TRANSFERENCIA DE CÉLULAS MADRE MEDIANTE ANGIORRESONANCIA DE PERFUSIÓN

Miralles Hernández, M., Belloch, V., Sánchez, I., Guerrero, F., Arrébola, M.

Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Objetivos. La transferencia de células madre (TCM) puede suponer una alternativa eficaz en el tratamiento de la isquemia crítica de la extremidad no revascularizable. Sin embargo, la valoración del resultado mediante pruebas de imagen o hemodinámicas resulta de difícil interpretación. Se presenta un caso de TCM valorado mediante angio-RM de perfusión. **Material.** Paciente de 45 años de edad, con antecedentes de tabaquismo, no diabetes, dislipemia ni hipertensión arterial. Isquemia crítica de la extremidad con dolor en reposo y lesiones tróficas tras intentos fallidos de tratamiento con perfusión de prostaglandinas y revascularización distal mediante *bypass*. En la exploración física y vascular destaca un índice tobillo-brazo de 0,3 y patrón arteriográfico de arteritis en troncos distales. **Metodología.** Tras consentimiento informado se somete a protocolo de

TCM de sangre periférica que incluye: angio-RM basal y a los 6 meses tras administración intramuscular en compartimentos infragéniculares de células CD34 aisladas de sangre periférica. *Resultados y conclusiones.* El análisis computarizado de las imágenes T1/3D con *software* específico (Nordick) demostró un aumento de la circulación colateral y normalización de la velocidad de recirculación en los mapas paramétricos (*wash in, wash out y time to peak*). La angio-RM de perfusión puede suponer una alternativa eficaz en la valoración del efecto de la neovascularización como resultado de la TCM para el tratamiento de la isquemia crítica de las extremidades.

14. Ref. P56

INFLUENCIA DEL ENVEJECIMIENTO EN EL COMPONENTE ELÁSTICO VASCULAR: EXPRESIÓN DE TROPOELASTINA Y FIBULINAS EN VENAS Y ARTERIAS DE RATONES SENESCENTES (SAM)

García Hondurilla, N.^a, Romero, B.^a, Pascual, G.^a, Coquand-Gandit, M.^b, Faury, G.^b, Buján, J.^a

^aDepartamento de Especialidades Médicas. Facultad de Medicina. UAH. Madrid. ^bLaboratorio de Fisiología Vascular. INSERN. Grenoble, Francia.

Objetivos. Estudiar las variaciones del componente elástico (tropoelastina y fibulinas) en el territorio vascular de ratones de senescencia acelerada. *Material.* Ratones SAM-R1 (control) y SAM-P8 (senescencia acelerada). *Metodología.* Han sido utilizados 24 ratones SAM-R1 ($n = 12$) y SAM-P8 ($n = 12$), de 3 y 9 meses de vida. Fragmentos de arteria iliaca y vena femoral fueron extraídos y procesados para estudios inmunohistoquímicos utilizando anticuerpos antifibulina 2, 3 y 4 y antitropoelastina. Se realizó un análisis morfométrico del lumen de estos vasos. Se han tenido en cuenta tres parámetros: envejecimiento, edad de los animales (3 y 9 meses) y el género (macho/hembra). *Resultados y conclusiones.* La expresión proteica de fibulina 2, 3 y 4 incrementa con la edad y género (machos mayor que hembras), disminuyendo únicamente la expresión de fibulina 3 con la edad en el grupo SAM-P8. La expresión de tropoelastina disminuye con la edad, observándose una mayor actividad en machos y en el grupo control frente al envejecido. El perímetro luminal de la arteria iliaca y de la vena femoral se incrementa con la edad, siendo este efecto extremadamente evidente en el grupo SAM-P8. La disminución de tropoelastina con la edad puede estar relacionada con la pérdida de elasticidad en los vasos pequeños. El incrementado perfil proteico de las fibulinas podría estar implicado en el proceso de remodelación observado especialmente en la adventicia.

15. Ref. P27

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE ARTERIAS IMPLANTADAS Y ARTERIAS EXPLANTADAS. ESTUDIO PRELIMINAR

Rendal Vázquez, M.E., Rodríguez Cabarcos, M., Pombo Otero, J., Segura Iglesias, R.J., Doménech García, N., Andión Núñez, C.
Complejo Hospitalario Universitario. A Coruña.

Objetivos. Establecer un control de calidad en los segmentos vasculares implantados procedentes de donantes multiorgánicos. *Material.* Se incluyen 13 pacientes. *Metodología.* Se analizaron muestras de segmentos vasculares procedentes de donantes multiorgánicos y muestras de estos mismos segmentos vasculares una vez explantados en el receptor. Se analizan en las muestras preimplante procedentes del donante multiorgánico el tiempo de isquemia fría y caliente, la causa del fallecimiento, tiempo en UCI, tiempo de almacenamiento de la muestra criopreservada, grupo sanguíneo y estudio anatomopatológico. En el receptor se analizó su grupo sanguíneo, tiempo que ha estado implantado el tejido procedente del donante, causa de explante del injerto y estudio anatomopatológico. *Resultados y conclusiones.* Histopatológicamente, el principal hallazgo ha sido la sustitución de la capa muscular de la pared arterial por una fibrosis intensa, en la mayor parte de los casos de manera simétrica. Además de esta degeneración de miocitos es llamativa la fibrosis perivascular y el engrosamiento fibrointimal existente. Parece necesario una correcta evaluación donante receptor antes de realizar un implante de un homoinjerto criopreservado.

16. Ref. P22

ARTERITIS INDUCIDA POR CANNABIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Anaya Sifuentes, D.M., Gallego Ferreiroa, C., García Martínez, M.B., Vidal Rey, J., Rotger Pérez, M., Rosendo Carrera, A.
Hospital Xeral-Cies. Vigo, Pontevedra.

Objetivos. Definir el cannabis como factor etiológico de vasculopatía en pacientes jóvenes. La importancia de esta patología es debida a su incidencia en aumento y a la agresividad de su cuadro clínico, ya que hasta el 40% de los pacientes acaban con una amputación mayor. *Material.* Paciente de 38 años con dolor intenso en pie izquierdo que presenta en angio-TAC lesiones significativas de vasos distales. Es VIH positivo, exadicto a drogas por vía parenteral y consumidor habitual de tabaco y cannabis. Descartadas otras causas de vasculopatía en pacientes jóvenes el diagnóstico fue de tromboangéftis obliterante, por lo que el tratamiento consistió en la perfusión sistémica de prosta-

glandinas endovenosas y antiagregantes. El paciente abandonó el hábito tabáquico, pero aumentó el consumo de hachís, por lo que presentó un empeoramiento progresivo de las lesiones de dicha extremidad y afectación de miembro contralateral, precisando amputación quirúrgica mayor. *Metodología.* Revisión bibliográfica de las complicaciones vasculares producidas por el cannabis, otras drogas (tabaco, heroína, cocaína y metadona) y el VIH, ya que no es excepcional, como sucede en nuestro caso, la asociación de varios factores. *Resultados y conclusiones.* El cannabis es un factor etiológico de arteritis y debe ser considerado en la anamnesis de todo paciente con sospecha de tromboangiítis obliterante. La introducción de derivados con alto concentrado de arsénico parece que contribuye al aumento en la incidencia de arteritis por cannabis. Su afectación vascular es de evolución muy agresiva y con una elevada incidencia de amputación. Su tratamiento debe incluir vasodilatadores periféricos, antiagregantes y cambios en los hábitos de consumo.

17. Ref. P34

SOBREINFECCIÓN DE ANEURISMA AÓRTICO POR *SALMONELLA*: EXCEPCIONAL MANIFESTACIÓN RADIOLOGICA

Esparza Gómez, L., March García, J.R., Varela Casariego, C., Bleda Moreno, S., Flórez González, A., Acín García, F.

Hospital Universitario de Getafe. Getafe, Madrid.

Objetivos. Presentar un caso de sobreinfección por *Salmonella* de un AAA preexistente, que se manifestó radiológicamente con una imagen de gas intraluminal. *Material.* Varón de 65 años, diabético, hipertenso y dislipémico, en tratamiento esteroideo. Diagnosticado de AAA inflamatorio infrarrenal de 6,3 cm e ilíaco izquierdo de 4 cm, en estudio preoperatorio. Presentó dolor abdominal leve, fiebre y diarrea, compatible con toxoinfección alimentaria en los días previos al ingreso. Fue atendido en urgencias por aumento brusco del dolor abdominal. A la exploración se observa mal estado general, signos de hipoperfusión periférica y dolor abdominal a la palpación. Angio-TC urgente: AAA inflamatorio sin aumento de diámetro respecto a previos, ni signos de rotura, con gas intraluminal e imagen apolillada del trombo mural. *Metodología.* Revisión de la literatura. *Resultados y conclusiones.* El paciente fue intervenido de urgencia. Durante la cirugía no se evidenció comunicación aortovisceral, realizándose sustitución *in situ*, mediante injerto aortobifemoral e iniciándose antibioterapia empírica de amplio espectro. Los cultivos de la pared aórtica, trombo aórtico e ilíaco y material de licuefacción del trombo fueron positivos para *Salmonella non Tiph*, adaptando la antibioterapia según antibiograma. La sobreinfección por *Salmonella* de AAA preexistente es una entidad rara en nuestro medio,

clínicamente inespecífica, que ha visto incrementada su prevalencia en los últimos años a expensas de pacientes inmunodeprimidos. La presencia de pseudoaneurisma o colecciones o gas periaórtico son imágenes radiológicas características de sospecha. En lo que abarca nuestra revisión se trata del primer caso descrito con presencia de gas intraluminal como consecuencia de un proceso séptico aórtico por *Salmonella*.

18. Ref. P46

TRAUMATISMO CAROTÍDEO INTRATORÁCICO POR ARMA BLANCA

Pérez Vallecillos, P., Conde Muiño, R., García Róspide, V., Piedra Fernández, I., Sánchez-Palencia Ramos, A.

Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Objetivos. Los traumatismos de vasculares cervicales son relativamente infrecuentes, pero de vital importancia dado que irrigan el cerebro, con predominio de las lesiones venosas sobre las arteriales, y con una mortalidad de hasta el 11%. *Material.* Un paciente de 32 años, fumador, bebedor social, intervenido de fractura de tibia y peroné, acudió a Urgencias de otro centro tras agresión por arma blanca y herida en la unión esternoclavicular izquierda. Sin clínica de sangrado, respiratoria y estable, es dado de alta. Veinte días más tarde consulta de nuevo por molestias en la herida, ya cicatrizada, que se palpa elevada. Se cita para TAC, que mostró la hoja del arma blanca atravesando la clavícula izquierda y desplazando posteriormente la carótida común, que nace del tronco braquiocefálico. *Metodología.* Se programó intervención quirúrgica, con abordaje cervical y estereotomía media, apertura de la carótida común (con colocación de *shunt*), comprobándose que la herida había penetrado la luz, y cierre con parche de safena. El paciente fue dado de alta al 7.º día postoperatorio sin complicaciones. *Resultados y conclusiones.* En las lesiones por arma blanca en base del cuello deben descartarse las lesiones vasculares lo antes posible, sin conformarse con la exploración física.

19. Ref. P35

HEMATOMA SUBDURAL COMO COMPLICACIÓN DE UN DRENAJE DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LOS ANEURISMAS DE AORTA TORÁCICA

Aloy Ortiz, C., Constenla García, I., Mestres Alomar, G., Fernández Valenzuela, V., Yugueros Castellnou, X., Matas Docampo, M.

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. El drenaje de líquido cefalorraquídeo (LCR) es

una técnica realizada para disminuir el riesgo de paraplejía en pacientes intervenidos de aneurisma de aorta torácica (AAT). Pocos estudios hablan sobre los riesgos inherentes a esta práctica. La pérdida de LCR reduce la presión intracraneal con desplazamiento del cerebro y elongación de los senos venosos pudiendo provocar desgarros y, secundariamente, sangrado intracraneal. El objetivo de la comunicación es analizar las complicaciones presentadas en nuestra experiencia. **Material.** Entre enero de 1999 y marzo de 2009 intervenimos 67 AAT y controlamos LCR en cuatro pacientes. **Metodología.** Analizamos retrospectivamente la aparición de complicaciones en el postoperatorio. **Resultados y conclusiones.** Dos de los cuatro pacientes a quienes realizamos drenaje de LCR presentaron hematoma subdural. El primer paciente, varón de 61 años, antecedentes de HTA y AVC que a los 4 días postoperatorios presentó cefalea brusca y disminución del nivel de conciencia, diagnosticado de hematoma subdural, requirió craneotomía quedando sin secuelas neurológicas. El segundo, varón de 62 años, antecedentes de HTA y cardiopatía isquémica que a los 5 días postoperatorios también presentó cefalea brusca y disminución del nivel de conciencia, diagnosticado de hematoma subdural, requirió drenaje quirúrgico, sin secuelas neurológicas. El riesgo de hematomas subdurales es una complicación a contemplar cuando se plantea la necesidad de control de LCR ante una cirugía de AAT, por lo que hay que seleccionar los pacientes, no siendo tributarios aquéllos que presenten morbilidad neurológica previa por aumento del riesgo.

20. Ref. P55

RECONSTRUCCIÓN DE VENA CAVA SUPERIOR EN PATOLOGÍA ONCOLÓGICA

Constenla García, I., Álvarez García, B., Domínguez González, J.M., Allegue Allegue, N., Escribano Ferrer, J.M., Matas Docampo, M.
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. Presentar nuestra experiencia en reconstrucciones de vena cava superior (VCS) en patología oncológica. **Material.** En los últimos quince años se ha realizado reconstrucción de VCS y/o troncos venosos braquiocéfálicos en 5 pacientes oncológicos, con el objetivo de obtener márgenes de resección amplios, y resolver o evitar los síntomas del síndrome de VCS. **Metodología.** Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas analizándose tipo de tumor, cirugía realizada, resultados inmediatos y seguimiento. **Resultados y conclusiones.** Se trataron dos neoplasias pulmonares, un osteosarcoma esternoclavicular, un mixoma auricular y de VCS y un seminoma en mediastino anterior. Dos pacientes presentaban síndrome de VCS. En 4 pacientes se realizó esternotomía media y en uno toraco-

tomía derecha. En todos los casos se obtuvieron márgenes de resección libres, se utilizó PTFE anillado y se mantuvieron descoagulados durante el postoperatorio inmediato y el seguimiento. No hubo ninguna muerte en los primeros 30 días postintervención. Dos pacientes fueron *exitus* por progresión de la enfermedad y *bypasses* permeables a los 2 y 3 meses, respectivamente. Un paciente se perdió en el seguimiento a los 3 meses con *bypass* permeable. Un paciente (mixoma) presentó trombosis del *bypass* a los 17 meses, encontrándose asintomático a los 3 años postintervención. Un paciente (seminoma) permanece libre de enfermedad y *bypass* permeable a los 15 años postintervención. La reconstrucción de VCS permite resecar tumores infiltrantes localizados en mediastino anterior y medio. La supervivencia viene dada por el pronóstico de la neoplasia. El uso de PTFE en cirugía reconstructiva de VCS parece mostrar una correcta permeabilidad a largo plazo bajo tratamiento anticoagulante.

21. Ref. P13

PARAGANGLIOMA DEL CUERPO CAROTÍDEO ASOCIADO A ESTENOSIS CRÍTICA CAROTÍDEA SINTOMÁTICA

Baquer Miravete, M., Arias Muñoz, R., Sena Ruiz, F.
Hospital Universitario Sta. María del Rosell. Cartagena, Murcia.

Objetivos. Los paragangliomas del cuerpo carotídeo son infrecuentes, de crecimiento lento y derivados de las células neuroectodérmicas. Presentamos un caso de paraganglioma del cuerpo carotídeo asociado a estenosis crítica de la arteria carotídea interna homolateral que debutó con ictus de repetición. **Material.** Mujer de 61 años con antecedentes de tabaquismo, cardiopatía isquémica que acude a Urgencias por cuadro de hemiparesia derecha y disartria. Una semana antes había presentado episodio de amaurosis fugaz en el ojo izquierdo. A la exploración física presentaba masa laterocervical pulsátil izquierda. Exploraciones complementarias: eco-Doppler carotídeo que mostraba masa ecogénica de 3 cm de diámetro en bifurcación carotídea izquierda así como imagen de compresión de la arteria carótida interna. TAC craneal: infarto hemisférico izquierdo. TAC cervical y angio-RM de troncos supraaórticos: confirman la existencia de paraganglioma de cuerpo carotídeo izquierdo grado III (Shamblin) y de estenosis crítica con imagen de placa ulcerada en arteria carotídea interna izquierda. Se descartó enfermedad diseminada. Se practicó resección de paraganglioma y endarterectomía carotídea con cierre mediante parche de safena maleolar. No se embolizó preoperatoriamente. **Metodología.** Describimos el caso clínico, el tratamiento efectuado y los resultados obtenidos. **Resultados y conclusiones.** No hubo eventos cerebrovasculares intraoperatorios ni postoperatorios. No

aparecieron complicaciones secundarias a lesión de pares craneales. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de paraganglioma del cuerpo carotídeo y descartó criterios de malignidad. Durante el seguimiento la paciente ha permanecido asintomática y sin recidiva local. El paraganglioma del cuerpo carotídeo asociado a estenosis crítica carotídea sintomática es una patología infrecuente. Creemos que debe ser tratada por cirujanos vasculares a fin de lograr baja morbilidad quirúrgica.

22. Ref. P50

SHUNT SAFENOCAVERNOSO COMO TRATAMIENTO DE PRIAPISMO VENOOCCLUSIVO REFRACTARIO

García Vidal, R., Berga Fauria, C., Trobat, F., Ascaso Til, H., Martín Paredero, V.
Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.

Objetivos. El priapismo es un trastorno infrecuente. La mayoría de los casos pueden tratarse con éxito mediante los tratamientos médicos ya establecidos según los tratados urológicos. **Material.** Varón de 52 años de edad. En tratamiento con atenolol y trazodona. Acude a urgencias por priapismo que se acompaña de dolor de más de 24 horas de evolución. **Metodología.** Se confirma origen venooclusivo (pO_2 : 5,4%; pCO_2 : 113,5%; pH: 6,8%; EB: -14,8). Se realiza drenaje de cuerpos cavernosos e inyección de fenilefrina, consiguiendo detumescencia inicialmente. Dos días después, reaparece erección del 50% aunque sin dolor, por lo que se realiza nuevo drenaje e inyección de fenilefrina, sin conseguir detumescencia completa. Se realiza un *shunt* de Winter bilateral, que no es efectivo y posteriormente un *shunt* cavernoesponjoso de Al-Ghorab que también es inefectivo. Realizamos un *shunt* de cuerpo cavernoso a vena safena derecha que consigue la detumescencia peneana. **Resultados y conclusiones.** El priapismo es un trastorno que en su fase venooclusiva representa una urgencia urológica. Habitualmente responde a tratamiento conservador, siempre y cuando el periodo de erección no supere las 12 horas de evolución. Las complicaciones más importantes son la fibrosis y la impotencia. Su incidencia es directamente proporcional a la duración del priapismo y a la agresividad del tratamiento. Como última alternativa y como tratamiento más agresivo existe la posibilidad de realizar un *shunt* safeno cavernoso.

23. Ref. P58

EQUIMOSIS ESPONTÁNEA EN HUECO POPLÍTEO EN ANEURISMA POPLÍTEO EXCLUIDO

García-Prieto Bayarri, M.V., Aracil Sanus, E., Rubio Montaña, M., Gómez Olmos, C., Chinchilla Molina, A., Cuesta Gimeno, C.
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. El abordaje medial con ligadura proximal y distal seguida de *bypass* es la técnica más utilizada para el tratamiento de los aneurismas poplíteos extensos. No excluye las colaterales del aneurisma, lo cual puede mantener un flujo retrógrado que origine su crecimiento y rotura. **Material.** Varón de 85 años con hipertensión, hipercolesterolemia, ictus de repetición y enfermedad polianeurismática, con aneurisma poplíteo izquierdo de primera y segunda porción, tratado mediante *bypass* femoroperoneo con injerto venoso en 2004 por isquemia de la extremidad, que presenta rotura asintomática del aneurisma excluido. La ecografía muestra incremento de diámetro de 26 a 52 mm, con flujo por reentrada por arteria genicular. **Metodología.** Se intenta trombosis de la arteria genicular mediante inyección de trombina guiada con ultrasonidos con resultado infructuoso, por lo que realizamos apertura del saco aneurismático y ligadura de colateral permeable por vía posterior. **Resultados y conclusiones.** La incidencia de crecimiento aneurismático tras la exclusión por vía medial es superior al 22%. En nuestro caso, la extensión del aneurisma hacía inviable el abordaje posterior. Aunque el seguimiento ecográfico evidenció colateralidad y crecimiento aneurismático durante los últimos dos años, se optó por mantener una actitud conservadora dada la ausencia de síntomas compresivos, edad y comorbilidad del paciente. El tratamiento con trombina podría ser una alternativa plausible a la apertura del saco en estos casos. Pensamos que el crecimiento tras la exclusión es más probable en aneurismas sin buena salida distal, que habrían desarrollado una circulación colateral suficiente que impida la trombosis del saco.

24. Ref. P59

LESIONES NECRÓTICAS, FRIALDAD Y PALIDEZ EN EL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO DE UN GRAN QUEMADO

Casado Maestre, M.D., Carrero, F.J., Sánchez Rodríguez, J.M., Gómez, F.T., Bataller de Juan, E., Castilla, J.J.
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Se presenta un caso de embolia arterial por mucormicosis. **Material.** La isquemia arterial aguda de las extremidades constituye un cuadro sindrómico con implicaciones de elevadas morbilidad si no se identifica en

un breve espacio de tiempo. *Metodología.* Varón de 19 años con quemaduras de tercer grado del 78% de superficie corporal. Ingreso: a las 48 horas presenta pancitopenia grave con neutropenia. A las 72 horas, síndrome de distrés respiratorio del adulto. A los 10 días, empeoramiento de la escarotomía y amputación 1.º, 2.º, 3.º y 5.º dedos del miembro superior izquierdo. Al 11.º de estancia en UCI, frialdad y ausencia de pulso en el miembro superior izquierdo. Se realiza tromboembolectomía transhumeral izquierda con material para anatomía. En el día 13.º de estancia en UCI comienza de nuevo con frialdad y ausencia de pulso, más empeoramiento de la situación hemodinámica y general. En el día 14.º de estancia en UCI, el paciente presenta inestabilidad hemodinámica resistente a agentes vasoactivos y finalmente fallece. Informe anatomopatológico de tromboembolo: mucormicosis con necrosis isquémica con múltiples trombosis vasculares de origen micótico, hifas y esporas. *Resultados y conclusiones.* La mucormicosis en humanos es una enfermedad rara. La característica esencial para el diagnóstico es la invasión vascular y necrosis tisular. El diagnóstico depende de la demostración del hongo en la biopsia. La terapia estándar para mucormicosis invasiva es el tratamiento con anfotericina B. La resección quirúrgica del área afecta es imprescindible para el tratamiento aunque la mortalidad a pesar de un tratamiento adecuado es del 50%.

PANELES SIN LECTURA

25. Ref. P1

ANEURISMA DE LA ARTERIA ILIACA INTERNA Y RIÑÓN PÉLVICO

Sarralde Aguayo, J.A., Pérez Negueruela, C., Bernal Marco, J.M., Díez Solórzano, L., Arnáiz, E., Revuelta Soba, J.M.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos. Se presenta el caso de un paciente con arteria iliaca aneurismática, en el cual se originaba la arteria renal derecha por tratarse de un riñón pélvico. *Material.* Varón de 76 años con factores de riesgo cardiovascular (dislipemia, HTA, diabetes mellitus tipo 2) y claudicación intermitente de larga evolución. En una TAC de control se comprobó un aumento de tamaño del aneurisma de arteria iliaca interna, siendo de 5 x 7 cm con el riñón derecho situado en la pelvis y la arteria renal saliendo desde el aneurisma. Elevado riesgo de rotura. *Metodología.* El paciente precisó un *bypass* aortoiliaco con injerto de dacron y se reimplantó la arteria hipogástrica para reinfundir el riñón. Durante la intervención se preservó el tejido renal mediante la infusión de una solución Ringer lactato a 8 °C de temperatura

a través de la arteria renal para evitar el daño que pudiera producir la isquemia caliente. La evolución en el postoperatorio presentó un hematoma intraabdominal en relación a la intervención que retrasó el alta hospitalaria. La función renal al alta fue normal. Imágenes: TAC en tres dimensiones, arteriografía calibrada, aneurisma *de visu* con riñón ectópico, eco-Doppler renal postoperatorio. *Resultados y conclusiones.* En pacientes con un aneurisma iliaco en crecimiento está indicada la reparación incluso en aquellos que tienen la arteria renal involucrada en el aneurisma, siempre que se proteja el riñón de la isquemia caliente con perfusión de preservación a 8 °C.

26. Ref. P3

DEGENERACIÓN QUÍSTICA ADVENTICIAL DE ARTERIA POPLÍTEA: A PROPÓSITO DE UN CASO EN UN PACIENTE AÑOSO

Leiva Hernando, L., Izquierdo Lamoca, L., Fernández Solares, J.I., Escobar González, J.M., Vázquez Rodríguez, E., Zotta Desboeufs, R.

Hospital Universitario Madrid Montepríncipe.

Objetivos. Presentación de un caso clínico de claudicación intermitente secundario a enfermedad quística de la arteria poplítea en un paciente añoso y revisión de la literatura. *Material.* Varón de 68 años con clínica de claudicación gemelar izquierda de pocos meses de evolución provocada por quiste adventicial intervenido en septiembre de 2008. *Metodología.* Caso clínico diagnosticado de quiste adventicial poplíteo con estenosis secundaria, intervenido en septiembre de 2008, y revisión de la literatura. *Resultados y conclusiones.* Varón de 68 años con claudicación gemelar izquierda de pocos meses de evolución. El estudio Doppler evidencia imagen quística que estenosa la arteria poplítea y, mediante abordaje posterior, se realiza apertura y evacuación del contenido del quiste, así como ligadura del trayecto fistuloso dirigido hacia la articulación de la rodilla, consiguiendo la expansión completa de la arteria poplítea. En el control arteriográfico intraoperatorio no se evidencia defectos de repleción. La degeneración quística adventicial es una entidad poco frecuente, típica de varones jóvenes sin riesgo vascular que refiere clínica isquémica, aunque puede presentarse en rangos superiores de edad, como ocurre en nuestro caso. Por ello, es imperativo un diagnóstico y tratamiento precoz con el fin de evitar la progresión de la enfermedad hacia la oclusión arterial. De acuerdo con la literatura revisada, recomendamos la evacuación de la lesión quística y ligadura del trayecto fistuloso en el caso de identificarla, asociando reconstrucción arterial en el caso de que fuera necesario con el fin de evitar recidivas a largo plazo.

27. Ref. P4**ROTURA DE ANEURISMA DE ARTERIA MESENTÉRICA INFERIOR CON OCLUSIÓN DE TRONCO CELÍACO Y ARTERIA MESENTÉRICA INFERIOR**

Pérez Vallecillos, P., Conde Muíño, R., Palma Carazo, P., Maldonado Fernández, N., García Róspide, V.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Objetivos. Los aneurismas de arteria mesentérica inferior (AMI) están entre los más raros de los aneurismas viscerales. Presentamos un caso que se asoció a ruptura espontánea y hematoma retroperitoneal. **Material.** Presentamos un paciente con hemorragia retroperitoneal aguda debida a ruptura de un aneurisma de AMI, con oclusión crónica del tronco celíaco y de la arteria mesentérica superior (AMS). Se ha descrito en la literatura la posibilidad de que esta patología se deba al incremento del flujo para compensar la oclusión de los otros troncos mesentéricos. **Metodología.** Un paciente de 55 años, fumador, hipertenso, colecistectomizado, apendicectomizado, intervenido por peritonitis, acude a urgencias por dolor abdominal súbito y *shock* hipovolémico. La TAC mostró un gran hematoma retroperitoneal con un aneurisma de arteria mesentérica inferior a unos 2 cm de su origen, con oclusión de tronco celíaco y AMS. Se realizó una intervención urgente, con ligadura y resección del saco aneurismático roto, reconstruido con anastomosis terminoterminal de la AMI. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, tolerando dieta al 4.º día y alta a los 10 días. **Resultados y conclusiones.** En la literatura sólo se recogen 10 casos de aneurisma de AMI asociado a patología oclusiva de tronco celíaco y AMS. No hemos encontrado otro caso de ruptura de uno de estos aneurismas.

28. Ref. P5**ANEURISMAS DE LA VENA YUGULAR INTERNA**

Pierdant Lozano, R., León Takahashi, A.M., Tapia Vega, M.A., Ranero Juárez, G.A.
Hospital General Doctor Manuel Gea González. México DF.

Objetivos. La mayor parte de los aneurismas se presentan en el sistema arterial y con menor frecuencia en el sistema venoso con predilección en la población pediátrica. El aneurisma venoso verdadero del cuello es una patología rara, subdiagnosticada, que tiene predilección por la yugular interna derecha. Los diferentes reportes indican que esta patología no se observa en adultos, por lo que estos casos son de los primeros en ser comunicados. **Material.** Se presentan dos casos de aneurisma de la vena yugular interna, en un paciente femenino de 45 años de edad y otra paciente de 41 años, las cuales consultan por aumento de

volumen en región cervical derecha (zona II) acompañado de dolor de tipo punzante en dicha región. Se realizaron diferentes estudios de gabinete (ultrasonido, tomografía computarizada de cuello) para confirmar el diagnóstico. **Metodología.** Se realizan intervenciones quirúrgicas realizando clipaje de aneurisma de vena yugular interna con colocación de banda externa de politetrafluoroetileno. **Resultados y conclusiones.** Ambos pacientes evolucionaron favorablemente y se les dio el alta con anticoagulación a los 3 días del procedimiento quirúrgico. Existen varios autores que apoyan el manejo conservador argumentando que los aneurismas de la vena yugular interna no afectan la vida y tienen mínima repercusión estética. Sin embargo pensamos que en el adulto el tratamiento de elección es quirúrgico, siendo sus principales indicaciones: sintomatología acentuada, aspecto estético, crecimiento acelerado del aneurisma, prevención de trombosis, flebitis o ruptura.

29. Ref. P7**INFECCIÓN TARDÍA DE PRÓTESIS VASCULAR EN UN TRASPLANTADO RENAL SOBRE BYPASS ILIOFEMORAL**

Carmona Berriguete, S., Martín Álvarez, A., López Quero, D., Migodzenski, A., Morán de la Torre, O., Collado Bueno, G.
Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz.

Objetivos. Complicaciones vasculares aparecen hasta en el 15% de los trasplantes renales, precisando en muchos casos reconstrucciones complejas. Presentamos un caso de infección tardía de prótesis vascular en paciente trasplantado. **Material.** Varón de 50 años que se somete a trasplante renal heterotópico en fosa ilíaca izquierda. En postoperatorio inmediato se produce disección de arteria ilíaca donante con injerto a riesgo, precisando de *bypass* protésico (PTFE) iliofemoral y reimplantación del riñón sobre el *bypass*. Dos años después desarrolla un cuadro de dolor e impotencia funcional del miembro inferior izquierdo asociado a fiebre y a lesiones purpúricas en la extremidad. En estudios complementarios, hemocultivos y cultivo de biopsia de lesiones positivos a *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina y hallazgo en TAC abdominopélvica de colección periprotésica. **Metodología.** Ante diagnóstico de infección de prótesis vascular con sepsis sistémica, se procedió a retirada de la prótesis infectada, trasplantectomía y revascularización mediante *bypass* axilofemoral, continuando con antibioterapia específica durante un mes postoperatorio. **Resultados y conclusiones.** El postoperatorio inmediato se desarrolló satisfactoriamente, con desaparición del síndrome febril y resolución progresiva de las lesiones purpúricas. A los 6 meses del seguimiento, el paciente permanecía asintomático, sin ningún dato de infección y con *bypass* axilofemoral permeable. En con-

clusión, el gran número de trasplantes renales que se realizan anualmente en España obligan a saber reconocer y tratar las posibles complicaciones vasculares que pueden desarrollar estos pacientes, a veces muy complejas. El empleo de materiales protésicos debería evitarse todo lo posible, dado el probable aumento del riesgo de complicaciones infecciosas al tratarse de pacientes inmunodeprimidos.

30. Ref. P8

TRAUMATISMO FEMORAL Y EXÉRESIS DE MATERIAL DURANTE UNA CORONARIOGRAFÍA DIAGNÓSTICA

Azcona Fabón, J., Rodríguez Morata, A., Reyes Ortega, J.P., Lara Villoslada, M.J., Gallegos Vidal, M., Gómez Medialdea, R.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Objetivos. El interés por el aumento de la incidencia de traumatismos vasculares poscateterismo coronario, en el crecimiento actual de las técnicas percutáneas Seldinger. **Material.** Mujer de 58 años, con antecedentes de obesidad, dislipemia, HTA, fiebre reumática, estenosis y regurgitación aórtica con doble lesión mitral valvular moderada. CF III. FEVI conservada. Tratamiento: AAS, IECA y estatinas. Durante estudio programado de coronariografía (enfermedad ostial del 66% en coronaria derecha) previo a recambio valvular, sucede fractura de la vaina del introductor 7 Fr, sin visualizarse en piel, junto con la guía introducida de forma percutánea femoral derecha. La paciente presenta pulsos positivos en el miembro inferior derecho, sin signos de isquemia aguda, derivándose a nuestro centro. **Metodología.** Revisión quirúrgica con anestesia local y sedación. Profilaxis: cefazolina 2 g. Heparinización sistémica 5.000 UI. Se realiza control radiológico para extracción de guía y paso de catéter Fogarty n.º 3 hasta ilíaca externa derecha, a través de la vaina fracturada y exéresis de la misma. Sutura directa de 2 puntos sangrantes en femoral común y superficial de punción previa. Trombectomía local femoral y parche de Fluoropassiv (Cardiva). **Resultados y conclusiones.** Postoperatorio con febrícula a causa de leve cistitis local por el sondaje vesical con resolución espontánea. Tras comprobar la herida correcta y la presencia de pulsos, se procede al alta de la paciente. En revisión a los 2 meses se encuentra perfecta permeabilidad arterial. Los procedimientos percutáneos en unidades de hemodinámica no están exentos de complicaciones vasculares, como los conocidos pseudoaneurismas femorales, ni de otras, más infrecuentes, como la aquí presentada.

31. Ref. P9

PSEUDOANEURISMA INFECCIOSO DE ARTERIA POPLÍTEA TRAS SEPSIS POR NEUMONÍA EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE MARFAN

Artigues Sánchez de Rojas, I., Lorenzo Liñán, M.A., Redondo Cano, C., Todolí Faubell, J., Flores López, D., Barbas, M.J.
Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivos. Describimos un caso de un paciente con síndrome de Marfan intervenido por sus complicaciones cardiovascular mediante sustitución de aorta descendente. que presenta una neumonía por *Acinetobacter* con sepsis y, como consecuencia, desarrolla un pseudoaneurisma infeccioso en arteria poplítea. **Material.** Varón de 29 años con síndrome de Marfan, intervenido por aneurisma de aorta descendente mediante sustitución por prótesis de dacron. En el postoperatorio presenta neumonía y sepsis por *Acinetobacter baumannii*, recibiendo tratamiento con imipenem. Tres meses después vuelve a ingresar por fiebre con hemocultivos positivos a *A. baumannii* sin evidencia de foco. Diez días después presenta dolor y aparición de petequias en pierna derecha. Un angio-TAC informa de la presencia de un hematoma de 12 x 5 cm que comprime la arteria poplítea distal. **Metodología.** En la intervención se encuentra un pseudoaneurisma en la tercera porción poplítea realizando ligadura de la arteria poplítea e injerto de vena safena a tronco tibioperoneo. El cultivo del hematoma fue positivo para *A. baumannii*. Se añade amikacina al imipenem y se mantiene el tratamiento antibiótico durante 6 semanas. Al año el paciente permanece asintomático. **Resultados y conclusiones.** En nuestro paciente, la neumonía fue el foco inicial de la sepsis. La presencia de una prótesis aórtica puede haber mantenido la infección durante tanto tiempo. Además, los microorganismos suelen tener predilección por arterias aneurismáticas o con arteriosclerosis, por lo que es probable que suceda lo mismo en pacientes con otras enfermedades arteriales. El diagnóstico de una sepsis de cualquier foco en presencia de una prótesis debe ponernos alerta aun sin evidencia de que ésta esté infectada.

32. Ref. P12

HERIDA POR ARMA DE FUEGO EN UN NIÑO CON PROYECTIL INTRACARDIACO, TRAS EMBOLIA CON PUERTA DE ENTRADA EN VENA FEMORAL

Pérez-Piqueras Gómez, A., Sainz González, F., Guijarro Escribano, F., Alguacil Rodríguez, R., Peraza Casajús, J.
Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid.

Objetivos. Exponer la aptitud de un cirujano vascular ante un traumatismo vascular grave con resultado de proyectil

intracardiaco en un niño. *Material.* Paciente de 11 años que acude al hospital tras herida por arma de fuego (escopeta de cartuchos) en cadera derecha y *shock* hemodinámico. La exploración física mostraba tensión arterial de 60/30 mmHg, palidez, herida anfractuosa en cadera derecha, aumento de diámetro con signos de sufrimiento cutáneo en muslo derecho, pulsos presentes y simétricos y tórax y abdomen anodinos. Se realizaron: analítica, radiografía de tórax, abdomen y cadera, ECG, TAC toracoabdominal, ecocardiografía y aortoarteriografía. *Metodología.* Las pruebas mostraron imágenes sugestivas de proyectil en ventrículo derecho, proyectil infradiaphragmático, hematoma subcapsular hepático, fractura de cadera derecha y ausencia de sangrado arterial y de comunicaciones intercavitarias cardíacas. Se procedió a exploración, limpieza y estabilización de la fractura abierta. A la exploración del muslo derecho se objetivó gran hematoma y 5 orificios en venas femoral común y superficial derechas, que se repararon con sutura directa. Se realizó fasciotomía y cierre parcial de la herida. Se realizó también laparotomía exploratoria que no objetivó puntos de sangrado ni lesión de vísceras. *Resultados y conclusiones.* El paciente permaneció estable, con buena evolución postoperatoria y no mostró signos de arritmia, endocarditis o embolia pulmonar, por lo que se decidió la no extracción del proyectil. El cirujano vascular, ante una herida por arma de fuego, debe encaminar la exploración física y la solicitud de pruebas diagnósticas a la búsqueda de lesiones hemorrágicas o embolicas, arteriales o venosas en todos los posibles territorios vasculares afectados.

33. Ref. P14

PSEUDOANEURISMA AXILAR POR TORNILLO DE PLACA DE OSTEOSÍNTESIS EN LA CLAVÍCULA: CAUSA INUSUAL DE ISQUEMIA TARDÍA DE BRAZO

Merino Pérez, J., Rodríguez Bustabad, M., Ysa Figueras, A.Y., Arrubarrena Oyarbide, A., Quintana Rivera, A., Pérez García, E. *Hospital de Cruces. Baracaldo, Vizcaya.*

Objetivos. Presentar el caso de una isquemia tardía de brazo por embolización desde un pseudoaneurisma de arteria axilar producido por un tornillo de fijación de placa de osteosíntesis, un año después de una fractura de clavícula. *Material.* Paciente de 34 años que sufre fractura de clavícula derecha tratada con vendaje en 8. Por ausencia de consolidación se realiza fijación con placa y tornillos. Un año después debuta con isquemia crítica de brazo. En el estudio arteriográfico se demostró la existencia de un pseudoaneurisma en arteria axilar por lesión yatrógena del tornillo de fijación. Así mismo se objetiva oclusión, por embolización, de arteria humeral en flexura de codo. *Me-*

todología. Se decidió tratamiento híbrido mediante *stent* recubierto en arteria axilar, interposición de injerto humero-humeral con vena y retirada de placa y tornillos. *Resultados y conclusiones.* A los seis meses el paciente se encuentra asintomático, el pseudoaneurisma excluido y las técnicas permeables. Se trata de una causa extremadamente inusual de isquemia tratada de forma global e interdisciplinar, eliminando el origen de la lesión, reparando la arteria con un procedimiento endovascular que reduce la morbimortalidad de la cirugía abierta del desfiladero torácico y revascularizando la extremidad.

34. Ref. P15

SARCOMA INTIMAL AÓRTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Brillas Bastida, A., Rodríguez Cabeza, P., Esteban Gracia, C., Naranjo Hans, D., Ojanguren Saban, I., Callejas Pérez, J.M. *Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona.*

Objetivos. Presentar un caso de angiosarcoma de troncos supraaórticos en una paciente de 46 años. *Material.* Mujer de 46 años exfumadora, hipertensa, con TEP hacía 12 años que acude por presentación aguda de lumbalgia derecha más isquemia de ESD. *Metodología.* La TAC muestra gran hematoma retroperitoneal de origen en suprarrenal derecha, líquido en suelo pélvico. La angiografía muestra estenosis en el origen del tronco innominado, *ostium* carótida primitiva izquierda, irregularidad de la pared de subclavia izquierda, con trombo flotante en tronco innominado. Embolo en porción distal de axilar derecha; efecto masa sobre riñón derecho. La RM muestra masa suprarrenal bilateral sugestiva de feocromocitoma frente a neurofibromatosis y frente a Takayasu. Se practica embolización suprarrenal derecha e inicio de estudio de autoinmunidad y trombofilia. Ante el riesgo de tromboembolismos en troncos supraaórticos se decide a las 24 horas *stenting* del *ostium* de la carótida primitiva izquierda, ligadura de carótida común derecha y *bypass* subclaviocarotídeo derecho más *stenting* en origen de tronco braquiocefálico, embolectomía transhumeral derecha, con buen resultado final. *Resultados y conclusiones.* La AP del trombo axilar concluyó sarcoma indiferenciado de origen indeterminado. La paciente es *exitus* a los 9 días tras infarto transmural anterolateral. La autopsia concluye sarcoma intimal indiferenciado de raíz aórtica, *ostium* de troncos supraaórticos, válvula aórtica, origen de coronaria derecha y tronco común, con afectación de suprarrenales y ESD, siendo la infiltración del tronco común la causa del infarto. Se trata de un raro tumor de muy mal pronóstico cuyo tratamiento recomendable es la resección radical de arteria afectada más radioterapia.

35. Ref. P16

RESOLUCIÓN ENDOVASCULAR DE UN TRAUMATISMO SOBRE LA ARTERIA SUBCLAVIA IZQUIERDA

García López, M., Torre Eiriz, J., Rico Ballester, M.J., Pérez López, R., Gallardo Pedrajas, F., Cachaldora, J.A., Segura, R.J. *Complejo Hospitalario Universitario. A Coruña.*

Objetivos. Demostrar la posible reparación según técnica endovascular atípica de una rotura postraumática de arteria subclavia izquierda. **Material.** Varón de 72 años, que tras luxación glenohumeral izquierda y fractura de escápula y troquíter izquierdos presenta cuadro de isquemia arterial aguda izquierda. **Metodología.** Dada la sospecha clínica tras la exploración física, se realiza TAC y arteriografía que demuestran rotura de la arteria subclavia izquierda y se resuelve colocando un *stent* Wallgraft mediante doble acceso humeral y femoral, con posterior tromboembolización humeral. **Resultados y conclusiones.** El paciente en el postoperatorio inmediato recupera pulsos distales con buena perfusión de la extremidad. La arteriografía de control demuestra permeabilidad de la luz del vaso sin evidenciar de complicación. En conclusión, el tratamiento endovascular es un procedimiento con menos morbilidad frente a la cirugía convencional que supone la mejor opción terapéutica en pacientes con elevado riesgo quirúrgico.

36. Ref. P17

PSEUDOANEURISMA CUBITAL PALMAR EN UN PACIENTE CON ATRESIA DE ARTERIA RADIAL: REPARACIÓN MICROQUIRÚRGICA

Abril Arjona, Y., Aldecoa Llauredó, X., Pañella Agustí, F., Forteza González, G., Fariñas Alija, P., Martín Paredero, V. *Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.*

Objetivos. Los pseudoaneurismas de mano son poco frecuentes y suelen originarse por traumatismos penetrantes que provocan una ruptura intimal con hematoma mural, su escisión debe realizarse para evitar complicaciones como embolizaciones múltiples o trombosis. La arteria cubital es la más afectada por su vulnerabilidad anatómica en el canal de Guyon. **Material.** Varón de 41 años sin antecedentes médicos de interés, hace tres años sufre traumatismo en mano derecha que describe como un 'golpe brusco' con aparición de hematoma. En el momento agudo no refiere asistencia médica. A los dos años se remite para valoración de masa hipotenar pulsátil y dolor mantenido que se acompaña de hipoestesia e intolerancia al frío de los dedos índice y medio. A la exploración física presenta buena perfusión, pulsos distales y bultoma pulsátil en eminencia hipotenar. **Metodología.** Los estudio por eco-Doppler y angiotomogra-

fía informan de alteración anatómica con atresia de la rama palmar de la arteria radial y presencia de dilatación sugestiva de pseudoaneurisma en arterial cubital (11 × 8,4 mm). La angiografía confirma la dependencia íntegra del arco palmar por la arteria cubital. Se realiza de forma electiva la resección del pseudoaneurisma mediante técnica microquirúrgica bajo microscopía óptica con anastomosis terminoterminal de arteria cubital. **Resultados y conclusiones.** A pesar de su baja incidencia y a la controversia terapéutica existente, los aneurismas de la arcada palmar deben ser tratados con escisión y ligadura o asociándoles la revascularización terminoterminal o mediante interposición de injerto. En nuestro caso, debido a la atresia de arteria radial, se optó por un tratamiento revascularizador con buenos resultados.

37. Ref. P18

ANEURISMA GIGANTE DE ARTERIA POPLÍTEA EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE BEHÇET. A PROPÓSITO DE UN CASO

Montes Muñoz, A., Doiz Artazcoz, E., Martín Canuelo, J.J., Alcalde López, J., Rodríguez Pinero, M., Bohórquez Sierra, C. *Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.*

Objetivos. La enfermedad de Behçet es una entidad autoinmune que afecta a los capilares y se caracteriza por la tríada: aftas genitales, aftas bucales y uveítis. Las manifestaciones vasculares ocurren entre el 10 y el 50% de los casos, según las distintas series. En su inmensa mayoría son patologías venosas, siendo la más frecuente la trombosis venosa superficial. Su manifestación arterial más frecuente son los episodios trombóticos. **Material.** Varón de 38 años que consulta por masa hiperpulsátil en hueso poplíteo izquierdo junto con palidez y parestesias distales. Como antecedente sólo refería enfermedad de Behçet en tratamiento con colchicina y corticoides. A la exploración destacaba la ausencia de pulsos distales en dicho miembro junto con una masa visible y palpable en el hueso poplíteo. Se realiza ecografía Doppler donde se observa un aneurisma sacular de arteria poplíteo izquierda de 6,2 cm de diámetro, con compresión de estructuras vecinas y trombosis venosa profunda poplíteo. El enfermo fue sometido a cirugía con resección del aneurisma e interposición de un injerto de vena contralateral. Tras ello, recupera pulsos distales y se da de alta con anticoagulantes orales. Tres meses después de la cirugía continúa con pulsos distales. **Resultados y conclusiones.** Las manifestaciones vasculares más frecuentes de la enfermedad de Behçet son la trombosis venosa superficial y la trombosis arterial. Son poco frecuentes en las extremidades, existiendo pocos casos publicados. Si aparece clínica arterial, el tratamiento debe ser similar al de pacientes sin dicha enfermedad de base.

38. Ref. P19**ANEURISMA DE ARTERIA HUMERAL PROXIMAL A ACCESO VASCULAR PARA HEMODIÁLISIS LIGADO**

Montes Muñoz, A., Doiz Artazcoz, E., Arribas Aguilar, F.N., Conejero Gómez, R., Rodríguez Piñero, M., Bohórquez Sierra, C.
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Objetivos. Los aneurismas arteriales proximales a un acceso vascular para hemodiálisis son una complicación excepcional, con pocos casos publicados. Su etiología no está del todo aclarada. **Material.** Presentamos dos enfermos que acuden a nuestra consulta por desarrollo progresivo de masa hiperpulsátil en el miembro superior, proximal a donde presentaron una fístula arteriovenosa para hemodiálisis no funcionante. El acceso vascular había sido usado durante más de un año para hemodiálisis y se había ligado varios años antes del desarrollo de la clínica, tras trasplante renal. En ambos casos se encontró un aneurisma verdadero de arteria humeral, siendo sometidos a resección quirúrgica con interposición de vena. La evolución fue favorable, siendo dados de alta con antiagregación y presentando pulsos distales tanto al alta como en la revisión al año. **Resultados y conclusiones.** La patología aneurismática arterial proximal a un acceso vascular para hemodiálisis es excepcional, existiendo menos de 10 casos publicados. Los factores implicados pueden ser: el aumento de flujo local, factores humorales, el aumento de la presión arterial al ligar el acceso y el tratamiento inmunosupresor. El tratamiento debe ser similar al de otros aneurismas periféricos, siendo de elección la resección quirúrgica con interposición de vena.

39. Ref. P20**ISQUEMIA Y BYPASS EN RIESGO: COMPLICACIONES Y SOLUCIONES ENDOVASCULARES**

Ballesteros Pomar, M., Fernández Morán, C., Ortega Martín, J.M., Martínez Mira, C., Peña Cortés, R., Vaquero Morillo, F.
Hospital de León.

Objetivos. La aparición de un *bypass* en riesgo (*failing graft*) en un paciente con enfermedad aterosclerótica multiseccional avanzada constituye un hallazgo habitual para el que no se ha establecido el procedimiento de reparación ideal. **Material.** Varón de 54 años. Antecedentes personales: exfumador, HTA, dislipemia, artritis reumatoide. *Bypass* femoropoplíteo derecho hace un año (IC GIV por oclusión femoropoplíteo derecha). Presenta lesiones tróficas en la cabeza del primer metatarsiano del pie izquierdo. Exploración vascular: miembro inferior derecho: pulso femoral +, poplíteo +, distales – (*bypass* funcionante); miembro infe-

rior izquierdo: ausencia de pulsos. ITB: derecho, 0,90; izquierdo, 0,39. Aortoarteriografía: oclusión iliofemoral y femoropoplíteo izquierdas. Estenosis iliofemoral derecha y en anastomosis distal de *bypass* femoropoplíteo derecho. Estenosis en tronco tibioperoneo. **Metodología.** Intervención quirúrgica: *bypass* aortobifemoral en profundoplastia bilateral, ATP (4 × 40) de estenosis de anastomosis distal de *bypass* femoropoplíteo derecho, *bypass* femoropoplíteo izquierdo, reimplante de *bypass* femoropoplíteo derecho a rama de *bypass* aortobifemoral. Al desclampar se observa trombosis popliteodistal derecha (control angiográfico). De forma endovascular, a través de una guía de 0,035 se pasa Fogarty 3F Thru lumen, realizándose fibrinólisis, ATP de tronco tibioperoneo (balón 4 × 40) y trombectomía de seguridad. Debido a la posible imagen de disección en la anastomosis poplíteo previamente angioplastiada se coloca *stent* autoexpandible (6 × 40). Alta con ITB: miembro inferior derecho, 1,22; miembro inferior izquierdo, 1,24. **Resultados y conclusiones.** La opción endovascular como tratamiento del *bypass* en riesgo (*failing graft*) puede producir complicaciones imprevistas, que pueden ser solucionadas, igualmente, mediante técnicas endovasculares.

40. Ref. P21**CIRUGÍA HÍBRIDA EN UN PACIENTE PORTADOR DE ANEURISMAS FEMORALES Y ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL**

Ballesteros Pomar, M., Ortega Martín, J.M., Fernández Morán, C., Zarco Castillo, J., Del Barrio Fernández, M., Vaquero Morillo, F.
Hospital de León.

Objetivos. Los aneurismas femorales arterioscleróticos se asocian en más del 50% de los casos a un aneurisma aórtico abdominal (AAA). **Material.** Varón de 76 años, con antecedentes de HTA, insuficiencia cardíaca, EPOC grave. Consulta por latido en tumoración inguinal derecha. Exploración física: masa pulsátil inguinal derecha, ausencia de pulsos poplíteo y distales. Extremidad inferior izquierda: pulso femoral muy amplio, resto ausentes. A nivel abdominal se palpa latido aórtico expansivo. Eco-Doppler: aneurisma bilateral de arteria femoral común (derecho: 3,2 cm, izquierdo: 2 cm; AAA: 4 cm). Obstrucción de arteria femoral superficial (AFS) derecha con recanalización en primera porción poplíteo. Angio-TAC abdominopélvica: AAA de 5 cm, arterias ilíacas primitivas aneurismáticas (derecha: 2,2 cm) **Metodología.** Intervención quirúrgica: se realiza una cirugía híbrida, consistente en exclusión endovascular del AAA y reparación quirúrgica de los aneurismas femorales. Colocación de endoprótesis aorto-iliaca tipo Talent®, vía femoral izquierda, con solapamiento de extensión ilíaca (oclusor en ilíaca primitiva derecha). Se repara aneurisma femoral izquierdo, interpo-

niéndose injerto en terminoterminal a arteria femoral profunda (AFP), y reimplantándose AFS en AFP. Resección de aneurisma femoral común derecho y ligadura de iliaca externa distal. Se realiza *bypass* cruzado femorofemoral izquierda-derecha desde injerto femoral izquierdo a AFP derecha en terminoterminal, ligándose la AFS derecha. Control arteriográfico intraoperatorio: exclusión de AAA sin endofugas, buen funcionamiento de la reparación efectuada. *Resultados y conclusiones.* La asociación de aneurismas femorales a un AAA aconseja la reparación conjunta. La morbilidad de esta cirugía combinada proviene fundamentalmente de la cirugía del AAA, realizada aquí mediante EVAR, dado el alto riesgo quirúrgico.

41. Ref. P23

ESTIMULACIÓN ESPINAL COMO TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE BUERGER: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

Fabregat Cid, G., Todoli Faubell, J., Villanueva Pérez, V.L., Asensio Samper, J.M., López Alarcón, D., De Andrés, J.A.
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivos. Presentamos 3 varones menores de 40 años, en fase aguda, diagnosticados como enfermedad de Buerger o TAO. Dejar el hábito tabáquico constituye una pieza clave del tratamiento. Múltiples estrategias terapéuticas se han empleado con resultado dispar. *Material.* Los pacientes estaban en estadios III/IV de Fontaine y cumplían los criterios de Olín, presentando arteriografías y negatividad de marcadores de enfermedades autoinmunes. Tratados con fármacos de tercer escalón + AINE durante el ingreso, con mal control (mejoría < 25%) en uno y aceptable control en los demás, con mejoría del 50%. En todos se inició terapia con fármacos antiagregantes y hemorreológicos. Se les implantó un sistema de estimulación medular (SCS) con la intención no sólo de aliviar el dolor, sino de mejorar la microcirculación y evitar amputaciones. *Metodología.* Se midió la presión transcutánea de oxígeno (monitor TCM 400 Radiometer) en tres momentos: previo implante del SCS, al mes y a los seis meses del implante. Con estos datos se obtuvo el cociente RPI (*regional perfusion index*) al dividir el valor de TcPO₂ obtenido en el miembro más afecto entre el valor de TcPO₂ en la zona control; dicha medición se tomó en los tres momentos descritos. *Resultados y conclusiones.* Se objetivó mejoría de TcPO₂ de la microcirculación medida transcutáneamente, que se mantuvo elevada a los 6 meses postimplante. Un caso requirió una reamputación, siendo el único que no abandonó el tabaco. En el resto, la mejoría en su microcirculación, junto al cese del consumo de tabaco, redujo notablemente las amputaciones. La SCS debe considerarse una opción tera-

péutica tanto por mejorar la analgesia como por reducir las amputaciones.

42. Ref. P25

BYPASS AORTOCAROTÍDEO CON REIMPLANTACIÓN DE SUBCLAVIA EN UNA MUJER DE MEDIANA EDAD

Sainz González, F., Pérez-Piqueras Gómez, A., Alguacil Rodríguez, R., Guijarro Escribano, F., Pillado Rodríguez, E.

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid.

Objetivos. Presentamos un caso de arteriopatía generalizada en mujer de 51 años de edad. Caso poco frecuente por tratarse del sexo femenino, presentación precoz y amplia afectación del árbol arterial. Así mismo se presenta el tratamiento quirúrgico y el diagnóstico diferencial del cuadro. *Material.* Se presenta el caso de una mujer con claudicación de miembros superiores e inferiores e ictus hemisférico. *Metodología.* Se hace una revisión retrospectiva del caso. Se hace un análisis de los factores concurrentes, estudio de las pruebas de laboratorio vascular, técnicas de imagen, y el tratamiento quirúrgico de la patología de troncos supraaórticos, con estenosis grave de la carótida primitiva derecha y oclusión de la subclavia derecha, y clínica de claudicación en dicha extremidad. *Resultados y conclusiones.* La presentación de este caso de afectación vascular arterial generalizada nos hace realizar un diagnóstico diferencial con la enfermedad de Takayasu y con la enfermedad de Buerger. Se expone el diagnóstico anatómopatológico de la afectación arterial. Tanto el estudio patológico como los criterios mayores y menores de ambas enfermedades nos permite concluir que no se encuentra encuadrada dentro de ninguna de ellas. El tratamiento quirúrgico realizado de la afectación de la carótida primitiva y subclavia derecha, con *bypass* aortocarotídeo desde la aorta ascendente a la carótida primitiva derecha, con reimplantación de subclavia derecha, aunque no es una técnica habitual, constituye una técnica para los pacientes con esta patología, con una buena recuperación y permeabilidad del injerto a largo plazo.

43. Ref. P26

ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ASOCIADO A FIEBRE Q. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y SEGUIMIENTO A TRES AÑOS

Sainz González, F.

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid.

Objetivos. En casos de fiebre de origen desconocido debe pensarse en infecciones de aneurisma y prótesis vascular-

res. **Material.** Se presenta un varón de 65 años de edad, con aneurisma de aorta abdominal de rápido crecimiento, que debuta con un cuadro de fiebre de origen desconocido. **Metodología.** Revisión retrospectiva de un caso de aneurisma de aorta abdominal, asociado a fiebre Q, y su seguimiento en un periodo de tres años después de la resección del aneurisma y la interposición de injerto y el tratamiento antibiótico correspondiente. **Resultados y conclusiones.** Un aneurisma infectado puede proceder de la infección de la pared de la aorta sana o bien de la colonización de un aneurisma previo. La formación de un aneurisma por infección es rara; antes de la era antibiótica, los luéticos eran los más frecuentes; en la actualidad son los más frecuentes en las infecciones producidas por *Salmonella* y por *Staphylococcus aureus*, hay pocos casos en la literatura asociados por fiebre Q. En los casos de fiebre de origen desconocido asociados a patología vascular se debe solicitar, además de la batería rutinaria de pruebas del protocolo, la serología de *Coxiella burnetii*. El tratamiento del aneurisma será quirúrgico, además del antibiótico, con la resección del aneurisma con el material trombótico que sea posible. Es aconsejable la utilización de injertos impregnados en plata, que han demostrado ser más resistentes a la infección. En el seguimiento a tres años, se ha evidenciado la indemnidad del injerto, sin la aparición de falsos aneurismas anastomóticos, siguiendo el paciente con tratamiento antibiótico.

44. Ref. P28

ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA EN MIEMBROS SUPERIORES POR TÓXICOS

Vila Atienza, M., Cervera Bravo, T., Ballesteros Ortega, D., Río Gómez, J., Ribé Bernal, L., Ruiz Chiriboga, D.F.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Presentar un caso atípico de isquemia aguda grave de miembros superiores secundario al consumo de cocaína. **Material.** Mujer de 53 años, exadicta a drogas por vía parenteral, con cuadro de isquemia aguda en ambos miembros superiores de evolución catastrófica. A la exploración física presenta pulso humeral bilateral. Estudio toxicológico: positivo para cocaína. Pese al tratamiento vasodilatador intravenoso se agrava la isquemia, desaparecen los pulsos humerales y se instaura una gangrena irreversible de la extremidad superior izquierda. Se inicia tratamiento fibrinolítico y vasodilatador intraarterial en arteria subclavia derecha, sin respuesta inicial. **Metodología.** Presentación de un caso clínico y revisión de la bibliografía relacionada. **Resultados y conclusiones.** El mecanismo fisiopatológico fundamental en la isquemia de miembros superiores asociada al consumo de cocaína es el vasoespasmo grave, lo que condiciona un comportamiento

clínico inicial muy agresivo, con una evolución variable. Se recomienda tratamiento mediante vasodilatadores, fibrinolíticos y anticoagulación, sin que en el caso presentado quede clara su relación con la mejoría clínica.

45. Ref. P30

TROMBECTOMÍA DE CARÓTIDA INTERNA TRAS ICTUS ISQUÉMICO EN UN POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA CAROTÍDEA

Merino Díaz, B., González Fajardo, J.A., Carpintero Mediavilla, L., Salvador Calvo, R., Revilla Calavia, A., Vaquero Puerta, C.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos. El ictus isquémico postoperatorio en las primeras horas tras la cirugía de carótida es una rara complicación que puede darse en un 1-2% de los casos. Su diagnóstico y tratamiento precoz es fundamental en su manejo. **Material.** Se presenta el caso de una mujer de 77 años, hipertensa, que tras ser sometida a cirugía por estenosis sintomática de carótida interna izquierda desarrolla, en la primera hora tras la cirugía, hemiplejía derecha. **Metodología.** Tras realización de eco-Doppler transcraneal se diagnostica de ictus isquémico agudo siendo intervenida quirúrgicamente de forma urgente mediante trombectomía carotídea con reflujo sanguíneo. Durante su evolución, la paciente recuperó la movilidad de las extremidades derechas. **Resultados y conclusiones.** La rapidez en el diagnóstico e identificación del cuadro clínico (eco-Doppler transcraneal), así como una actitud terapéutica precoz y enérgica, condiciona la recuperación *ad integrum* del cuadro neurológico.

46. Ref. P31

RESULTADOS DE LA SIMPATECTOMÍA LUMBAR: NUESTRA EXPERIENCIA CLÍNICA EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS

Merino Díaz, B., Carpintero Mediavilla, L., De Marino Gómez-Sandoval, P., Brizuela Sanz, J.A., Vaquero Puerta, C.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos. La simpatectomía lumbar, en auge en los inicios de la cirugía vascular, ha sido prácticamente abandonada en los últimos años. Revisamos nuestra experiencia en este procedimiento durante los últimos cinco años y su eficacia terapéutica. **Material.** Entre 2004 y 2008 se realizaron 21 procedimientos, 15 en varones y 6 en mujeres, con edad media de 61,95 (rango: 32-80 años) e índices de Yao > 0,33. **Metodología.** Variables registradas: duración de la clínica previa a la intervención, existencia de tratamiento médico previo, índices de Yao y claudicación pre y posquirúrgica, datos arteriográficos y necesidad de intervención posterior.

Se desestimaron ocho casos a los que se aplicó cirugía previa de revascularización, con el fin de evitar sesgos, registrando las variables a estudio y resultados en los 13 procedimientos restantes. *Resultados y conclusiones.* Cuatro procedimientos (30,8%) fracasaron, precisando amputación. Arteriográficamente, presentaron trombosis de tercera poplíteica sin salida a troncos distales o uno solo. Los nueve casos restantes (69,2%), con edad media de 54,3 años (rango: 32-77 años), no precisaron intervención posterior, mejorando la claudicación invalidante, el dolor de reposo y las lesiones tróficas previas en todos ellos. El índice de Yao apenas se modificó. La duración de la clínica previa a la intervención fue de 1-3 meses en 3 casos (33,33%), de un año en 5 (55,56%) y superior al año en 1 caso (11,11%). En conclusión, la simpatectomía lumbar, procedimiento complementario del arsenal terapéutico en cirugía vascular, puede ser útil en jóvenes sin procedimientos de revascularización previos, lecho vascular dilatado y presencia de lesiones tróficas autolimitadas.

47. Ref. P32

ANEURISMA VERDADERO DE ARTERIA DIGITAL CON FÍSTULA ARTERIOVENOSA

Salvador Calvo, R., González Fajardo, J.A., Brizuela Sanz, J.A., Mengíbar Fuentes, L., Carpintero Mediavilla, L., Vaquero Puerta, C.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos. Los aneurismas verdaderos de arteria digital son extremadamente raros. Suelen asociarse a traumatismo crónico (ocupacional o deportivo). Afectan más frecuentemente al primer dedo. La asociación de fístula arteriovenosa es muy infrecuente y suelen ser casos congénitos en arterias de mayor calibre. *Material.* Paciente de 48 años de edad que presentaba edema y congestión de tercer dedo de mano derecha asociado a masa pulsátil y dolorosa. Refería antecedente de traumatismo contuso accidental 6 meses antes sin solución de continuidad. A la exploración presentó masa pulsátil en base de tercer dedo de mano derecha con edema y congestión del mismo. La arteria digital radial era dominante (test de Allen). Mediante eco-Doppler y arteriografía se confirmó la presencia de un aneurisma de arteria digital cubital con fístula arteriovenosa. *Metodología.* Se efectuó su resección reglada con ligadura de los cabos proximal y distal del aneurisma. No precisó revascularización. La anatomía patológica postoperatoria demostró la naturaleza verdadera del aneurisma sin signos de trombo mural. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, no presentando parestesias, dolor u otro signo de isquemia. *Resultados y conclusiones.* Los aneurismas en la edad adulta suelen ser falsos y asociados a traumatismo. Se presenta el caso de un aneurisma verdadero, confirmado con estudio anatomopa-

tológico, en un paciente joven con fístula arteriovenosa asociada. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica. Aunque algunos autores recomiendan la posible revascularización digital, un test de Allen es suficiente para mostrar la compensación radiocubital digital. Un estudio arteriográfico es esencial para la correcta planificación quirúrgica.

48. Ref. P33

ACCIDENTE VASCULAR POR MINIEXCAVADORA

Azcona Fabón, J., Gallegos Vidal, M., Lara Villoslada, M.J., Rodríguez Morata, A., Reyes Ortega, J.P., Gómez Medialdea, R. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Objetivos. El interés por los accidentes vasculares laborales en nuestro entorno habitual agropecuario andaluz. *Material.* Varón de 34 años, alérgico al metamisol, tabaquismo activo y depresión en tratamiento. Accidente laboral con toro mecánico, presentando traumatismo craneal, hematomas faciales y palpebrales, fractura abierta en tobillo izquierdo y cerrada en derecho, con grave atricción de partes blandas y traumatismo vasculonervioso de ambos pies. TC craneocervical: hematoma frontal extracraneal, periorbitario y parietal derecho. *Metodología.* Anestesia general. Cefazolina 2 g. Arteriografía: desde sección TPD distal, arcada plantar permeable reinyectando en PD por retorno. Relleno TPI indemne y por sus ramas a PI con stop en garganta del pie y pobres lechos distales. Se procede a reparación AyC. Vascular/Trauma mediante doble injerto terminoterminal de vena safena interna derecha invertida en TPD y PI, ligadura de venas TPD y safena interna izquierda. Sutura de nervio tibial posterior derecho a periostio, aproximación de tendón de Aquiles y Friedrich local. Fijadores externos Hoffmann II y agujas Kirschner en maléolo interno derecho. Fijadores externos izquierdos y Friedrich en 2/3 circunferenciales. *Resultados y conclusiones.* En UCI 24 horas, en tratamiento con cefazolina, penicilina y gentamicina. A los 10 días, cultivo positivo a *Pseudomonas fluorescens/putida* y *Bacillus* sp. sensibles a gentamicina y ciprofloxacino. Pasadas tres semanas, se realizó con manguito de isquemia, osteosíntesis con placas de tobillo izquierdo y Friedrich local. Alta pasadas seis semanas, con heparina profiláctica y rehabilitación. Los accidentes laborales rondan el 20% de las causas de traumatismo vascular. Es fundamental el tiempo de isquemia desde el accidente, al igual que la mantenida durante las intervenciones de traumatología.

49. Ref. P37**DOBLE ANEURISMA FEMORAL CON AFECTACIÓN INDEPENDIENTE DE LA ARTERIA FEMORAL COMÚN Y PROFUNDA**

Oller Grau, M., Jiménez Olivera, M.A., Esteban Gracia, C., Surcel, P., Lerma Roig, R., Callejas Pérez, J.M.

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona.

Objetivos. Presentamos un caso de doble aneurisma con afectación simultánea pero independiente de las arterias femoral común y profunda izquierdas. **Material.** Varón de 65 años, fumador, HTA, diabetes mellitus tipo 2, AIT. Presenta masa pulsátil inguinal izquierda con conservación de pulsos distales. Sin antecedentes de traumatismo, cirugías previas, ni clínica de claudicación intermitente. **Metodología.** Ecografía: doble aneurisma, de 4 cm en femoral común y 3 cm en femoral profunda distal, sin continuidad entre ambos. Arteriografía: aneurisma fusiforme de toda la femoral común izquierda y de la rama profunda, distal al ostium de la circunfleja femoral. Tratamiento: resección del aneurisma femoral común más interposición de injerto PTFE 8 mm (injerto terminoterminal femoral común proximal a trifurcación preservando las dos femorales profundas), exclusión mediante ligadura proximal-distal del aneurisma femoral profundo. **Resultados y conclusiones.** Buen resultado postoperatorio. AP: pared arterial con arteriosclerosis junto con ulceración, calcificación y trombosis de placa. Los aneurismas aislados de la arteria femoral común son extremadamente infrecuentes, y aún más los de arteria femoral profunda. La afectación doble e independiente es excepcional. El tabaquismo es factor de riesgo común en todas las series revisadas, siendo la etiología arteriosclerótica la más frecuente. No es infrecuente la localización de otros aneurismas, por lo que su cribado es mandatorio. El elevado riesgo de rotura, embolización distal y trombosis aguda hace que el tratamiento de elección sea la resección del aneurisma y *bypass*. Frente a otros tratamientos, la opción propuesta ofrece el mejor resultado en el marco de lo infrecuente del caso.

50. Ref. P38**VASCULOPATÍA SISTÉMICA INFLAMATORIA EN ISQUEMIA SUBAGUDA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Jiménez Olivera, M., Brillas Bastida, A., Esteban Gracia, C., Martorell Lossius, A., Lerma Roig, R., Callejas Pérez, J.M.

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona.

Objetivos. Presentar un caso de estenosis de subclavia de origen inflamatorio en un paciente con clínica de isquemia subaguda en extremidad superior izquierda. **Material.** Varón de 38 años, natural de Pakistán, fumador importante,

sin otros AP de interés, que presenta clínica de isquemia subaguda en extremidad superior izquierda. **Metodología.** Se realiza arteriografía objetivando estenosis grave de subclavia izquierda prevertebral y presencia de defectos de replección intraluminales en la región de la estenosis y en la bifurcación humeral. Se practica TC donde se observa marcado engrosamiento mural excéntrico irregular de la porción proximal arteria subclavia izquierda, acompañado de grave estenosis luminal, defectos de replección intraluminales por trombosis e infiltración del tejido perivascular. Se inicia tratamiento anticoagulante, con mejoría de la clínica y recuperación de pulso radial, y estudio de vasculopatía sistémica inflamatoria. A los 16 días, ante la clínica de artritis carpiana bilateral, se inicia tratamiento corticoideo bajo la sospecha de patología reumatológica seronegativa. **Resultados y conclusiones.** El paciente presenta mejoría de la clínica artrítica e isquémica. En TC de control realizada al mes se objetiva desaparición completa del engrosamiento mural, la estenosis y la infiltración del tejido perivascular de la arteria subclavia. La respuesta positiva al tratamiento corticoideo orienta el cuadro hacia vasculitis autoinmune a pesar de la negatividad de las pruebas reumatológicas. El tratamiento esteroideo es útil en la inducción y mantenimiento de las remisiones de las vasculopatías inflamatorias, como se observa en la persistencia de la remisión clínica a los tres meses de seguimiento.

51. Ref. P39**INDICACIONES PARTICULARES DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LOS ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL ENDOPRÓTESIS AORTOBIILIACA CON RAMA A HIPOGÁSTRICA EN UN PACIENTE CON RIESGO DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL**

Rubio Taboada, C., Rielo Arias, F.J., Pérez Carballo, E., Durán Mariño, J.L., Martínez Gallego, E.L., Pena Holguín, J., Prado Miranda, E., Franco Núñez, L.M., García Colodro, J.M. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo.

Objetivos. Valorar nuevas indicaciones del tratamiento endovascular de los aneurismas de aorta abdominal (AAA) y destacar la importancia de los tratamientos combinados. **Material.** Varón de 64 años con antecedentes de hipertensión arterial, poliposis colónica y un familiar intervenido de AAA que, como complicación, presenta disfunción eréctil. En la TAC, AAA de 6 cm, iliaca común derecha de 5,4 cm, iliaca común izquierda de 2,5 cm, elongación de iliaca externa derecha y aneurisma en femoral común derecha de 1,7 cm. Valorado por anestesia para cirugía abierta (ASA 2). Paciente angustiado por la posible disfunción eréctil posquirúrgica. **Metodología.** Se decide tratamiento combinado consistente en embolización de la hipo-

gástrica derecha, corrección de bucle de ílaca externa derecha, aneurismectomía femoral común derecha con anastomosis terminoterminal con trípode femoral y endoprótesis aortobiiliaca con extensión de una rama sobre la hipogástrica izquierda. *Resultados y conclusiones.* No complicaciones inmediatas; en TAC de control: fuga II sin crecimiento aneurismático. El paciente fue valorado por Urología en el postoperatorio sin evidenciar datos de disfunción eréctil. Tras 15 años de tratamiento endovascular de los AAA creemos que sigue siendo mandatorio individualizar las indicaciones, informando al paciente de todas las opciones disponibles, así como de las complicaciones. En nuestro caso, la abigarrada anatomía del aneurisma sugería una alta posibilidad de disfunción eréctil postoperatoria, unido al bucle en ílaca externa, y el aneurisma femoral nos invitó a decantarnos por un tratamiento híbrido.

52. Ref. P40

OCCLUSIÓN DE LA ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL SECUNDARIA A UN OSTEONCONDROMA DE FÉMUR

Admettler Castiglione, X., Briones Estévez, J., Martínez Meléndez, S.
Hospital General de Castellón.

Objetivos. La arterioesclerosis es el principal origen de isquemia crónica de miembros inferiores. El síndrome de atrapamiento poplíteo, quiste adventicial de arteria poplíteo, tromboangieítis obliterante, trombofilias, aunque son etiologías poco frecuentes de isquemia crónica, figuran clásicamente en su diagnóstico diferencial. *Material.* Presentamos el caso de un paciente afecto de isquemia crónica de miembro inferior izquierdo secundaria a una rara e infrecuente causa: un osteocondroma femoral. *Metodología.* Varón de 53 años sin antecedentes de interés. Presenta claudicación invalidante gemelar izquierda de seis meses de evolución. A la exploración física destaca: obliteración femoropoplíteo izquierda con maniobras de atrapamiento poplíteo negativas. Resto anodino. Índices T/B de 1 derecho y 0,6 izquierdo. Rx fémur: imagen exofítica pediculada en tercio distal de diáfisis femoral. Angio-TAC de miembros inferiores: imagen compatible con osteocondroma distal e interno de fémur izquierdo que comprime y erosiona la arteria femoral superficial a la altura del *hiatus* del adductor mayor. El paciente responde correctamente a la deambulación programada, cediendo la claudicación. Debido a la ya presente oclusión arterial, a la ausencia de afectación venosa poplíteo y/o nerviosa y a la naturaleza benigna del tumor se opta, junto con el Servicio de Traumatología, por la no resección y seguimiento traumatológico. *Resultados y conclusiones.* El osteocondroma es una exostosis osea cartilaginosa benigna típica de huesos largos

caracterizado por provocar clínica vasculonerviosa compresible. Más de 600 casos de lesiones vasculares secundarias a osteocondromas se han publicado en la literatura mundial. La edad media de representación es de 23 años. Diversas modalidades terapéuticas se han descrito.

53. Ref. P41

EMBOLISMO PARADÓJICO TRAS TRATAMIENTO CON ANTICONCEPTIVOS ORALES

Sena Ruiz, F., Baquer Miravete, M., Arias Muñoz, R.
Hospital Universitario Sta. María del Rosell. Cartagena, Murcia.

Objetivos. Describir el caso clínico de una paciente con cuadro de isquemia aguda de miembro superior izquierdo y tromboembolismo pulmonar asociado. *Material.* Mujer de 31 años que acude a urgencias con cuadro de dolor de inicio súbito de horas de evolución asociado a frialdad e impotencia funcional de la mano izquierda. Refiere astenia y disnea a moderados esfuerzos de días de evolución. Único factor de riesgo el tratamiento continuado con anticonceptivos orales. En la exploración física destaca mano izquierda más pálida y fría que la derecha asociado a leve impotencia funcional. Ausencia de pulso humeral y distal en miembro superior izquierdo. Disnea a mínimos esfuerzos. Exploraciones complementarias: Analítica: dímero D elevado; angio-TAC: oclusión de la arteria axilar izquierda e imagen de ocupación de la arteria pulmonar principal y lobar inferior izquierdas; ecocardiograma transtorácico: presiones elevadas en la arteria pulmonar con dilatación de la aurícula derecha y comunicación interauricular. Estudio de coagulación dentro de la normalidad. *Metodología.* Tras iniciar anticoagulación sistémica por vía endovenosa se practicó tromboembolotomía transhumeral reglada del miembro superior izquierdo recuperando pulsos distales. *Resultados y conclusiones.* No hubo complicaciones postoperatorias. La paciente fue derivada al Servicio de Neumología para seguimiento del tromboembolismo pulmonar y al de Cardiología por la comunicación interauricular. La ingesta crónica de anticonceptivos orales es un factor de riesgo de enfermedad tromboembólica venosa. El embolismo paradójico es favorecido por el aumento de las presiones en las cavidades cardíacas derechas secundarias al tromboembolismo pulmonar, permitiendo el paso de material trombótico hacia cavidades izquierdas si existe una comunicación interauricular.

54. Ref. P42**LEIOMIOSARCOMA DE VENA CAVA:
A PROPÓSITO DE UN CASO
Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

Revilla Calavia, A., González Fajardo, J.A.,
San Norberto García, E.M., Brizuela Sanz, J.A.,
Merino Díaz, B., Vaquero Puerta, C.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos. El leiomioma sarcoma primario de vena cava inferior es un tumor poco frecuente y, a pesar de su lento crecimiento, genera gran morbilidad debido a su localización. A tenor de los pocos casos existentes en la bibliografía mundial y de su difícil diagnóstico, es una patología de gran interés porque el tratamiento de elección es la resección quirúrgica. **Material.** Presentamos el caso de un leiomioma sarcoma localizado en unión vena cava inferior con vena renal derecha en un varón de 56 años de edad que acudió al Servicio de Urgencias por dolor en fosa renal derecha, siendo diagnosticado repetidas veces de cólico nefrítico. **Metodología.** En la ecografía se observó una masa pararenal, para filiar el origen se realizó una TAC y una RM. Tratado quirúrgicamente mediante resección y reconstrucción de vena cava con parche de PTFE. **Resultados y conclusiones.** En el seguimiento del paciente no se objetivó recidiva ni complicaciones derivadas de la cirugía.

55. Ref. P43**ROTURA CRÓNICA DE ANEURISMA
DE AORTA ABDOMINAL Y FÍSTULA
ARTERIOVENOSA INTRARENAL COMO
COMPLICACIÓN DE LA CIRUGÍA AÓRTICA**

Abdelkader Abu-Sneimeh, A., Redondo López, S.,
Martín González, M.T., Gómez Olmos, C.P.,
Rubio Montaña, M., Gimeno Cuesta, C.
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. La rotura crónica es una complicación muy poco frecuente del aneurisma de aorta abdominal, cursa con una clínica insidiosa y sin repercusión hemodinámica, haciendo dificultoso su diagnóstico siendo este generalmente casual. Una complicación excepcional de la cirugía aórtica es la fístula arteriovenosa intrarenal con repercusión clínica. **Material.** Varón de 73 años con clínica de lumbalgia de largo tiempo de evolución, es diagnosticado de forma casual de aneurisma de aorta abdominal yuxtarrenal y hematoma retroperitoneal crónico por rotura contenida que le había producido osteólisis intensa de los cuerpos vertebrales de L3-L5. **Metodología.** Se programó tratamiento quirúrgico resultando como complicación postoperatoria una fístula arteriovenosa intrarenal sintomática que se resolvió con una embolización selectiva. **Resultados y conclusio-**

nes. La rotura contenida de aneurisma de aorta abdominal se trata de una pequeña fisura generalmente en la pared aórtica posterior que produce una hemorragia menor contenida por las estructuras adyacentes. El método diagnóstico de elección es la angio-TAC por ser el de mayor sensibilidad. En cuanto es diagnosticada esta patología, es necesario planificar el tratamiento quirúrgico sin demora. Dado el avance de los procedimientos endovasculares, su menor morbilidad y la necesidad de preservar al máximo la masa renal funcional, actualmente el tratamiento de elección de las fístulas arteriovenosas intrarrenales es la embolización selectiva.

56. Ref. P44**ESTENOSIS AÓRTICA (CORAL REEF):
¿CUÁL ES LA MEJOR OPCIÓN TERAPÉUTICA?**

Cordobés Gual, J., Lara Hernández, R., González Navarro, J.L.,
Rodríguez Domínguez, M., Guiu Callen, F., De Frutos Rincón, J.L.
Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.

Objetivos. La estenosis aislada de aorta infrarenal de origen aterosclerótico es una patología infrecuente. Dentro del campo de la cirugía vascular pueden existir múltiples opciones terapéuticas para una misma patología, siendo todas ellas igual de válidas. **Material.** Presentamos tres pacientes con estenosis aórtica sintomática, tratados de forma distinta, obteniendo excelentes resultados en todos ellos. **Metodología.** Caso 1: mujer de 39 años fumadora, alérgica a contrastes yodados, con cianosis de tercer dedo en la extremidad inferior derecha y dolor de reposo. Pulsos femorales débiles con soplo abdominal. Angiografía con CO₂: estenosis aórtica superior al 60%. Se instauró tratamiento endovenoso con prostaglandinas y control de factores de riesgo vascular, con desaparición de dolor y mejoría clínica. Tras 5 años presenta claudicación intermitente no invalidante. Caso 2: varón de 62 años, fumador, con claudicación invalidante de extremidades inferiores. Pulso femoral bilateral débil con soplo abdominal. Angiografía: placa de ateroma irregular que produce estenosis superior al 80%. Se realizó tromboendarterectomía aórtica y cierre mediante parche. Pasados 10 años sigue asintomático con pulsos distales conservados. Caso 3: varón de 57 años, gran fumador, intervenido de carcinoma maxilar, con claudicación invalidante de extremidades inferiores. Pulsos femorales débiles con soplo abdominal. Angiografía: calcificación aórtica con estenosis superior al 80%. Se implanta *stent* Palmaz XXL[®] aórtico. Presenta permeabilidad tras dos años y sigue asintomático manteniendo pulsos distales. **Resultados y conclusiones.** La poca morbilidad de las técnicas endovasculares, unido a los buenos resultados de durabilidad que presentan, equiparables a la cirugía, hace que éstas sean la primera opción terapéutica en el tratamiento de la estenosis aórtica, en pacientes seleccionados.

57. Ref. P45

RESECCIÓN DE UN ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL YUXTARRENAL EN UN PACIENTE CON VENA CAVA INFERIOR IZQUIERDA

Abdelkader Abu-Sneimeh, A., Gandarias Zúñiga, C., García-Prieto Bayarri, M.V., Rubio Montaña, M., Gómez Olmos, C.P., Cuesta Gimeno, C.
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. La vena cava inferior izquierda es una anomalía congénita que resulta de la regresión de la vena supracardinal derecha y la persistencia de la vena supracardinal izquierda, tiene una prevalencia del 0-0,5%. En la mayoría de los casos constituye un hallazgo casual en pacientes asintomáticos. La asociación de esta anomalía venosa con un aneurisma de aorta abdominal es muy rara pero tiene una gran importancia su conocimiento de cara a una buena planificación prequirúrgica. **Material.** Varón de 75 años que presenta un aneurisma de aorta abdominal diagnosticado de forma casual en una ecografía abdominal. En la angio-TAC se visualiza aneurisma de aorta abdominal yuxtarenal de 6,7 cm de diámetro máximo sin afectación de las arterias ilíacas, se visualiza vena cava inferior izquierda. **Metodología.** Por vía transperitoneal y con clampaje yuxtarenal se realiza *bypass* aortoaoítico. **Resultados y conclusiones.** La elección de la vía de abordaje para un mejor exposición de las estructuras se realiza según cada tipo paciente, la vía retroperitoneal izquierda es el medio óptimo para la reparación de aneurismas de aorta abdominal tanto supra como yuxtarenales porque con ella se consigue una buena exposición de los troncos viscerales; sin embargo, la presencia de la vena cava en el lado izquierdo es una indicación relativa para el acceso transperitoneal o retroperitoneal derecho.

58. Ref. P47

FÍSTULA AORTOENTÉRICA PRIMARIA

Espiga Calderón, E.J., De Varona Frolov, S., Betancor Heredia, A., Martel Almeida, E., López Pérez, R., Cabrera Morán, V.
Hospital General Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos. La fístula aortoentérica primaria es una rara complicación con una incidencia del 0,02-0,07% y elevada mortalidad. De presentación habitual con sangrado gastrointestinal, presentamos un caso de fístula aortoentérica en paciente con aneurisma de aorta abdominal y hemorragia digestiva, su manejo y tratamiento. **Material.** Varón de 52 años de edad con hematemesis franca, dolor y masa abdominal palpable, objetivándose mediante tomografía computarizada (TC) un aneurisma de aorta abdominal (AAA).

Metodología. Revisión de la literatura utilizando Medline, incluyendo las fístulas aortoentéricas de causa primaria y secundaria y su tratamiento tanto quirúrgico como endovascular. **Resultados y conclusiones.** Paciente ingresado para estudio de melenas y hematemesis presentando anemia progresiva, pudiendo determinar únicamente por endoscopia digestiva alta restos hemáticos en el duodeno. Masa abdominal dolorosa palpable diagnosticando mediante TC un AAA infrarenal en contacto íntimo con el asa del duodeno. Se procedió a su reparación quirúrgica abierta confirmando la presencia de comunicación fistulosa entre aorta y duodeno, con buena evolución postoperatoria del paciente y sin complicaciones. La alta mortalidad de la fístula aortoentérica primaria obliga a su sospecha diagnóstica ante episodios de sangrado digestivo en presencia de AAA. La corrección quirúrgica abierta es una opción definitiva con una mortalidad del 27-30%, considerando como alternativa actual el tratamiento endovascular para el control inicial del sangrado o en casos de elevado riesgo quirúrgico.

59. Ref. P49

SUSTITUCIÓN DE VENA CAVA INFERIOR Y NEFRECTOMÍA RADICAL POR DOBLE TROMBO TUMORAL DE VENA RENAL DERECHA Y VENA CAVA INFERIOR

Araujo Pazos, M.A., De la Quintana Gordon, M.I., Vázquez Rodríguez, E., Fernández Lucas, C.
Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés, Madrid.

Objetivos. Los tumores renales representan el 6% de las neoplasias del adulto. En el 4-10% de los casos coexiste trombo tumoral. La extensión del trombo a la vena cava inferior (VCI) no es predictivo de metástasis a distancia. Supervivencia del 45-65% a 5 años, con resección quirúrgica agresiva; la quimioterapia y radioterapia no son curativas. Aunque generalmente el trombo tumoral no afecta la pared vascular, en ocasiones se observa afectación microscópica. **Material.** Presentamos un caso de carcinoma renal asociado a doble trombosis tumoral, en *ostium* de vena renal y bifurcación de VCI. Paciente en estudio por anemia crónica. TAC: masa de 13 cm en riñón derecho con trombosis tumoral de VCI que llega hasta bifurcación ilíaca. RM: hipernefoma en riñón derecho. Trombosis vena renal derecha. Trombosis en VCI. Cavografía: trombosis completa de vena renal derecha que protruye en VCI. Trombosis de VCI por encima de bifurcación ilíaca. **Metodología.** Intervención quirúrgica: nefrectomía radical derecha, exéresis de trombo de vena renal derecha con cierre directo de vena cava, resección de vena cava infrarenal y sustitución con injerto de PTFE. Anatomía patológica: carcinoma renal de células claras con infiltración del tejido adiposo

perirrenal y trombosis de la vena. Trombo neoplásico en VCI. Pared de vena cava sin alteraciones histológicas. Evolución: anticoagulación 3 meses. Sin recidiva a 2 años e injerto permeable. *Resultados y conclusiones.* La cirugía radical sigue siendo la mejor alternativa para el manejo del cáncer renal a pesar de la afectación tumoral de la VCI.

60. Ref. P53

VARÓN CON EDEMA FACIAL Y DE MIEMBROS SUPERIORES DE MESES DE EVOLUCIÓN

Gómez Olmos, C., Rubio Montaña, M., García-Prieto Bayarri, M.V., Gallo González, P., Sánchez Corral, J., Cuesta Jimeno, C.
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. Varón de 52 años con antecedente de osteosarcoma de alto grado en el fémur izquierdo y adenocarcinoma de colon derecho, estadio B de Dukes, realizándose hemicolectomía derecha y quimioterapia adyuvante. Se realiza estudio con TC torácica por clínica de edema facial y de miembros superiores, con hallazgo de estenosis de vena cava superior. *Material.* Se inicia anticoagulación y retirada de catéter central. Por persistencia de la clínica, seis meses después, se realiza cavografía superior, evidenciándose estenosis de la vena cava superior en unión con la aurícula derecha. *Metodología.* Como tratamiento se implanta en *stent* de nitinol 12 x 40 mm y dilatación con balón 9 x 40 mm. Con buen resultado radiológico, desapareciendo la circulación colateral y mejoría clínica a las pocas horas. *Resultados y conclusiones.* El síndrome de vena cava superior (VCS) es el conjunto de síntomas y signos derivados de la oclusión de vena cava superior y venas centrales del tórax. William Hunter, en 1757, describió el primer caso asociado a un aneurisma aórtico sifilítico. Diferenciamos etiología maligna (60-85%) y benigna. La causa más frecuente es el cáncer de pulmón, con un aumento de los casos de síndrome de VCS asociado a catéteres intravenosos o cables de marcapasos. La clínica (edema facial, de miembros superiores...) varía en función de la duración, extensión y localización de la estenosis. Patrón de referencia para diagnóstico es la venografía, si bien la TC ofrece información anatómica de forma no invasiva. El tratamiento endovascular es una alternativa al tratamiento quirúrgico convencional, con baja morbilidad y resultados inmediatos tras intervención. Debe considerarse como primera opción terapéutica en síndrome de VCS de etiología maligna.

61. Ref. P54

ANEURISMA DE ARTERIA ESPLÉNICA EN UN VARÓN ASINTOMÁTICO

Gómez Olmos, C., Abdelkader Abu-Sneimeh, A., Martín González, T., Marín Manzano, E., Aracil Sanus, E., Cuesta Jimeno, C.
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Material. Varón de 74 años, hallazgo de aneurisma arteria esplénica en TC por estudio hepático. Como antecedentes destacan artritis reumatoide seropositiva e HTA. La angiografía y la angiografía confirman la presencia de aneurisma sacular de arteria esplénica (segunda porción), de 38 mm de diámetro máximo. *Metodología.* Utilizando anestesia local, se realiza exclusión de aneurisma mediante interposición de endoprótesis recubierta tipo Hemobahn de 7 mm, por vía femoral percutánea. Evolución favorable sin complicaciones. Tras 8 años de seguimiento, permanece asintomático y sin evidencia de fugas ni reentradas en TC anual de control. *Resultados y conclusiones.* Los aneurismas de arteria esplénica son los aneurismas viscerales más frecuentes y terceros tras aórticos e ilíacos. La forma más frecuente de presentación es como aneurisma sacular, en la bifurcación y con predominio del tercio distal de la arteria. Más frecuentes en mujeres (4:1). Hallazgo casual en el 1% de las angiografías y en el 10% de las autopsias. Su complicación más frecuente (80%), la rotura. Etiología más frecuente: arteriosclerosis, displasia fibromuscular, conectivopatías (favoreciendo su desarrollo la gestación y la hipertensión portal). El diagnóstico se realiza con eco-Doppler, TAC con contraste y angiografía. Está indicada la reparación en aneurismas sintomáticos, mayores de 20 mm, embarazadas y mujeres edad fértil. El tratamiento clásico (exclusión aneurismática ± esplenectomía) está siendo desplazado por técnicas endovasculares (*stent* recubierto o, más frecuentemente, embolización con *coils*), sobre todo pacientes añosos y de alto riesgo. Estas técnicas ofrecen menos morbilidad y unos buenos resultados a corto y medio plazo.

62. Ref. P60

CONTROVERSIAS EN EL TRATAMIENTO DEL TROMBO FLOTANTE SINTOMÁTICO DE AORTA TORÁCICA: TRATAMIENTO MÉDICO FRENTE A ENDOVASCULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Abdelkader Abu-Sneimeh, A., Rubio Montaña, M., García-Prieto Bayarri, M.V., Martín González, T., Utrilla López, A., Cuesta Gimeno, C.
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. La presencia de trombo en la pared de la aorta torácica se asocia a patología aterosclerótica y en ocasiones

a eventos embolígenos. Las opciones terapéuticas recogen desde el tratamiento médico anticoagulante a la cirugía abierta y en la actualidad el tratamiento endovascular. Presentamos el caso de una paciente con evolución favorable con tratamiento médico anticoagulante. **Material.** Mujer de 78 años valorada en urgencias por dolor lumbar y frialdad en miembro inferior derecho. La paciente era conocida en nuestro servicio por trombosis venosa profunda de repetición en miembros inferiores y tromboembolismo pulmonar. Estaba anticoagulada con dicumarínicos indefinidamente. A la exploración presentaba un síndrome posflebítico y un bloqueo femoropoplíteo bilateral. **Metodología.** Se realizó un eco-arterio con diagnóstico de embolia arterial bilateral y se trató quirúrgicamente. Ante la sospecha de embolia paradójica se solicitó un ecocardiograma y una angiotomografía. Los resultados mostraron una aorta torácica con trombosis mural que se extendía hasta aorta visceral con trombosis de arteria renal izquierda. El ecocardiograma transesofágico mostró la movilidad e irregularidad del trombo en aorta torácica. Debido al alto riesgo de movilización del trombo y oclusión de ramas viscerales se decidió añadir ácido acetilsalicílico al tratamiento y ser conservadores. **Resultados y conclusiones.** La evolución ha sido satisfactoria durante 10 meses con estabilización del trombo aórtico. La elección del mejor tratamiento es controvertido en la actualidad. No existen series publicadas que demuestren que el tratamiento endovascular es mejor que el tratamiento médico en el manejo de esta patología y por ello se debe valorar el riesgo-beneficio en cada caso.

63. Ref. P61

LEIOMIOSARCOMA DE VENA CAVA INFERIOR

Blanes Ortí, P., Vera Artácoz, A., Puigmacià Minguell, R., Manuel-Rimbau Muñoz, E., Julià Montoya, J., Riera Vázquez, R., Merino Mairal, O., Lozano Vilardell, P. *Hospital Universitari Son Dureta. Palma de Mallorca.*

Objetivos. El leiomiosarcoma venoso es un tumor infrecuente (0,5% de todos los sarcomas) y afecta mayormente a la vena cava inferior (> 50%). Se origina en la túnica media muscular de la pared venosa y suele tener progresión lenta y mal pronóstico. El de vena cava inferior (VCI) afecta preferentemente a mujeres (6:1) en quinta y sexta décadas. En ausencia de marcadores específicos, el diagnóstico se realiza por métodos de imagen y biopsia guiada, aunque el origen exacto del tumor se descubre durante el acto quirúrgico y tras estudio histológico definitivo. La cirugía es el único tratamiento que ha descrito modificaciones en la supervivencia. **Material.** Mujer, 68 años, consulta por síndrome constitucional. Tomografía axial computari-

zada: masa en VCI retrohepática de 5 × 5 cm, ausencia de lesiones tumorales a distancia o ganglios afectos. Iliocavografía: lesión ocupante de luz en VCI y vena renal derecha con abundante circulación colateral drenando a sistema hemiaxiales. Anatomía patológica de punción intravenosa femoral: leiomiosarcoma de VCI. **Metodología.** Intervención por Cirugía General y Cirugía Vascular, realizándose resección de VCI e interposición de injerto de dacron con reimplantación de vena renal izquierda y nefrectomía derecha. **Resultados y conclusiones.** Postoperatorio inmediato: deterioro transitorio de la función renal y neumonía intrahospitalaria. Anatomía patológica: leiomiosarcoma de pared de VCI, grado histológico II de la FFCC T2bNxMx. Control al octavo mes: ausencia de recidiva tumoral. Recibió radioterapia adyuvante. A pesar de su rareza, el leiomiosarcoma es el tumor maligno más frecuente en el territorio de VCI. La resección quirúrgica completa es la clave del tratamiento.

64. Ref. I1

TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE UNA SERIE PERSONAL DE 31 PARAGANGLIOMAS CAROTÍDEOS

Lozano Sánchez, F., Muñoz Herrera, A. *Hospital Universitario de Salamanca.*

Objetivos. Presentamos una experiencia personal centrada en las indicaciones quirúrgicas y sus resultados. **Material.** 27 pacientes con 31 paragangliomas carotídeos (1994-2008). Cirugía en 20 pacientes (16 resecciones subadventiciales, 1 resección de la carótida externa, y 3 de carótida interna con revascularización –una anastomosis terminoterminal y dos interposiciones–, una de safena interna y otra con PTFE). Dos pacientes fueron tratados mediante radioterapia y en cinco observación. **Metodología.** Se estudian los resultados de morbilidad a 30 días de la cirugía y su relación con los grados de Shamblin y la técnica quirúrgica realizada. Seguimiento a $98,8 \pm 45,7$ meses (rango: 3-178 meses). **Resultados y conclusiones.** Complicaciones neurológicas en 4 pacientes (20% de los intervenidos) y vasculares en uno (5%). Las complicaciones neurológicas fueron más frecuentes en pacientes con paragangliomas carotídeos bilaterales (2.º tiempo). Ninguno de los 3 pacientes Shamblin III de la serie presentó complicación neurológica o vascular (en dos de ellos se resecó la carótida interna). El caso con ACV se trataba de un paraganglioma carotídeo único, Shamblin II, fácilmente resecado. No mortalidad. En el seguimiento, 3 pacientes han presentado malignización (metástasis cervicales), si bien dos de ellos presentaban también paragangliomas en otras localizaciones. Dos *exitus* (IAM y paraganglioma carotídeo maligno). En conclusión, las complicaciones neurológicas posresección subadventicial de un

paraganglioma carotídeo son elevadas. Las complicaciones neurológicas y vasculares de nuestra serie no están relacionadas con la dificultad técnica o el tamaño del tumor. La malignización de estos tumores no es despreciable.

65. Ref. I2

TRATAMIENTO DESESPERADO DE UNA ÚLCERA POSTROMBÓTICA VENOSA CRÓNICA Y GIGANTE CON BOSENTÁN

Solís García, J.V., Portero García, J.L.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Curar una úlcera crónica en miembro inferior con un fármaco inicialmente no indicado para ello. **Material.** Paciente de 81 años de edad, hipertensión arterial en tratamiento, hernia de hiato y artrosis. Presenta úlcera postrombosis venosa profunda femoropoplítea de más de dos años de duración, gigante y muy dolorosa, tras múltiples tratamientos por diversos médicos y fármacos y dos meses por nosotros sin el más mínimo resultado positivo. **Metodología.** Se comentó a la paciente el deseo de intentar el tratamiento de la úlcera con un fármaco nuevo que, *a priori*, no era lo indicado idealmente. Aceptó y firmó el consentimiento y se solicitó el uso compasivo. Inicialmente se procede con media dosis y se duplica al mes manteniéndolo si no existe alteración de los parámetros hepáticos. **Resultados y conclusiones.** Tras un inicio de leve intolerancia al fármaco, así como alteración de las enzimas hepáticas, ambos remitieron en una semana. Inicialmente remitió el intenso dolor pudiendo suprimir la analgesia e inició una vida activa con paseos y la úlcera comenzó una sorprendente y rápida mejoría, sobre todo con las dosis dobles, presentando una casi curación completa a los tres meses de tratamiento.

66. Ref. I3

MALNUTRICIÓN E ISQUEMIA CRÍTICA

Baquer Miravete, M., Arias Muñoz, R., Sena Ruiz, F.

Hospital Universitario Sta. María del Rosell. Cartagena, Murcia.

Objetivos. La malnutrición caloricoproteica se relaciona comúnmente con enfermedades crónicas y está claramente demostrada su fuerte asociación con un aumento de morbimortalidad. Nuestro objetivo es evaluar la frecuencia de la malnutrición caloricoproteica y el déficit de micronutrientes en pacientes con isquemia crítica de miembros inferiores. **Material.** Estudio observacional trasversal de 100 pacientes diagnosticados de isquemia crítica miembros inferiores. **Metodología.** Se han analizado variables clínicas, antropométricas, determinación de albúmina, prealbúmina, hierro, magnesio y fósforo. Hemos definido malnutrición proteica como albúmina < 3 g/dL y desnutrición

calórica como IMC < 20 o pliegue tricúspital por debajo del percentil 50. Estadísticos: SPSS v.11.0. **Resultados y conclusiones.** Edad media: 77,3 ± 10 años. El 64% presentaba isquemia crítica en estadio IV de Fontaine. La malnutrición caloricoproteica fue diagnosticada en el 36% de los pacientes. En un 55% se confirmó el déficit de hierro. Los niveles de fósforo y magnesio fueron normales en prácticamente la totalidad. El porcentaje de malnutrición proteica en pacientes con isquemia crónica en grado IV fue del 16,4% frente al 5% de isquemia crónica en grado III ($p = 0,01$). En nuestro estudio existe una alta frecuencia de malnutrición y déficit de hierro en los pacientes diagnosticados de isquemia crítica. Los pacientes que presentan isquemia crónica en estadio IV de Fontaine presentan con más frecuencia malnutrición proteica que los pacientes en grado III.

67. Ref. I4

DISTRIBUCIÓN ANGIOGRÁFICA DE LESIONES Y POSIBILIDADES DE TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN PACIENTES CON ISQUEMIA CRÍTICA

Izagirre Loroño, M., Vega de Céniga, M., Bravo Ruiz, E., Salazar Agorria, A., Casco Aguilar, C., Barba Vélez, A.

Hospital Galdakao-Usansolo.

Objetivos. Definir la anatomía angiográfica en pacientes con isquemia crítica de extremidades inferiores y la susceptibilidad de tratamiento endovascular de las lesiones. **Material.** Revisión retrospectiva de angio-RM de pacientes ingresados por primer episodio de isquemia crítica en 2004-2005, utilizando la clasificación TASC II para lesiones aortoiliacas y femoropoplíneas y TASC I y cálculo de *run-off* (Rutherford simplificado) para tibiales. **Metodología.** Análisis descriptivo y evaluación de factores que condicionan la complejidad de las lesiones. **Resultados y conclusiones.** Hallamos 742 lesiones (377 estenosis > 70%, 365 oclusiones) en 147 extremidades de 137 pacientes. Existen lesiones en 50 (34%) ejes ilíacos: TASC-A, 22 (15%); B, 9 (6,1%); C, 11 (7,5%), y D, 8 (5,4%), y 126 (85,7%) femoropoplíneas: TASC-A, 6 (4,1%); B, 45 (30,6%); C, 49 (33,3%), y D, 26 (17,7%). Existen 0-1 vasos tibiales en 79 (53,7%) casos, 2-3 vasos en 68 (46,3%), con TASC-A/B en 25 (7,7%) vasos y C/D en 301 (92,3%). El *run-off* medio es $2,73 \pm 1,34$. El sexo femenino, la hipertensión y la diabetes mellitus se asocian a mayor prevalencia de lesiones femoropoplíneas TASC-A/B ($p = 0,006$, $0,008$ y $0,012$, respectivamente) y el tabaquismo activo a lesiones complejas TASC-C/D ($p = 0,008$). Ningún factor estudiado resulta significativo para la complejidad de las lesiones ilíacas. Mujeres y diabéticos sufren enfermedad tibial más difusa ($p = 0,005$ y $0,0013$, respectivamente). En conclusión, las lesiones ilíacas de los pacientes con isquemia

crítica son mayoritariamente susceptibles de tratamiento endovascular. Las lesiones femoropoplíteas suelen ser más complejas, siendo anatómicamente la revascularización abierta de elección en más del 50% de los casos. La enfermedad tibial suele ser difusa y poco favorable para tratamiento endovascular. La distribución lesional varía con los factores de riesgo cardiovascular.

68. Ref. 16

DEBUT INFRECUENTE DE UN LEIOMIOSARCOMA

Rico Ballester, M.J., Torre Eiriz, J., Pérez López, R., Gallardo Pedrajas, F., García López, M., Vilarinho Rico, J., Caeiro Quinteiro, S., Cachaldora del Río, J.A., Díaz Vidal, E., Segura Iglesias, R.J.
Complejo Hospitalario Universitario. A Coruña.

Objetivos. Presentamos el caso clínico de una paciente con clínica compatible con trombosis venosa profunda de miembro inferior, que tras diferentes exámenes es diagnosticada de leiomioma femoroilíaco izquierdo. **Material.** Mujer de 30 años sin antecedentes de interés que presenta clínica compatible con trombosis venosa profunda en miembro inferior izquierdo. **Metodología.** Tras flebografía, fibrinólisis y ecografía de control se evidencia la persistencia de defecto de replección endoluminal, realizándose exploración quirúrgica que demuestra leiomioma iliofemoral, tratándose con resección amplia, revascularización arterial y venosa y radioterapia local. **Resultados y conclusiones.** La paciente se encuentra sin datos de recidiva local ni enfermedad metastásica, y con permeabilidad de reconstrucciones arterial y venosa. En conclusión, el leiomioma de vena iliofemoral es una entidad infrecuente que raramente debuta con clínica de trombosis venosa profunda, pero debe sospecharse ante imágenes ecográficas atípicas. El diagnóstico precoz puede cambiar radicalmente el pronóstico.

69. Ref. 17

COMPLICACIÓN TARDÍA POSCIRUGÍA DE UN ANEURISMA DE AORTA

Díaz Zamora, M., Aguilar Tejedor, Y., Calderín Ortega, A., Duran Consoli, J.C., Justo García, I., Sánchez Díaz, P.
Hospital Insular Universitario de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos. Exposición de caso clínico: sangrado masivo retroperitoneal a las 10 semanas de cirugía de aneurisma aórtico a través del ostium de arteria mesentérica inferior, reperfundido por la arcada de riolano. **Material.** Caso clínico único. **Metodología.** Recopilación de datos clínicos

e imágenes de caso clínico único. **Resultados y conclusiones.** Resolución de sangrado masivo retroperitoneal por embolización del ostium de arteria mesentérica inferior por cateterización supraselectiva de la misma a través de la arteria mesentérica superior y arcada de riolano.

70. Ref. 18

TROMBOSIS ARTERIAL AGUDA DE ETIOLOGÍA INUSUAL

Betancor Heredia, P.A., Espiga Calderón, E., De Varona Frolov, S., Martel Almeida, E., Volo Pérez, G., López Pérez, R.
Hospital General Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos. Describir el caso clínico de una paciente joven con isquemia arterial aguda y trombosis venosa profunda de etiología poco frecuente, además de realizar una revisión de la literatura. **Material.** Revisión de la historia clínica y la literatura disponible en Medline. **Metodología.** Paciente de 40 años con síndrome antifosfolípido primario, adenocarcinoma de endocervix tratado con quimioterapia-radioterapia y cirugía radical. La paciente debuta con clínica de trombosis venosa profunda en miembro inferior derecho a pesar de anticoagulación oral, que evoluciona a un cuadro de isquemia aguda por trombosis de primera porción de poplítea y vasos distales, requiriendo trombectomía de tercera porción de poplítea y vasos distales, además de trombectomía venosa. Concomitantemente desarrolla trombosis de vena cava superior y aurícula derecha, tromboembolismo pulmonar, fracaso renal agudo y trombopenia. **Exitus** posterior en el contexto de fallo multiorgánico por síndrome antifosfolípido catastrófico y oclusión intestinal por carcinomatosis peritoneal. **Resultados y conclusiones.** El síndrome antifosfolípido catastrófico es una variante del síndrome antifosfolípido (1%), caracterizado por fallo agudo multiorgánico con una histopatología de múltiples oclusiones macro y microvascular. El riñón es el más afectado. Tiene una mortalidad del 50%, generalmente debida a ictus isquémicos. La trombosis venosa es más frecuente que la arterial. El desencadenante más frecuente son las infecciones. La base fisiopatológica aún no está aclarada. El tratamiento debe ser rápido e incluir anticoagulación sistémica e inmunosupresión.

71. Ref. I14

IMPACTO CIENTÍFICO Y POPULAR DE LA PATOLOGÍA ANEURISMÁTICA DE AORTA ABDOMINAL. DETERMINACIÓN DE NUEVOS PARÁMETROS BIBLIOMÉTRICOS

Altés Mas, P., Bellmunt Montoya, S., Romero Carro, J.M., Sirvent González, M., Martínez Carnovale, L.I., Escudero, J.R.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos. Determinar el impacto científico global y el de máxima calidad metodológica de la patología aneurismática de aorta abdominal (AAA) y compararlo con el impacto social o popular de la misma. **Material.** Se determinó una búsqueda estructurada del término AAA en diferentes buscadores electrónicos y como control se determinaron otras tres patologías, escogidas según diferentes teóricas relaciones entre impacto científico y popular: esclerosis múltiple (EM), hemorroides e insuficiencia venosa crónica (IVC). **Metodología.** El impacto científico se determinó con una búsqueda en Pubmed de las citas globales referentes a AAA y para detectar documentos de calidad metodológica se aplicó un filtro para revisiones sistemáticas (RS) y guías de práctica clínica (GPC). Para determinar el impacto popular se realizó una búsqueda filtrada en Google, eliminando las citas de Pubmed. **Resultados y conclusiones.** Las búsquedas generaron el siguiente número total de referencias halladas (respectivamente en Google, Pubmed, RS, GPC, relación Google-Pubmed): AAA: 94.000, 11.671, 109, 19, 16. IVC: 5.910.000, 20.086, 173, 41, 293. EM: 9.420.000, 39.797, 212, 45, 253. Hemorroides: 3.410.000, 4.524, 29, 13, 753. Los AAA tienen un elevado interés científico en comparación con la escasa difusión social. En una escala intermedia se hallan IVC y EM, patologías altamente científicas y populares. Las hemorroides son, como era de esperar, altamente populares y generan escasa producción científica. Las nuevas tecnologías nos permiten generar nuevos parámetros de impacto bibliométrico que pueden ayudar en el estudio de las patologías.

72. Ref. I15

PREVALENCIA DE ANEURISMAS DE LA AORTA ABDOMINAL EN POBLACIÓN GENERAL (DATOS PRELIMINARES)

Salvador González, B.^a, Tarín Masriera, L.^a, Badía Millán, P.^a, Borque Ortega, A.^b, Sáez Sáez, R.M.^b, Lapiedra Mur, J.O.^c
^aABS Florida Sud. ^bCAP Torrasa. ^cHospital General de L'Hospitalet. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivos. Estimar la prevalencia de aneurismas aorta abdominal (AAA) en hombres de 65-74 años en nuestro medio. **Material.** Estudio de prevalencia de base poblacio-

nal. **Ámbito:** población urbana. **Sujetos:** hombres de 65-74 años adscritos a los Centros de Salud (población total: 253.873 individuos, padrón municipal a 31.12.2003). **Criterios inclusión/exclusión:** excluidos individuos con calidad de vida limitada o no ambulatorios y nacidos fuera del territorio nacional. **Muestreo:** aleatorio estratificado por centros de salud. **Tamaño de muestra:** 456 individuos más 30% no respuesta/pérdidas seguimiento (prevalencia esperada de AAA 5%, población de 12.125 individuos de 65-74 años, precisión estimación de $\pm 2\%$). Se remite carta informativa al domicilio de los sujetos con contacto telefónico posterior para confirmar participación y visita en el centro de salud (interrogatorio y exploración). Firma de consentimiento informado. Se solicita analítica general y ecografía de aorta abdominal. **Metodología.** Mediciones. Antecedentes personales/familiares: cardiopatía isquémica, accidente vascular cerebral, arteriopatía periférica y aneurisma abdominal. Factores de riesgo: tabaquismo, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, hipertrofia ventricular izquierda según interrogatorio y registro en historia clínica. Exploración física: tensión arterial, peso, talla, perímetro abdominal. Analítica de sangre: hemograma, fibrinógeno, colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos, glicemia, HbA1c, creatinina, uratos. Ecografía de aorta abdominal: diámetro máximo de la aorta abdominal infrarrenal. **Análisis estadístico:** cálculo del intervalo de confianza al 95% de la proporción observada en la muestra aleatoria de hombres de 65-74 años. **Resultados y conclusiones.** Tasa de respuesta: 67%. Incluidos hasta ahora 342 individuos. Prevalencia de aneurismas: 2,05% (IC 95% = 0,83-4,17). Prevalencia preliminar de cribado AAA baja, en rango inferior de estudios publicados (prevalencias de 4-14%).

73. Ref. I16

INFECCIÓN DE ENDOPRÓTESIS DE AORTA TORÁCICA TRATADA MEDIANTE REEMPLAZO DE LA AORTA DESCENDENTE CON HOMOIJERTO DE UN DONANTE CADÁVER CRIOPRESERVADO

García Franco, C.E., Dzieciuchowicz, L., Grochowicz, L., Martín Trenor, A., Espinosa, G.
Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Objetivos. Demostrar la utilidad que puede ofrecer el uso de homoiinjerto criopreservado de donante cadáver en el tratamiento de las infecciones de endoprótesis de aorta torácica descendente. **Material.** Varón de 58 años con HTA, dislipemia, IAM y cuádruple *bypass* en el año 2006, cuando sufrió una rotura de aorta torácica por balón de contrapulsación, la cual fue tratada mediante colocación de una endoprótesis. Durante el procedimiento se complicó con un

desgarro de la arteria ilíaca izquierda, por lo que fue realizado un injerto iliofemoral izquierdo que posteriormente se extrajo debido a una infección, realizándose un *bypass* femorofemoral cruzado. Dos años después presentó hemoptisis con sospecha de fístula aortobronquial por lo cual se colocó una nueva endoprótesis aórtica. *Metodología.* Ingresa nuevamente en su localidad por hemoptisis, sin inestabilidad hemodinámica ni respiratoria. Se decide traslado a nuestro centro para intervención quirúrgica. A su ingreso se le realizó angio-TAC que puso de manifiesto una colección periaórtica, con un nivel hidroaéreo, sugestivo de infección, sospechándose una fístula aortobronquial. Además se evidenció la presencia de un pseudoaneurisma en la aorta torácica distal. El estudio de medicina nuclear con leucocitos marcados fue positivo para infección aórtica. *Resultados y conclusiones.* A través de una toracotomía posterolateral izquierda ampliada, se sustituyó la aorta torácica descendente por un homoinjerto criopreservado, bajo la utilización de *bypass* atriiofemoral. El postoperatorio transcurrió de forma favorable, hasta el sexto día, donde se evidenció un hemotórax izquierdo que requirió de reintervención. La evolución posterior del enfermo resultó satisfactoria.

74. Ref. I17

MADURACIÓN DE FÍSTULAS AUTÓLOGAS EN MAYORES DE 70 AÑOS

Vera Artázcoz, A., Blanes Ortí, P., Rimbau Muñoz, E.M., Corominas Roura, C., Merino Mairal, O., Lozano Vilardell, P. *Hospital Universitari Son Dureta. Palma de Mallorca.*

Objetivos. Valorar el desarrollo, permeabilidad, complicaciones y supervivencia de las fístulas autólogas en pacientes mayores de 70 años. *Material.* Enero de 2000 a diciembre de 2008. Todo paciente mayor de 70 años intervenido de acceso vascular autólogo (radiocefálicas, humerocefálicas y humerobasílicas). *Metodología.* Se estudian edad, factores de riesgo vascular y comorbilidades, función renal (terminal o preterminal), primofístula, localización, desarrollo, presencia de complicaciones y supervivencia. Análisis estadístico según *t* de Student, Kaplan-Meier y *log-rank*. *Resultados y conclusiones.* Se incluyen 75 pacientes, 32 mujeres y 43 varones, con una media de edad de $74,1 \pm 3,5$ años. Se realizan 24 radiocefálicas, 43 humerocefálicas y 8 humerobasílicas. A los 3 meses de la cirugía el 56% de las fístulas (42/75) se habían desarrollado. La supervivencia de este grupo analizado fue del 61,3% a los 36 meses de seguimiento. La tasa de complicaciones que precisaron revisión quirúrgica (aneurisma, estenosis, sangrado, robo, trombosis) a los 38 meses de seguimiento fue del 42,5% (18/42). Las fístulas autólogas presentan un desarrollo moderado, con tasas de complicación a largo plazo en una población con una alta tasa de mortalidad.

75. Ref. I18

TUMORACIÓN CERVICAL

Martín González, T., Gandarias Zúñiga, C., Gómez Olmos, C., Rubio Montaña, M., García-Prieto Bayarri, M.V., Cuesta Gimeno, C. *Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.*

Material. Mujer de 36 años con tumoración cervical derecha, que le ocasionaba molestias y aumentaba con la maniobra de Valsalva, de 10 meses de evolución. Presentó posteriormente nueva tumoración adyacente asintomática, en región paratraqueal. Presentaba antecedentes de linfangioma submandibular y hemangioma cavernoso derechos. A la exploración se objetivaron dos tumoraciones compresibles e independientes en el cuello. Mediante ecografía Doppler y angiotomografía se visualizaban ambas, una dependiente de la arteria tiroidea superior y la otra de la vena yugular externa. *Metodología.* Mediante cervicotomía longitudinal preesternal se realizó la resección de ambas tumoraciones vasculares y ligadura de arteria tiroidea superior. El diagnóstico anatomopatológico fue de malformación vascular tipo hamartomatoso. *Resultados y conclusiones.* Evolución favorable. Control a los 6 meses mediante ecografía Doppler sin evidencia de nuevas alteraciones. Las anomalías vasculares se clasifican en hemangiomas y malformaciones vasculares, según su momento de presentación e histología. Las malformaciones vasculares son una entidad rara (prevalencia del 1,2%) y pueden clasificarse según el tipo de vaso y las características del flujo. Son tumoraciones compresibles que aumentan de tamaño con el desarrollo del individuo, manifestándose habitualmente en la edad adulta joven. Diagnóstico inicial mediante ecografía Doppler, complementándose con otras pruebas de imagen para un correcto tratamiento. Existen distintos enfoques terapéuticos. Aunque la cirugía cuenta con la mayor tasa de curación, queda limitada a lesiones bien circunscritas y accesibles, en las que sea posible ligar la rama aferente y extirpar el nido de la malformación. El tratamiento endovascular aporta control de las lesiones, bien prequirúrgico o en ocasiones como única alternativa terapéutica.

76. Ref. I20

MORBILIDAD DE LOS GRADOS CEAP C1 Y C2 DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA

Marinel.lo, J., Carreño, P., López Palencia, J., Alós, J., Davins, M., Martínez, E. *Hospital de Mataró. CSdM. Mataró, Barcelona.*

Objetivos. Conocer la morbilidad a largo plazo de los grados clínicos C1 y C2 de la clasificación CEAP. *Material.* Estudio retrospectivo, observacional. Casuística: 166 per-

sonas, diagnosticadas clínica y hemodinámicamente de insuficiencia venosa crónica en los grados C1 y C2 de la clasificación CEAP. *Metodología.* Intervalo de evaluación: 14 meses, de enero de 2006 a febrero de 2007. Consultas consecutivas en el periodo: 89 (53,6%) son primeras consultas y 77 (46,4%) son segundas consultas. Variables analizadas: género, edad, evolución de la enfermedad, etiología y morfología de las varices, estudio hemodinámico, clínica (grados CEAP), interurrencia de varicoflebitis y varicorragia, recidivas postintervención, calidad de vida, índice de masa corporal (IMC) y terapéutica seguida. *Metodología.* Estadística: Mann-Whitney y chi al cuadrado. *Resultados y conclusiones.* Mujeres, 125 (75,3%); hombres, 41 (24,7%). Edad media: $54,04 \pm 14,84$ años. Etiología: primaria, 151 (91%); secundaria, 15 (9%). Evolución media de la enfermedad: $27,01 \pm 12,29$ años). Grados CEAP:

I, 41 (24,7%); II, 71 (42,8%); III, 19 (11,5%); IV, 20 (12%); V, 5 (3%); VI, 10 (6%). Varicoflebitis, 11 (6,6%); varicorragia, 5 (3%). Total de complicaciones (grados IV-VI, varicorragia y varicoflebitis): 51 (30,7%). Síndrome ortostático: ocasional, 111 (66,8%); constante, 55 (33,2%). IMC > 30: 43 (25,9%). Ausencia de terapéutica previa a la consulta, 39 (23,5%). Se ha podido establecer la correlación estadísticamente significativa entre el IMC y la presencia de sintomatología ($p < 0,001$), y entre los grados I-III y la ausencia de complicaciones ($p < 0,001$). No se ha evidenciado una correlación estadísticamente significativa entre el periodo evolutivo de la enfermedad y los grados clínicos IV, V y VI. En conclusión, las complicaciones de la insuficiencia venosa crónica en el grupo de pacientes estudiados es del 30,7% y la afectación de la calidad de vida se ha manifestado en el 30% de los mismos.