

## PANELES

### 1.ª Sesión

Jueves, 30 de mayo (08:00-09:00 h)

#### P54. COMPLICACIÓN DE IMPLANTACIÓN DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSFEMORAL

A. Salazar Álvarez, A. Fernández Heredero, J. Álvarez García, M. Gutiérrez Nistal, S. Stefanov Kiuri, G. Garzón Moll y L. Riera de Cubas

*Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Introducción y objetivos:** La implantación de válvulas aórticas a través de catéteres (TAVI) es una alternativa terapéutica en pacientes con estenosis aórticas severas sintomáticas, no candidatos a la reparación con cirugía abierta. Sin embargo, dichos procedimientos no están exentos de complicaciones. Presentamos el caso de una de estas y su solución endovascular.

**Material y métodos:** Mujer de 84 años, diabética, dislipémica y con fibrilación auricular crónica, quien presenta episodios reiterados de síncope secundarios a estenosis valvular aórtica severa. La evaluación conjunta por los servicios de Cardiología y Cirugía Cardíaca descarta una intervención convencional por elevado riesgo quirúrgico y deciden sustitución valvular por vía transfemoral. Durante el procedimiento, al desplegar la prótesis, ésta migra distal al plano valvular quedando encajada en senos coronarios. Al intentar repositionarla con balón provocan inversión de la misma en contraflujo y progresión distal a subclavia, entrando en insuficiencia ventricular izquierda aguda severa con compromiso hemodinámico grave. Somos avisados de forma urgente para valoración. A través de acceso femoral implantamos prótesis aórtica torácica VALIANT (Medtronic®) por dentro de la bioprótesis valvular excluyéndola y permitiendo flujo anterógrado normal, respetando la salida de los troncos supra-aórticos.

**Resultados:** Tras la intervención, se evidencia persistencia de estenosis aórtica severa aunque sin presentar sintomatología. Angio-TC control con endoprótesis permeable y sin afectación de troncos supra-aórticos.

**Conclusión:** La mayoría de los pacientes sometidos a TAVI's han sido descartados para intervenciones quirúrgicas abiertas. Por esto, el uso de técnicas endovasculares ofrece, en general, la mejor alternativa para la solución de sus complicaciones.

#### P80. TÉCNICA HÍBRIDA CON PRESERVACIÓN DE LA CIRCULACIÓN PÉLVICA EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE AAA CON ANATOMÍA ILÍACA COMPLEJA

A. Presas Porcell, O. Andrés Navarro, P. Rodríguez Cabeza y O. Roset Balada

*Hospital Universitari Doctor Josep Trueta. Girona.*

**Introducción y objetivos:** Valorar distintas alternativas terapéuticas en pacientes con patología aneurismática infrarrenal compleja que afecta a ejes ilíacos con el objetivo de preservar al menos una de las arterias hipogástricas. A propósito de un caso.

**Material y métodos:** Varón de 66 años con hallazgo de AAA infrarrenal y antecedente de laparotomía previa por neoplasia de sigma. En el estudio de imagen se objetiva AAA infrarrenal de 5,8 cm de diámetro con nacimiento anómalo de hipogástrica derecha en la bifurcación aórtica y bifurcación ilíaca izquierda alta con ilíaca primitiva de 1 cm de longitud. De las distintas opciones quirúrgicas planteadas, se decidió realizar terapéutica endovascular híbrida con el implante de una endoprótesis aorto-monoiliaca derecha (Zenith Flex de Cook), previa embolización de hipogástrica izquierda con coils Nes-

ter de Cook, cateterización selectiva de hipogástrica derecha desde ilíaca externa izquierda implantando un Viabahn (Gore) a modo de "banana technique" entre estas dos arterias. Finalmente se practicó el bypass cruzado fémoro-femoral derecha-izquierda. El caso requirió también la implantación de un stent en la renal derecha por falta de repleción en dicha arteria en la arteriografía de control. **Resultados:** A los 3 meses, el paciente presenta una claudicación glútea izquierda a unos 500 m. El TAC presenta permeabilidad del stent renal derecho, endoprótesis aorto-monoiliaca, Viabahn ("banana") y bypass cruzado, sin imágenes de endoleak.

**Conclusión:** Creemos que hay que tener presentes opciones creativas y técnicas extra-anatómicas como la "banana technique", en este caso con arteria hipogástrica contralateral, cuando debido a la complejidad anatómica y morfométrica no es posible utilizar técnicas convencionales y anatómicas como el "branch" ilíaco para preservar la arteria ilíaca interna. El sacrificar las dos arterias hipogástricas por sistema nunca debería ser la primera opción.

#### P07. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE UNA OCLUSIÓN CRÓNICA DE VENA ILÍACA SECUNDARIA A TRAUMATISMO POR ASTA DE TORO

D. Cervell Rodríguez, L. Izquierdo Lamoca, M. Ramírez Ortega, I. Lago Rivas, M. Blanch Alerany, M. Vila Atienza y R. Zotta Desboeufs

*Hospital Madrid Montepríncipe. Universidad San Pablo Ceu.*

**Introducción y objetivos:** Las oclusiones del flujo venoso que afectan al sector ilíaca desarrollan las secuelas posttrombóticas más severas. Presentamos un caso de recanalización endovascular de una oclusión crónica ilíaca traumática.

**Material y métodos:** Varón, 81 años. Remitido por secuela posttrombótica con clase clínica C6 CEAP. Torero profesional. Durante una corrida en 1963 sufrió una herida por asta de toro en región inguinal derecha con afectación vascular. Los datos obtenidos de periódicos de la época describían una cirugía urgente en la misma plaza con sutura en bloque sin mencionar ningún tipo de reconstrucción vascular. El estudio Eco-doppler y AngioTAC demostraron una oclusión de vena ilíaca externa con circulación colateral hacia ilíaca común y shunt tipo Palma derecho-izquierdo. Se decidió tratamiento endovascular. Mediante un acceso percutáneo femoral ipsilateral se recanalizó la lesión con una guía Terumo Stiff 0,035 sobre catéter Berenstein 5F. Se realizó angioplastia con balón y Stenting (Zilver-Vena 14 x 140 y 14 x 60). EL paciente fue dado de alta tras 24 horas con anticoagulación.

**Resultados:** Cicatrización de las úlceras en el 1.º mes. A los 3 meses se detectó una reestenosis por recoil que se corrigió con nuevo stent (14 x 140 Zilver-vena). Tras 24 meses los stents permanecen permeables y el paciente presenta una clase C5 CEAP.

**Conclusión:** Este caso es singular por su etiología y el tiempo transcurrido entre el traumatismo y el tratamiento. La recanalización endovascular es una opción terapéutica mínimamente invasiva, de bajo riesgo, con excelentes tasas de permeabilidad a largo plazo y datos de mejoría clínica superiores al tratamiento conservador.

#### P59. DISECCIÓN AÓRTICA TIPO B (STANFORD) ANEURISMÁTICA TRATADA CON DEBRANCHING Y ENDOPRÓTESIS

E. Díez Blanco, I. Larrañaga Oyarzabal, A. García Familiar, V. Rodríguez Sáenz de Buruaga, M. de Blas Bravo y J. Egaña Barreneche

*Hospital Universitario Donostia. Guipúzcoa.*

**Introducción y objetivos:** Presentar un caso de disección aórtica tipo B con aorta torácica distal aneurismática tratada con debranching y endoprótesis.

**Material y métodos:** Varón de 58 años, hipertenso y ex-fumador, con antecedentes de: — Disección aórtica tipo A (Stanford) tratado con: sustitución de válvula aórtica y sustitución de aorta ascendente y cayado aórtico con reimplante de tronco braquiocefálico y carótida primitiva izquierda. — Síndrome de robo subclavio izquierdo realizándose bypass carótidosubclavio con prótesis PTFE 7 mm. Consulta por dolor torácolumbar con irradiación ascendente. El Angio-TC confirma la disección aórtica tipo B desde tronco celiaco hasta iliaca izquierda, con aorta torácica distal con diámetro máximo de 7,5 mm. Se realiza sustitución de aorta abdominal infrarenal con prótesis bifurcada de Dacron 22 × 11 mm hasta origen de iliaca primitiva derecha y bifurcación iliaca izquierda. Desde iliaca primitiva derecha, Dacron 8 mm a mesentérica superior, con rama de Dacron 7 mm a tronco celiaco. Desde eje iliaco izquierdo, prótesis bifurcada 14 × 7 mm a arterias renales, realizando en su rama derecha, técnica VORTEC con Viabahn 8 × 50 mm. Exclusión de aorta toracoabdominal con 3 endoprótesis Cook Zenith (34 × 30 × 200 + 30 × 30 × 200 + 30 × 30 × 140 mm).

**Resultados:** En el postoperatorio inmediato, el Angio-TC muestra permeabilidad de aorta y todas las ramas tratadas. Creatinemia en rango. Cefalea secundaria a fístula dural lumbar tras catéter de drenaje de líquido cefalorraquídeo, tratado con tapón hemático. En seguimiento a 6 meses, desaparición de la clínica postoperatoria y recuperación global.

**Conclusión:** El tratamiento híbrido es una opción terapéutica viable y segura en casos seleccionados de disección aórtica tipo B compleja.

#### P16. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA POPLÍTEO PREVIAMENTE EXCLUIDO CON CRECIMIENTO PROGRESIVO

S. Morales Gisbert, J. Zaragoza García, V. Sala Almonacil, G. Edo Fleta, F. Gómez Palonés y E. Ortiz Monzón

*Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.*

**Introducción y objetivos:** Con baja incidencia, los aneurismas poplíteos previamente excluidos, pueden permanecer permeables mediante ramas geniculares con riesgo de crecimiento y rotura. Describimos el caso de un aneurisma poplíteo permeable tras exclusión con crecimiento progresivo, tratado con éxito mediante técnica endovascular.

**Material y métodos:** Varón de 78 años, portador de válvula mitral y anticoagulado con Sintrom, intervenido de aneurisma poplíteo extenso de 3,5 cm asintomático, que asociada malformación arteriovenosa (MAV) pretibial de bajo flujo dependiente de tibial anterior; mediante ligadura y bypass vena safena interna desde arteria femoral superficial (AFS) a tronco tibioperoneo. Al tercer año de seguimiento se objetiva mediante ecodoppler permeabilidad del aneurisma con un diámetro máximo de 5 cm. Dado que el paciente se encuentra asintomático se decide seguimiento clínico-ecográfico. Un año más tarde aumento del tamaño del aneurisma, hasta 7 cm, con persistencia de flujo en su interior. En angioRMN se observa aneurisma poplíteo y de troncotibioperoneo de 7 cm sin realce de contraste; realizándose angiografía que confirma permeabilidad del aneurisma, rellenándose desde ramas de AFS y profunda, y relleno tardío de MAV desde rama aferente del saco aneurismático.

**Resultados:** Mediante abordaje quirúrgico se realiza punción directa de AFS (distal a anastomosis bypass) y se cateterizan ramas geniculares, practicándose embolización mediante coils fibrados 5 × 150 mm y 5 × 80 mm. Posteriormente se procede a embolización del saco aneurismático mediante técnica de andamiaje: Coils Fibrados 8 × 200 mm, 20 × 500 mm, 12 × 500 mm y 6 cc de Trombina; con exclusión completa del aneurisma y de ramas aferentes y eferentes del mismo en serie angiográfica final. Postoperatorio inmediato sin incidencias excepto dolor y signos inflamatorios locales atribuibles a la trombosis del aneurisma. A los tres meses de segui-

miento paciente asintomático, con el bypass permeable y trombosis completa del aneurisma evidenciada por ecografía y angioTC. **Conclusión:** El tratamiento endovascular mediante embolización ha permitido un tratamiento eficaz, consiguiendo una exclusión completa del aneurisma. Ésta es una técnica menos invasiva, ofreciendo menor morbilidad en este tipo de reintervenciones, siendo una alternativa terapéutica a la cirugía convencional sobre todo en pacientes de alto riesgo o de mayor complejidad técnica.

#### P91. TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE LA DISECCIÓN AÓRTICA TIPO B CON ARTERIA SUBCLAVIA DERECHA ABERRANTE

A. Betancor Heredia, F. Jiménez Cabrera, R. Huerta Blanco, A. Calderín Ortega, E. Gross Kastanovitz y M. Díaz Zamora

*Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria.*

**Introducción y objetivos:** La arteria subclavia derecha aberrante (ASDA) es la anomalía embriológica más común del arco aórtico. La disección aórtica (DA) tipo B asociada a una ASDA puede requerir la traslación quirúrgica de la misma para proceder a un tratamiento endoluminal. Se describen dos casos de pacientes con DA y ASDA caudal a la arteria subclavia izquierda (ASI) en los que se implantaron endoprótesis en la aorta torácica (AoT) cubriendo la ASDA y posterior embolización percutánea de la misma.

**Material y métodos:** El paciente 1 es un varón de 50 años que presenta una DA tipo B y ASDA, con hematoma intramural a nivel de la puerta de entrada. El paciente 2 es un varón de 62 años con DA tipo B y ASDA, que además presenta un origen común de ambas arterias carótidas primitivas. El procedimiento se realizó conjuntamente entre cirugía vascular y cardiología, mediante disección femoral derecha y acceso percutáneo radial, bajo control radioscópico y con ecocardiograma transesofágico.

**Resultados:** En el paciente 1 se implantó una endoprótesis VALIANT (30-30-150 mm) en la AoT desde el origen de la ASI. Por persistencia de relleno de la falsa luz y ausencia de sellado de la puerta de entrada en el ETE se implantó una nueva endoprótesis VALIANT proximal (38-38-100 mm) que ocluye la ASI y logra disminuir de forma significativa el relleno de la falsa luz. En un segundo tiempo se practicó la embolización de ambas arterias subclavas, cerca de su origen en la aorta, mediante tapones vasculares Amplatzer de 12 mm (ASI) y de 14 mm (ASDA). En el paciente 2 se implantaron dos endoprótesis VALIANT en AoT desde el tronco celiaco (32-32-200 mm) y solapada proximalmente (36-36-150 mm) hasta el origen de la ASI sin cubrirla. En un segundo tiempo se realizó embolización de la ASDA.

**Conclusión:** El tratamiento endovascular de la DA tipo B asociada a una ASDA es factible. En un segundo procedimiento de control se puede proceder a la embolización percutánea de la ASDA de forma eficaz, no precisándose el tratamiento quirúrgico.

#### P11. NUEVA TÉCNICA PARA EL TRATAMIENTO DE FÍSTULA AORTOENTÉRICA SECUNDARIA EN PACIENTES CON LESIONES TASC C Y D

I. Estévez Fernández, E. San Norberto García, J. Brizuela Sanz, J. Taylor, R. Fuente Garrido y C. Vaquero Puerta

*Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción y objetivos:** La fístula aortoentérica secundaria es una enfermedad de pronóstico devastador. De no ser tratada presenta una alta tasa de mortalidad, ya sea por hemorragia masiva o infección severa y sepsis.

**Material y métodos:** Varón de 54 años con antecedente de bypass aortobifemoral para tratamiento de lesiones TASC D con oclusión

completa de eje iliaco izquierdo y estenosis en eje iliaco derecho. Presentó episodio de hematemesis acompañado de fiebre y dolor lumbar. A su ingreso se encontraba en shock hipovolémico y anemia severa. En angio-TAC se comprobó la presencia de fístula aortoentérica. Se realizó tratamiento en dos tiempos: una primera cirugía urgente con control de la hemorragia mediante endoprótesis aortomonoiliaca y revascularización de eje iliaco derecho combinando bypass femorofemoral derecho-izquierdo. A las 12 horas, en situación hemodinámica más estable, se realizó una laparotomía para la extirpación de la prótesis infectada, colocación de parche aórtico y reparación de la comunicación intestinal. Se administró antibioterapia sistémica y local.

**Resultados:** El paciente fue dado de alta a los 11 días asintomático y sin complicaciones postoperatorias. A los 6 meses continúa estable y sin alteraciones en angio-TAC de control.

**Conclusión:** Esta técnica en dos tiempos que combina tratamiento endovascular y cirugía abierta es una opción terapéutica que permite el control rápido de la hemorragia y estabilización hemodinámica para la retirada del tejido infectado y reparación intestinal en condiciones más favorables para el paciente.

#### P14. ISQUEMIA MEDULAR TRAS REPARACIÓN ENDOVASCULAR EXTENSA DE UN ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA DESCENDENTE

M. Laso Morales, E. González Cañas, F. Martínez López, F. Carol Boeris, C. Colilles Calvet y A. Giménez Gaibar

*Corporació Sanitària Parc Taulí. Barcelona.*

**Introducción y objetivos:** La incidencia de paraplejía en la reparación convencional del aneurisma de aorta torácica (AAT) se encuentra entre 4,5%-21%, dependiendo de la extensión de la lesión reparada, mientras que con el tratamiento endovascular, entre 1-4%. Se ha demostrado beneficio en la utilización de drenaje de líquido cefalorraquídeo (LCR) en el postoperatorio. Presentamos un caso de un paciente que tras tratamiento endovascular de AAT presentó paraplejía.

**Material y métodos:** Varón 80 años con AAT de 9 cm que se repara de forma endovascular. Se colocó catéter intrarraquídeo para monitorización de la presión de perfusión medular (PPM) y drenaje de LCR.

**Resultados:** Se implantó una endoprótesis torácica proximal y dos extensiones, con endofuga distal que precisó nueva extensión. La PPM se mantuvo por encima de 70 mmHg durante el procedimiento. Se extrajeron 20 cc de LCR en el postoperatorio. A las 12 horas se reintervino por isquemia aguda secundaria a disección de arteria iliaca, reparada mediante trombectomía y parche. Inestable hemodinámicamente tras la perfusión. A las 48 h presenta plejía de extremidades inferiores y superior derecha. Se realiza TAC y RMN craneales que muestran infarto isquémico parietoccipital y frontal izquierdo e isquemia aguda medular (D5 a D11). Éxito a los 5 días.

**Conclusión:** La paraplejía en el tratamiento endovascular del AAT es una entidad poco frecuente, pero la cobertura extensa de la aorta es un factor de riesgo de isquemia medular, junto a la inestabilidad hemodinámica

#### P26. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE FÍSTULA AORTOENTÉRICA SECUNDARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Rioja Artal, L. Peña Morillas, T. Solanich Valldaura, C. Peñas Juárez, D. Barriuso Babot, E. Ferraz Huguet y A. Giménez Gaibar

*Hospital Parc Taulí de Sabadell. Barcelona.*

**Introducción y objetivos:** Las fístulas aortoentéricas (FAE) secundarias, son infrecuentes (0,5-1%) pero potencialmente letales por lo que requieren diagnóstico y tratamiento precoz. El tratamiento

clásico de las FAE, consiste en la extracción de la prótesis infectada y substitución por bypass extraanatómico o insitu. No obstante, son técnicas agresivas con una alta mortalidad (54%). Presentamos el caso de un paciente con FAE secundaria a bypass aortoiliaco.

**Material y métodos:** Varón de 65 años con antecedentes de bypass aortoiliaco derecho por arteriopatía periférica hace años y anemia secundaria a melenas de meses de evolución con estudio digestivo negativo. Acude a urgencias por pérdida de conocimiento y anemización requiriendo transfusión de hemáties. Dado sus antecedentes, se realiza AngioTAC evidenciando pseudoaneurisma infrarrenal a nivel de anastomosis proximal en contacto con un asa ileal.

**Resultados:** Ante la sospecha de FAE con sangrado agudo e inestabilidad hemodinámica se interviene colocando endoprótesis aortouniiliaca derecha, ocluidor en arteria iliaca común izquierda y bypass femorofemoral derecha-izquierda sin incidencias. En un segundo tiempo, se repara el defecto intestinal, realizando sutura primaria y epiploplastía de pequeño orificio en 3.ª porción duodenal. Durante el seguimiento, el paciente se mantiene asintomático, recibe antibioterapia durante 6 meses y los TAC de control muestran permeabilidad de endoprótesis, sin complicaciones.

**Conclusión:** El EVAR es una alternativa con menor morbilidad a tener en cuenta, sobre todo en la fase aguda de pacientes pluripatológicos con alto riesgo quirúrgico. Si bien no disponemos de resultados a largo plazo, en determinados casos se aconseja utilizarlo como puente a una segunda intervención más definitiva.

#### P72. TÉCNICA DE CORRECCIÓN COMPLEJA DE ENDOFUGA TRAS TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMA TORÁCICO INFECTADO

L. Ganzarain Valiente, A. Quintana Rivera, C. Ávila Puerta, C. Guerrero Ramírez, E. Mikelarena Monteiro, A. Ysa Figueras y J.L. Fonseca Legrand

*Hospital Universitario de Cruces. Vizcaya.*

**Introducción y objetivos:** Descripción de estrategia de corrección de endofugas complejas tras tratamiento endoluminal de pseudoaneurisma torácico infectado.

**Material y métodos:** Varón de 65 años con extensa comorbilidad que ingresa por sepsis estafilocócica de origen pulmonar. TAC de cribage evidencia la presencia de pseudoaneurisma infeccioso a 2 cm del origen de la arteria subclavia izquierda con aortitis perilesional. Corrección de urgencia mediante prótesis Valiant®. TAC de control evidencia crecimiento de pseudoaneurisma con aumento de hematoma perilesional originado desde rama bronquial hipertrofica. Por abordaje humeral izquierdo, embolización compleja con coils de la rama bronquial a través del espacio virtual entre la prótesis-pared aortica. Remodelado proximal de la prótesis tras finalización de procedimiento. No puntos de fuga en arteriografía de control. En TAC de control persistencia de pseudoaneurisma sin evidencia de origen de fuga pese a realización de TAC de perfusión, ecocardiograma transesofágico y arteriografía. Realización de técnica de oclusión seriada de arco aórtico y subclavia combinada con eco transesofágico intraoperatorio que evidencia la presencia de "gotera" paraprótesis generada por el catéter de embolización del procedimiento previo. Extensión proximal de la endoprótesis torácica y oclusión de subclavia izquierda mediante amplatzer.

**Resultados:** Negativización de hemocultivos. TAC de control confirma la oclusión del pseudoaneurisma. Se decide tratamiento antibiótico inicialmente durante seis semanas.

**Conclusión:** El tratamiento de endofugas tipo II sintomáticas en aorta torácica puede ser extremadamente complejo. La combinación de clampaje seriado y ecografía transesofágica intraoperatorio es útil en la detección de fugas de bajo flujo no evidenciadas mediante las pruebas de imagen convencionales.

## P01. PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LA DISECCIÓN AÓRTICA AGUDA TIPO B

M. Rivera Rodríguez, A. Marzo Álvarez, G. Inaraja Pérez, M.C. Bernardos Alcalde, I. Vázquez Berges y M. Marco Luque

*Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción y objetivos:** La disección aórtica tipo B puede presentar isquemia como complicación; presentamos el caso de un paciente que asoció además rotura arterial y fistulización arterio-venosa iliaca

**Material y métodos:** Varón de 43 años, fumador, bebedor moderador y consumidor ocasional de cocaína Acude por clínica sugestiva de isquemia aguda en MID, dolor epigástrico y lumbar derecho así como sensación de edema en dicha extremidad Exploración sugestiva de abdomen agudo y ausencia de todos los pulsos en MID, leve edema de la extremidad, conservando motilidad y sensibilidad; el paciente impresiona de gravedad. Se objetiva una TA de 260/140. En la analítica realizada: leucocitosis de 19000 sin desviación y acidosis metabólica TAC toraco-abdominal: disección aórtica tipo B de Stanford y de ramas viscerales, sin flujo distal en mesentérica superior, rotura de iliaca común derecha fistulizada a vena iliaca con hematoma retroperitoneal Se decide ligadura de iliaca común derecha, reparación de la fístula arterio-venosa, bypass femoro-femoral cruzado izquierdo-derecha e implantación de endoprótesis torácica sellando puerta de entrada. No se aprecian signos de isquemia intestinal durante la revisión quirúrgica.

**Resultados:** Evolución tórpida, con fracaso multiorgánico que requirió hemofiltración. Tretraparesia secundaria a infartos cerebrales múltiples por hipoxia. Al año y medio el paciente puede deambular con ayuda y en TAC de control se aprecia reexpansión total de luz torácica persistiendo disección abdominal.

**Conclusión:** La disección con múltiples complicaciones, es una entidad clínica poco frecuente y de difícil manejo, por lo que creemos que un abordaje agresivo de la misma, permite mejorar la supervivencia de este tipo de pacientes.

## P90. RENTABILIDAD DE RESCATE TARDÍO DE PARÉNQUIMA RENAL TRAS OCLUSIÓN DE ARTERIAS RENALES TRAS EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

C. Ávila Puerta, A. Quintana Rivera, L. Ganzarain Valiente, C. Guerrero Ramírez, E. Mikelarena Monterira, E. Pérez García, A. Ysa Figueras y J.L. Fonseca Legrand

*Hospital Universitario Cruces. Vizcaya.*

**Introducción y objetivos:** Aunque infrecuente, el fracaso renal agudo tras EVAR puede ser secundario a migración proximal del stent o cobertura inadvertida de las arterias renales. Presentamos un caso de rescate tardío de parénquima renal tras oclusión de arterias renales tras EVAR y revisión de la literatura.

**Material y métodos:** Paciente de 59 años con AAA infrarrenal de 5,8 cm asintomático. Función renal preoperatoria normal Tratamiento endovascular (anaconda®) del AAA sin incidencias. En arteriografía intraoperatoria buen posicionamiento de la prótesis con opacificación franca de ambas arterias renales. Diuresis intraoperatoria 350 ml. Sin embargo, el paciente presenta anuria en postoperatorio precoz (8 hr) por lo que se realiza TAC urgente que objetiva oclusión de ambas arterias renales con hipoperfusión del parénquima. Se decide reintervención urgente practicándose explantación de la endoprótesis + bypass aorto-biiliaco.

**Resultados:** En el postoperatorio el paciente precisa de hemofiltración prolongada hasta iniciar diuresis de forma paulatina. Al alta la función renal se ha recuperado no requiriendo hemodiálisis. Creatinina control al año 1,08 mg.

**Conclusión:** Existen pocos casos reportados en la literatura en torno a la oclusión de arterias renales prolongada tras EVAR, infiriéndose como potencial causa del aumento de tiempo de tolerancia a isquemia caliente la presencia de arterias polares o fugas inadvertidas tipo I o II durante el procedimiento. Es por ello que aunque la oclusión renal tras EVAR es infrecuente, debe establecerse un alta índice de sospecha e intervención de urgencia puesto que se puede conseguir salvamento de parénquima tras insulto isquémico prolongado.

## 2.ª Sesión

**Jueves, 30 de mayo (08:00-09:00 h)**

### P24. NUEVA TÉCNICA PARA LA RESECCIÓN DE UN GLOMUS CAROTÍDEO: EMBOLIZACIÓN TEMPORAL CON POLOXAMERO 407

J. Henry Taylor, E. María San Norberto, S. Carrera Díaz, V. Gastambide Norbis, I. Estévez Fernández, R. Fuente Garrido y C. Vaquero Puerta

*Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción y objetivos:** La resección quirúrgica siempre ha sido la opción preferida para tratar los paragangliomas carotídeos, siendo la morbimortalidad más bien alta. Se ha recurrido a la embolización preoperatoria horas o días antes de la resección quirúrgica con el fin de disminuir el sangrado intraoperatorio, pero con el riesgo de embolizaciones a la circulación intracraneal. Presentamos un caso exitosamente tratado mediante resección quirúrgica habitual con embolización previa, intraoperatoria, con Poloxámero 407.

**Material y métodos:** Una mujer de 81 años fue programada para resección quirúrgica de un paraganglioma en la bifurcación carotídea derecha. La paciente, al ingreso, refería únicamente una masa cervical, no-dolorosa, anterior al músculo ECM. Una Ecografía Doppler demostró una masa muy vascularizada en dicha zona, que luego fue reconfirmada por una Angio-RNM con Gadolinio. Con anestesia general, se procedió a la disección y control de la arteria carótida común derecha y control del nervio hipogloso, para colocar un introductor de 6F. Se procedió a realizar una arteriografía de control y a insertar un catéter intravenoso sobre una guía hidrofílica de 0,35". Se inyectó 1 ml de Poloxámero formándose un tapón vascular de unos 2 cm inmediatamente distal al catéter. Una nueva arteriografía demostró una devascularización completa del tumor. Se procedió a la resección del tumor con las técnicas habituales a través de un plano sub-adventicial. El tumor fue fácilmente resecado en bloque, tras lo cual, se disolvió el tapón irrigando el campo quirúrgico con suero salino frío.

**Resultados:** La pérdida sanguínea intra-operatoria fue de unos 115,2 ml. El tiempo operatorio fue de unos 78 minutos, y no fue necesario transfundir a la paciente. La estancia hospitalaria fue de 4 días y no se registraron eventos neurológicos o complicaciones hemorrágicas. El análisis anatomopatológico confirmó que se trataba de un paraganglioma sin signos de malignización. A los 6 meses, la paciente permanecía libre de complicaciones.

**Conclusión:** Este caso sugiere que la resección de paragangliomas carotídeos con una embolización previa de Poloxámero 407 podría ser una opción segura y efectiva para disminuir el sangrado intra-operatorio y facilitar la resección de estos tumores.



## P02. RECONSTRUCCIÓN COMBINADA DE LESIONES POLITÓPICAS DE TRONCOS SUPRAÓRTICOS EN PACIENTE PORTADOR DE BYPASS CORONARIO CON ARTERIA MAMARIA CON RESOLUCIÓN DE ISQUEMIA CORONARIA

A. Corominas Macías, M. Sirvent González y F. Platas

*Hospital Dos de Maig. Barcelona.*

**Introducción y objetivos:** Presentamos un caso de resolución combinada cirugía abierta/endovascular de lesiones politópicas severas de troncos supraórticos, con la particularidad que el paciente, portador de bypass aortocoronario con arteria mamaria, presentaba una isquemia coronaria por estenosis preoclusiva de subclavia izquierda prevertebral con síndrome de robo de subclavia. El tratamiento no solo resolvió el riesgo neurovascular sino también la isquemia coronaria en un solo procedimiento híbrido. Sin referencias halladas en literatura.

**Material y métodos:** Varón 67 a. AP: extabaquismo, HTA, dislipemia, DM II e isquemia MMII con bypass aortobifemoral 1999 y reparación rama Izda 2011. Cardiopatía isquémica: revascularización coronaria con bypass de arteria mamaria interna a DA y arteria radial izquierda en T secuencial a 2.ª MO y DP Julio 2011. Seguimiento por Cardiología por cardiopatía isquémica sintomática. CardioTC: Estenosis crítica ASbcll prevertebral. Permeabilidad de bypass de arteria mamaria a DA y de arteria radial izquierda a OM2. Oclusión de bypass a DP. Estenosis crítica ACPI ostial. CardioRNM gadolinio: Isquemia septal dependiente de bypass de mamaria interna. — ED TSA: Estenosis 80% tercio medio ACPI. Estenosis 90% ACII. Inversión AVI. — AngioRNM: Estenosis ACID 70%. Estenosis ACPI ostial preoclusiva. Estenosis preoclusiva tercio medio ACPI. Estenosis preoclusiva ACII. Obliteración segmentaria ASbcll ostial con inversión vertebral. Tratamiento: Recanalización ASbcll con stent 8 × 17 por vía humeral + TEA ACII + TEA ACPI + angioplastia de ACPI ostial con stent expandible 8 × 27.

**Resultados:** No incidentes neurológicos ni coronarios. Recuperación pulsos MSI. Alta 48 h. ED: TEAS correctas. AVI anterógrada. Curvas MSI correctas. Cardioresonancia con gadolinio: No isquemia septal.

**Conclusión:** Resolución satisfactoria con mínima invasividad de riesgo neurovascular + isquemia coronaria. No halladas referencias en literatura.

## P82. REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMA EN ARTERIA CARÓTIDA COMÚN DERECHA POSTRADIOTERAPIA CON STENT VIABAHN

J. Rodríguez Padilla, A. Bueno Bertomeu, I. López de Maturana Carrasco, C. González Hidalgo, I. Michel Guisasaola y F. Acín García

*Hospital Universitario de Getafe. Madrid.*

**Introducción y objetivos:** Los aneurismas carotídeos son una entidad infrecuente, potencialmente grave y con baja incidencia. Las principales causas son la aterosclerosis, traumatismos y disecciones. Los pseudoaneurismas aparecen en relación a endarterectomía, punciones y tras radioterapia cervical. La cirugía convencional (CC) se asocia con una alta tasa de complicaciones. La cirugía endovascular (CE) podría aportar beneficios en este tipo de patologías. La presentación de ambos, debe acompañarse de una reparación precoz para evitar sus posibles complicaciones.

**Material y métodos:** Presentamos el caso de un varón de 72 años con historia de carcinoma de laringe tratado con laringectomía y quimioradioterapia hace más de 20 años. Presentó ictus hemisférico izquierdo que cursó con disartria mano torpe derecha. Ecográficamente se sospechó estenosis crítica en arteria carótida común izquierda (ACCI) e imagen compatible con pseudoaneurisma en ACCD, confirmado posteriormente con angiografía.

**Resultados:** El tratamiento se inició en el lado sintomático, con implantación de stent en ACCI. A los 45 días se decidió CE con la colocación de stent Viabahn en ACCD. En ambos procedimientos se obtuvo buen resultado morfológico y no se registraron complicaciones locales ni generales. Se realizó seguimiento clínico y ecográfico a 1, 3, 6 y 12 meses donde se observó permeabilidad de ambos injertos y ausencia de clínica.

**Conclusión:** La patología aneurismática de troncos supraaórticos es extremadamente infrecuente, con pocos casos publicados en la literatura. La CE de este tipo de patologías, sobre todo en cuellos hostiles, y a pesar de la escasa experiencia, se configura como una excelente alternativa, minimizando las complicaciones de la CC.

## P61. PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA CARÓTIDA COMÚN COMPLICADA CON FÍSTULA FARINGO-CARÓTIDEA: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Cussó Sorribas, H. Ballon Carazas, A. Romera Villegas, N. Rizza Siniscalchi, S. García Pelegrí, E. Miret Alomar y R. Vila Coll

*Hospital Universitari Bellvitge. Barcelona.*

**Introducción y objetivos:** Caso clínico de un pseudoaneurisma de carótida común secundario a fístula faringo-carotídea en un paciente con carcinoma escamoso de orofaringe.

**Material y métodos:** Paciente de 50 años, exfumador e hipertenso, con carcinoma escamoso de cuerda vocal izquierda tratado con radioterapia en Junio 2011. Seis meses después presentó necrosis laríngea requiriendo laringectomía total y reconstrucción con colgajo radial. En el postoperatorio presentó una fístula faringo-cutánea en región cervical derecha con infección por *Pseudomona aeruginosa* multiresistente. En Agosto 2012 presentó cuadro de sangrado bucal. Acudió a urgencias de nuestro Hospital y se le realizó angioTC que detectó la presencia de pseudoaneurisma de carótida común derecha con fistulización a hipofaringe. Se decide intervención urgente con colocación de stent cubierto tipo VIABAHN 7 × 50 mm vía arteria femoral derecha de tercio medio de carótida común a bifurcación carotídea. Tres semanas después reconsulta por síndrome febril. Ante la sospecha de infección protésica, se realizó nuevo angioTC que muestra trombosis intra-stent y aire peri-protésico sugestivo de proceso infeccioso.

**Resultados:** Se realiza test de oclusión carotídea, con tolerancia al clampado durante 20 minutos y se decide intervención quirúrgica con extracción del stent, ligadura de la arteria carótida común y la vena yugular interna derechas y desbridamiento de la zona afectada. Durante el postoperatorio el paciente presenta una buena evolución, sin presentar nuevas complicaciones hasta la fecha actual.

**Conclusión:** La inserción de stent es una alternativa útil para el tratamiento de la hemorragia carotídea aguda. Precisa seguimiento estricto dadas las elevadas probabilidades de infección.

## P74. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR DEBIDO A EMBOLIZACIÓN COMPLETA EN CARÓTIDA DE MIXOMA CARDÍACO

J. Fité Matamoros, S. Bellmunt Montoya, B. Soto Carricas, S.M. Hmimina, O. PeyPOCH Pérez, J. Dilmé Muñoz y J. Escudero Rodríguez

*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.*

**Introducción y objetivos:** Paciente de 37 años que consulta en Urgencias por cuadro subagudo de 5 meses de evolución de apraxias braquiales derechas autolimitadas con episodio de afasia autolimitada ya valorado en enero de 2013 y ocasionales sensaciones de mareo con inestabilidad y sensación de descoordinación.

**Material y métodos:** Ante hallazgo en TC cerebral de lesiones isquémicas subagudas y lesiones de nueva aparición en territorio de ACM izquierda la paciente ingresa en unidad de Ictus de nuestro centro. Se realizan estudios de TC, RMN cerebral, angioRMN, dúplex transcraneal y ecocardiografías que revelan lesiones por aparente embolismo arterioarterial y en bifurcación carotídea izquierda imagen no oclusiva heterogénea atípica por morfología y posición tanto por RMN como por eco doppler de TSA. Por la clínica se programa cirugía de tromboendarterectomía carotídea y exploración arterial que se realiza extrayéndose tumoración compacta en origen de carótida interna izquierda no integrada en pared con aspecto de trombo organizado endofítico.

**Resultados:** El estudio anatomopatológico reveló compatibilidad con mixoma cardíaco embolizado a la carótida interna izquierda. Actualmente la paciente se halla asintomática en controles por cirugía vascular, cardiología, neurología y neuropsicología para rehabilitación de pequeños déficits motores residuales, y en tratamiento médico descoagulante y con estatinas a dosis altas.

**Conclusión:** El mixoma cardíaco puede ser causa de formación de trombo cardíaco y embolización distal del mismo pero en la literatura no encontramos descrito otro caso de embolismo carotídeo del mixoma íntegramente. Consideramos pues que es una entidad a tener en cuenta cuando las pruebas de imagen de son concluyentes de placa de ateroma o trombo en carótidas sintomáticas, particularmente en mujeres jóvenes. En nuestro caso, la cirugía de extracción del mixoma que provocaba sintomatología isquémica carotídea resultó curativa para la paciente ya que no dañaba ni se integraba en la pared arterial.

#### P09. OCLUSIÓN EMBÓLICA DE LA ARTERIA CEREBRAL MEDIA TRAS TEVAR POR UN ANEURISMA TORÁCICO ROTO

C. Suárez González, M. Peralta Moscoso y J. Vilariño Rico

*Hospital Universitario de La Coruña.*

**Introducción y objetivos:** El tratamiento endovascular de los aneurismas de la aorta torácica es en la actualidad la mejor opción terapéutica tanto por sus ventajas a corto y largo plazo como por la menor morbilidad. A pesar de ser una alternativa terapéutica tremendamente atractiva no está libre de complicaciones, siendo las neurológicas las más devastadoras.

**Material y métodos:** Varón de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular y miocardiopatía hipertrófica. Acude a urgencias por dolor en región dorso-lumbar izquierda de 24 horas de evolución tratado inicialmente como un cólico nefrítico. Una semana después acude a urgencias por persistencia del dolor e inestabilidad hemodinámica. Se realiza un TAC tóraco-abdominal urgente donde se objetiva un aneurisma de la aorta torácica descendente con trombo hemorrágico por ruptura. Con estos hallazgos se realiza la exclusión del aneurisma mediante el implante de tres endoprótesis Valiant® de 40 × 40 mm, 48 × 38 mm y 40 × 36 mm. El control angiográfico mostró la permeabilidad tanto de arteria subclavia izquierda como de tronco viscerales y ausencia de endoleaks.

**Resultados:** Al finalizar la intervención el paciente se encuentra estable hemodinámicamente, pero presenta hemiplejía derecha y bajo nivel de conciencia. El angio-TAC cerebral muestra oclusión de la arteria cerebral media izquierda compatible con embolismo. El deterioro neurológico es progresivo, falleciendo a la semana del procedimiento quirúrgico.

**Conclusión:** El accidente cerebro vascular es una grave complicación del tratamiento endovascular de la aorta torácica, principalmente de los casos urgentes. Está asociado a la hipoperfusión sistémica y al manejo inadecuado en arcos aórticos, por tanto, es de vital importancia extremar el cuidado de la manipulación del material endovascular y planificar cuidadosamente los casos.

#### P76. SÍNDROME DE HIPERPERFUSIÓN POSTENDOARTERECTOMÍA CAROTÍDEA: PREDICCIÓN MEDIANTE ECO-DOPPLER TRANSCRANEAL INTRAOPERATORIO

Y. Silva Blas, M. Terceño Izaga, P. Rodríguez Cabeza, J. Serena Leal, M. Castellanos Rodrigo, C. Van Eendenburg y O. Andrés Navarro

*Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Girona.*

**Introducción y objetivos:** Se revisa el caso de un paciente sometido a endoarterectomía carotídea (TEA) que presenta un síndrome de hiperperfusión cerebral (SHPC).

**Material y métodos:** Paciente de 52 años con antecedentes de hipertensión arterial e ictus sin secuelas. Consulta por afasia y hemiparesia derecha de 24 horas de evolución. Se realiza TC craneal donde se observa infarto cerebral subagudo en territorio de arteria cerebral media izquierda (ACMI) y eco-Doppler TSA con estenosis > 90% de ACI izquierda (VSM 550 cm/s), y eco-Doppler TC (DTC) que demuestra flujo amortiguado en ACMI.

**Resultados:** Se practica TEA izquierda con monitorización de la circulación intracraneal en ACMI mediante DTC durante la cirugía y se miden presiones: radial 113/74, ACC 120/81, ACC postclampaje 48/43, ACI 73/58 y ACI postclampaje 62/52 por lo que se coloca shunt. En el desclampaje inmediato se detecta incremento del 500% en la velocidad del flujo en ACMI. A las 4 horas de la cirugía el paciente presenta deterioro neurológico con disminución del nivel de conciencia, anisocoria y movimientos de descerebración coincidiendo con hipertensión arterial de difícil control. Se solicita TC craneal que muestra hemorragia cerebral de 105 cc con efecto masa, herniación uncal y subfalcial. El paciente fallece a los dos días.

**Conclusión:** El SHPC es una complicación que ocurre en el 2% de los pacientes sometidos a TEA. Los factores predisponentes son la hipertensión arterial y disminución de la reserva cerebrovascular. La monitorización intraoperatoria mediante DTC es una herramienta útil en la predicción de esta complicación y el manejo de estos pacientes intensificando el tratamiento hipotensor.

#### P75. DENERVACIÓN RENAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL REFRACTARIA: SEGURIDAD Y ASPECTOS TÉCNICOS (ESTUDIO PRELIMINAR)

A. Velescu, C. Lloret Pont, E. Mateos Torres, L. Sans Atxer, S. Vásquez González, A. Oliveras Serrano y A. Clará Velasco

*Hospital del Mar. Barcelona.*

**Introducción y objetivos:** La hiperactividad del sistema nervioso simpático se halla en la base de la patogénesis de la hipertensión esencial. La presente comunicación analiza los aspectos técnicos y seguridad de la ablación renal por radiofrecuencia (ARRF) en pacientes con hipertensión esencial refractaria (HER).

**Material y métodos:** Desde Abril de 2012, se han tratado 3 pacientes (2 mujeres y 1 varón, de edades 59, 57 y 53 años, respectivamente) con HER mediante ARRF (indicada por nefrólogos) con catéteres Simplicity 1 (Medtronic). En todos los pacientes se excluyeron arterias renales de medidas inadecuadas o estenóticas mediante angioRMN.

**Resultados:** Los procedimientos se realizaron bajo: 1. Anestesia local y sedoanalgesia sistémica (midazolam y remifentanilo) supervisada, 2. Heparinización (1 mg/kg), y 3. Nitroglicerina intrarrenal (0,2 mg), en quirófano convencional con arco digital General Electric OEC 9900 Elite. Los 6 cateterismos renales se realizaron mediante catéteres-guía de 6F tipo RDC-1 o LIMA, progresando directamente el catéter de ablación hasta la bifurcación renal. A partir del borde inferior de ésta, se realizaron entre 4 y 6 denervaciones (Riñón derecho 6, 5, 6; Izquierdo 5, 4, 5) siguiendo un tra-

yecto espiral hasta terminar en el borde superior del ostium renal. Al finalizar, se realizó angiografía de comprobación, neutralizó la heparina y utilizó un cierre percutáneo Starclose femoral. La duración media de los procedimientos fue de 1 h 30'. No se registraron complicaciones locales o sistémicas durante o después de éste y los pacientes fueron dados de alta a las 24 horas.

**Conclusión:** La ARRF constituye una técnica segura, no compleja y al alcance de cirujanos vasculares con un dispositivo estándar de imagen radiológica digital.

#### **P40. UTILIZACIÓN DE DOBLE GUÍA DE SOPORTE EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LAS ESTENOSIS COMPLEJAS DE LA ARTERIA RENAL**

S. Ibáñez Pallarès, C. Llorc Pont, E. Paredes Mariñas, K. Guevara Noriega, F. Castro Bounce, A. Velescu y A. Clará Velasco

*Hospital del Mar. Barcelona.*

**Introducción y objetivos:** La realización de una angioplastia renal puede verse limitada por una calcificación aorto-renal extensa, que puede llegar a impedir la progresión del stent e incluso de un balón de predilatación. Se describe una variante técnica consistente en la introducción de dos guías de soporte de bajo perfil (0,014 pulgadas, Thru way, Boston) en la arteria renal para mejorar la estabilidad del sistema y posibilitar la progresión del stent con o sin dilatación previa. Con el stent en posición, se retira la segunda guía antes de su liberación.

**Material y métodos:** Primer caso: varón de 82 años, hipertenso (4 fármacos) y deterioro funcional renal tras ARA-II, y estenosis renal derecha calcificada del 70% (oclusión segmentaria contralateral). Tras un procedimiento estándar infructuoso, se cateterizó la arteria renal derecha con doble guía, permitiendo realizar tres angioplastias simples (balones 2 × 2 mm, 3 × 8 mm, 4 × 15 mm) e implantar un stent (4 × 16 mm expandible por balón). Segundo caso: varón de 85 años, hipertenso (3 fármacos) e insuficiencia renal, y estenosis renal bilateral de predominio derecho. Tras un procedimiento estándar infructuoso, se realizó cateterismo renal dcho con doble guía, posibilitando predilatación única con balón de 2 × 2 mm e implantación de stent 5 × 18 mm expandible por balón.

**Resultados:** Permeabilidad angiográfica con normalidad o estenosis residual < 30%; sin complicaciones peri o post-procedimentales; normalización hemodinámica posterior (eco-doppler).

**Conclusión:** La utilización de una doble guía de soporte permite realizar la angioplastia renal en aquellos casos en que por calcificación aorto-renal extensa el avance de los dispositivos es particularmente complejo o imposible.

#### **P49. OCLUSIÓN AGUDA DE LA ARTERIA RENAL EN PACIENTE MONORRENO: TRATAMIENTO ENDOVASCULAR CON FIBRINOLISIS Y STENTING**

R. Fuente Garrido, M. Martín Pedrosa, E. San Norberto García, V. Gutiérrez Alonso, I. Fernández Estévez y C. Vaquero Puerta

*Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción y objetivos:** La oclusión de la arteria renal es una entidad poco frecuente en la práctica clínica diaria debido a su rareza y presentación clínica inespecífica, requiere una elevada sospecha clínica para llegar al diagnóstico. La embolia es la etiología más frecuente y sin un tratamiento óptimo y urgente produce invariablemente un infarto renal.

**Material y métodos:** Mujer de 86 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, fibrilación auricular y nefrectomía izquierda por pielonefrosis que ingresa en nuestro servicio por presentar anuria de 12 horas de evolución. Mediante Angio-TAC se evidencia oclusión de arteria renal derecha. Se plantea revascu-

larización endovascular mediante acceso femoral izquierdo, bajo anestesia loco-regional. Tras arteriografía se cateteriza muñón de arteria renal derecha con catéter Bentson. Se consigue recanalizar la oclusión con guía winn 80. Se realiza fibrinólisis intratrombo con uroquinasa tras la cual se aprecia renograma completo, y lesiones estenóticas compatibles con arteriosclerosis por lo que se colocan 3 stents balón expandibles renal (Herculink, abbott 7 × 18). El control arteriográfico intaroperatorio demuestra permeabilidad completa.

**Resultados:** En el post-operatorio inmediato, la paciente precisó cuatro sesiones de hemodiálisis mejorando los parámetros de daño renal. Al mes la paciente no precisa diálisis, con diuresis normalizada y creatinina de 1,3 mg/dl. Al alta se mantiene tratamiento con antiagregación y anticoagulación.

**Conclusión:** El tratamiento endovascular con fibrinólisis intraarterial y stenting ofrece una alternativa rápida, segura, y mínimamente invasiva respecto a la cirugía abierta convencional.

#### **P37. CIRUGÍA HÍBRIDA POR ANEURISMA AÓRTICO SUPRARRENAL MICÓTICO**

E. Rollan Saint-Amand, F. Pañella Agustí, N. Argiles Mattes, J. Sepúlveda Grisales, C. Pantoja Peralta, B. Arefai y V. Martín Paredero

*Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.*

**Introducción y objetivos:** Presentamos un caso de tratamiento urgente de un aneurisma aórtico suprarrenal sintomático en un paciente pluripatológico de alto riesgo quirúrgico

**Material y métodos:** Paciente de 69 años, hipertenso, dislipémico, cardiopata con insuficiencia mitral moderada y EPOC severo, que acude a urgencias por dolor en flanco derecho de un mes de evolución que se ha intensificado en la últimas horas. Se realiza Angio-TC que muestra aneurisma sacular suprarrenal de 90 cm sin signos de ruptura. Se plantea la exclusión aneurismática mediante endoprótesis previa revascularización extraanatómica del Tronco celiaco y Arteria Mesentérica superior.

**Resultados:** Se realiza angio-TC de comprobación en el que se confirma la exclusión del aneurisma y la correcta permeabilización de las arterias viscerales. Tras dos semanas de ingreso hospitalario el paciente es dado de alta sin complicaciones.

**Conclusión:** La cirugía híbrida de la aorta abdominal es una opción válida y con buenos resultados para el tratamiento de la enfermedad aórtica que engloba los troncos viscerales.

#### **P17. EMBOLIA ARTERIAL BRAQUIAL AGUDA SECUNDARIA A RABDOMIOSARCOMA CARDÍACO**

C. Juvin Bouvier, E. Ruiz Solano, J. Sánchez Rodríguez, A. Adsuar Gómez, F. Gómez Ruiz, S. Villar Jiménez y C. Pardo Pardo

*Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Introducción y objetivos:** Presentar un caso de patología quirúrgica vascular aguda como primera manifestación de una afección oncológica poco frecuente así como el manejo diagnóstico y terapéutico en enfermos sin patología potencialmente embolígena conocida.

**Material y métodos:** Varón de 31 años sin factores de riesgo ni patologías conocidas que tras esfuerzo presenta tumefacción, cianosis y frialdad distal en miembro superior izquierdo; pulsos conservados salvo en arteria radial observándose mediante eco-Doppler trombosis de la misma. Se administra 100 mg de enoxaparina y se realiza trombembolotomía quirúrgica. La ecocardiografía transtorácica para filiar foco embolígeno muestra masa en aurícula izquierda que la transeofágica caracteriza como de 40 × 27 mm, con irregularidades y de alto riesgo embólico. La

resonancia magnética cardíaca orienta hacia masa tumoral y se procede a cirugía cardíaca de exéresis.

**Resultados:** Las características macroscópicas tumorales y las anatomopatológicas de la masa y el trombo orientan al diagnóstico de rhabdomyosarcoma cardíaco de alto grado. Tras el alta presenta ictus embólico, iniciándose adriamicina. Se comprueba recidiva tumoral y extensión hepática, suprarrenal y ósea, siendo éxitus a los tres meses del primer evento.

**Conclusión:** El despistaje de los posibles focos en la embolia arterial aguda es necesario en pacientes sin origen claro, siendo el cardíaco el más probable. Las pruebas de imagen y el tratamiento quirúrgico son fundamentales en el manejo de esta patología.

### 3.ª Sesión

**Viernes, 31 de mayo (08:00-09:00 h)**

#### P36. HOMIINJERTO CRIOPRESERVADO EN ESPIRAL: UN RECURSO A LA CIRUGÍA DE RECURSO

P. Hollstein Cruz, F. Rielo Arias, L. Franco Núñez, E. Pérez Carballo, J. Durán Mariño y J. García Colodro

*Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA). Lugo.*

**Introducción y objetivos:** No existe un acuerdo común sobre la revascularización ante una infección protésica aórtica (in situ vs extraanatómica) pero cuando un grupo se decanta por la primera opción, desde hace un tiempo se viene observando en nuestros bancos de tejidos una apremiante escasez de homoinjertos criopreservados aórticos quedando únicamente sectores de menor diámetro.

**Material y métodos:** Documentamos una alternativa a este problema, ya usada con venas safenas o femorales superficiales: arteria criopreservada en espiral. En este panel exponemos la técnica realizada con una arteria criopreservada de 42 cm de longitud y diámetros proximal y distal de 8 y 6 mm respectivamente que se utilizó en un caso de infección protésica aórtica en fase aguda con compromiso inguinal izquierdo. Describimos, entre otras cosas, los moldes utilizados, el tipo de sutura, el espaciado entre puntos y el cálculo básico trigonométrico previo.

**Resultados:** Con una arteria de 8 mm de diámetro y 40 cm de longitud obtenemos una neoarteria de 15 mm y casi 20 cm de longitud, totalmente estanca. Entre las espirales de líneas de sutura hay espacio para hacer un ostium para una nueva anastomosis a un vaso o a una safena para un bypass ilíaco.

**Conclusión:** Sobre la base de nuestra experiencia inicial (y teniendo en cuenta que ningún servicio debería desear tener experiencia en infección protésica). Para nosotros la ausencia de aortas torácicas criopreservadas ya no es un impedimento para una revascularización "in situ" en ausencia de otras alternativas más adecuadas.

#### P34. MIGRACIÓN CRANEAL Y MALPOSICIONAMIENTO DE ENDOPRÓTESIS AÓRTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Paulin Vera, P. Hollstein Cruz, L. Franco Núñez, F. Rielo Arias, E. Ruiz Díaz, J. Pulpeiro Ríos y J. García Colodro

*Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.*

**Introducción y objetivos:** Uno de los momentos críticos del procedimiento EVAR, es el despliegue de la endoprótesis sobre el cuello aórtico. Desgraciadamente, a pesar de los avances en los materiales; no existen procedimientos endovasculares reglados en el

caso de presentarse una migración proximal como alternativa a la conversión a cirugía abierta.

**Material y métodos:** Varón de 78 años con diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal de 50 mm asintomático, que es programado para colocación de endoprótesis aórtica-bifurcada tipo Excluder de 28 mm de diámetro y 140 mm de longitud (PXT281414), sobre un cuello cónico de 23 mm. Durante el procedimiento, presenta como complicación la migración craneal del cuerpo de la prótesis con compromiso de los troncos viscerales y sin posibilidad de movilizarla caudalmente; por lo que, teniendo en cuenta que la aorta torácica descendente presentaba un diámetro de 28 mm, se decide realizar el anclaje de la prótesis a este nivel mediante maniobras de arrastre con balones de angioplastia. A las 48 horas, se realiza nuevamente implante de endoprótesis excluyendo el aneurisma sin complicaciones.

**Resultados:** El angioTAC de control al sexto mes de seguimiento muestra una correcta exclusión del aneurisma y buen posicionamiento de la prótesis bifurcada en la aorta torácica.

**Conclusión:** El anclaje de una endoprótesis aórtica bifurcada en la aorta torácica descendente a consecuencia de una migración craneal del cuerpo aórtico es posible, aunque arriesgado. Para poder realizar esta maniobra es fundamental conocer las características anatómicas del paciente, así como del material endovascular implantado.

#### P53. ENDOPRÓTESIS BIFURCADA EN PACIENTES CON BIFURCACIÓN AÓRTICA ESTRECHA. ¿CUÁL ES EL LÍMITE?

P. Rodríguez Cabeza, O. Andrés Navarro, A. Presas Porcell y O. Roset Balada

*Hospital Universitari Josep Trueta. Girona.*

**Introducción y objetivos:** Exponer dos casos límite de pacientes con aneurisma de aorta abdominal y bifurcación aórtica estrecha tratados de forma exitosa con endoprótesis bifurcada.

**Material y métodos:** Se trata de dos varones de 65 y 75 años con AAA infrarrenal quirúrgico con bifurcaciones aórticas de 14 y 13 mm respectivamente y con ausencia de calcio en las mismas a los que se colocó de forma programada una endoprótesis bifurcada Zenith LP con ramas de Spiral-Z (Cook). Se realizó un abordaje femoral bilateral abierto en ambos pacientes. Se eligió un cuerpo corto de endoprótesis Zenith LP para evitar la cateterización de la rama contralateral cerca de la bifurcación. Tras la implantación de la endoprótesis se realizó un kissing balloon para asegurar un correcto despliegue de ambas patas.

**Resultados:** Los pacientes presentaron un postoperatorio sin incidencias y en el control a los tres meses presentan una correcta permeabilidad de las prótesis sin imágenes de kinking.

**Conclusión:** Pese a que las indicaciones de las casas comerciales establecen el uso de una prótesis aorto-uniliaca en pacientes con bifurcaciones aórticas < 16-18 mm; creemos que en casos seleccionados de pacientes con escasa calcificación en la bifurcación aórtica, los nuevos modelos de prótesis y la asociación de diversas técnicas nos permite apurar las indicaciones a fin de evitar la realización de un bypass extraanatómico.

#### P33. SEPSIS EN PACIENTE INTERVENIDO DE ANEURISMA POPLÍTEO

B. Genovés Gascó, A. Plaza Martínez, J. Zaragoza García, I. Crespo Moreno, F. Gómez Palóns y E. Ortiz Monzón

*Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.*

**Introducción y objetivos:** Varón de 62 años que consulta por fiebre y dolor en miembro inferior derecho, de 3 semanas de evolución. Como antecedentes patológicos: exclusión de aneurisma poplíteo (AP) y bypass poplíteo-poplíteo bilateral con vena safena interna



(derecho en 2006 e izquierdo en 2009). Presenta pulsos a todos los niveles en miembros inferiores y edema del derecho.

**Material y métodos:** Pruebas complementarias: En la analítica existe leucocitosis y elevación de la PCR. Y en la AngioTC observamos crecimiento del AP derecho, actualmente de 10 cm, sin captación de contraste en su interior. El bypass se encuentra permeable y desplazado. Ante la sospecha de infección se solicita una PET/TC, que muestra una captación hiperintensa periférica del aneurisma; confirmando el diagnóstico de infección de AP.

**Resultados:** Tratamiento: Se inicia antibioterapia empírica con piperacilina/tazobactam y vancomicina, y se realiza la resección completa del aneurisma. Los cultivos del saco aneurismático fueron positivos para *staphylococcus aureus* metacilin sensible, por lo que se inicia antibioterapia específica con cloxacilina. Los hemocultivos fueron negativos. A los 14 días de la intervención presenta un pseudoaneurisma dependiente del bypass, que se excluye con una endoprótesis cubierta (Viabahn). A los 11 meses el bypass se encuentra permeable y no han reaparecido signos clínicos, analíticos ni ecográficos de infección activa.

**Conclusión:** La infección de AP tras su exclusión es excepcional, habiendo publicados sólo 4 casos. El diagnóstico suele ser clínico, ecográfico y mediante TC. La TC presenta una sensibilidad baja (55%), especialmente en casos de infecciones de bajo grado. La PET/TC aumenta la sensibilidad a un 90%, pudiendo diferenciar la inflamación de la infección. El tratamiento clásico es la resección del aneurisma y antibioterapia. En nuestro caso, decidimos tratar el pseudoaneurisma postoperatorio de forma endovascular debido a que no disponíamos de venas aptas, de injerto criopreservado adecuado, y a que era una zona reintervenida.

### P23. EMBOLOMISMO SÉPTICO ARTERIAL EN EXTREMIDAD INFERIOR COMO COMPLICACIÓN DE INFECCIÓN DE ENDOPRÓTESIS AÓRTICA TRAS ABSCESO DENTAL

L. Peña Morillas, E. González Cañas, D. Barriuso Babot, M. Lloret Cano, C. Peñas Juárez, T. Solanich Valldaura y A. Giménez Gaibar

*Hospital de Sabadell. Barcelona.*

**Introducción y objetivos:** La infección protésica tras exclusión endovascular de aneurisma de aorta abdominal (AAA) es inferior al 3% asociando tasas de mortalidad del 25%. El tratamiento de elección es la retirada del injerto asociando tratamiento antibiótico y nueva técnica de revascularización. En casos con elevada comorbilidad el tratamiento antibiótico se presenta como única opción terapéutica. Presentamos el caso de un paciente con infección protésica tardía tras extracción dental que presento un embolismo séptico arterial en extremidad inferior.

**Material y métodos:** Varón de 64 años exfumador y enol con antecedentes de hipertensión arterial y obesidad mórbida (IMC 41). Se trató mediante endoprótesis bifurcada para exclusión de AAA de 10 cm de diámetro y un catéter doble J por ureterohidronefrosis, que se retiró a los 2 meses sin incidencias. A los 6 meses de la cirugía presentó síndrome febril por absceso perimolar con hemocultivos positivos para *Streptococcus anginosus*. En controles posteriores (2 meses) se objetiva gas periprotésico en la tomografía axial computerizada (TAC) y gammagrafía positiva, confirmando la infección del injerto. Se decide tratamiento antibiótico prolongado por elevado riesgo quirúrgico.

**Resultados:** A los 20 meses presenta fiebre y dolor en pierna izquierda. Se objetiva oclusión de tronco tibioperoneo por embolismo séptico y múltiples abscesos infrageniculares en pierna izquierda. Se realiza desbridamiento quirúrgico aislándose el mismo microorganismo, con resolución posterior. El saco aneurismático en el último TAC ha disminuido a 40 mm.

**Conclusión:** El tratamiento conservador con antibióticos si bien ha conseguido evitar complicaciones aórticas, no ha evitado compli-

caciones graves como el embolismo séptico. Si bien, se presenta como única opción en pacientes de alto riesgo.

### P20. ESCLEROSIS CON POLIDOCANOL VÍA TRANSVENOSA DE MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA PERIFÉRICA DIGITAL

J. Elías Mingot, P. Pérez Ramírez, J. Sampere Moragues, L. Ramos Cuesta, C. Lisbona Sabater, A. Martorell Lossius y S. Llagostera Pujol

*Hospital Germans Trias i Pujol. Barcelona.*

**Introducción y objetivos:** Las malformaciones vasculares periféricas (MVP) son la consecuencia del desarrollo anormal de las estructuras vasculares durante el período embrionario. Presentamos un caso de una paciente con MVP digital refractaria al tratamiento quirúrgico.

**Material y métodos:** Mujer de 17 años sin antecedentes de interés que presenta MVP en segundo dedo de extremidad superior izquierda con dolor e impotencia funcional, fue tratada mediante cirugía convencional 2 años antes, siendo esta parcialmente efectiva. Se realiza RMN confirmando la presencia de MVP, por lo que se decide realizar estudio radiológico invasivo de la lesión con fines terapéuticos.

**Resultados:** Mediante arteriografía, se realiza imagen diagnóstica de la MVP. Sin embargo, el tratamiento se hace mediante flebo-grafía por punción de vena céfalica del antebrazo inyectando, a través de catéter vertebral colocado previo al nidus vascular, 2 cc de polidocanol disueltos en 3 cc de aire para obtener la espuma. Se mantiene el torniquete digital durante 3 minutos. En la imagen radiológica posterior se obtiene la práctica y total desaparición por esclerosis del nidus. La paciente es dada de alta a las 24 horas sin presentar complicaciones y en los controles mensuales posteriores no se observa reperfusión.

**Conclusión:** La arteriografía sólo se utilizaba como medio diagnóstico para conocer la extensión de estas malformaciones y sus componentes arterial y venoso; sin embargo, la tendencia actual es la de utilizar los estudios técnicas endovasculares como método terapéutico de primera elección. El polidocanol produce una hiperhidratación rápida de las células endoteliales que conduce a una lesión vascular y trombosis de éstas; es un procedimiento prácticamente indoloro.

### P22. PARAGANGLIOMA MALIGNO INTRATORÁCICO SECRETOR DE CATECOLAMINAS

O. Roset Balada, O. Andrés Navarro, P. Rodríguez Cabeza, A. Presas Porcell, M. Rubio Garay, M. Recasens Sala y F. Sebastián Quetlas

*Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular del Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona.*

**Introducción y objetivos:** Dar a conocer el caso poco frecuente de un paraganglioma maligno intratorácico.

**Material y métodos:** Varón de 28 años con hipertensión arterial de difícil control al que se le detecta una masa expansiva polilobulada centrada en la unión cervico-torácica derecha con extensión a mediastino superior. La masa contacta y envuelve a las arterias carótida primitiva y subclavia derecha así como al tronco braquicefálico derecho, causando desplazamiento y compresión significativos de la vena cava superior. En el estudio preoperatorio se detectó un aumento significativo de metanefrinas en orina. EN la gammagrafía con octreotide se detectó que dicha masa hiperexpresaba receptores de somatostatina (SST2-5). Se decide realizar la exéresis del mismo previa embolización 48 horas antes de la intervención quirúrgica. Tras la embolización se realiza la exéresis tumoral vía látero-cervical derecha y esternotomía media completa requiriendo bypass desde el tronco braquicefálico derecho a la arteria subclavia derecha prevertebral por invasión de la pared arterial. Macroscópicamente se logró extirpar toda la masa tumoral.

**Resultados:** No hubo complicaciones durante el postoperatorio. EL Octreoscan al mes indica un foco captante en adenopatía supraclavicular. Ante este hallazgo se presentó en comité de tumores descartándose inicialmente el abordaje quirúrgico por el elevado riesgo. Actualmente el paciente ha iniciado tratamiento con análogos de la somatostatina.

**Conclusión:** Dada la complejidad del tratamiento de un paraganglioma maligno intratorácico es imprescindible un abordaje del caso tanto de manera multidisciplinar como agresiva.

## P21. PARAGANGLIOMA ABDOMINAL

E. Evangelista Sánchez, M. Rodríguez Piñero, E. García Turrillo, R. Láinez Rube, J. López Atehortúa y E. Doiz Artazcoz

*Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.*

**Introducción y objetivos:** Los paragangliomas son tumores poco frecuentes que derivan de las células de la cresta neural. El 80% tienen localización adrenal y el 10% extraadrenal, dentro de éstos es más frecuente en el órgano de Zuckerkandl. Presentan comportamiento maligno en 20-41%, con crecimiento lento y metástasis tardías.

**Material y métodos:** Varón de 30 años, antecedentes de síndrome desfiladero torácico, dolores abdominales inespecíficos desde hace 9 años, reacción urticarial no filiada resistente a tratamiento, intervenido de apendicectomía y miopía. Es derivado a nuestra consulta por Servicio de Digestivo con los siguientes estudios: ecografías seriadas desde hace 9 años con nódulo de 4 cm compatible con adenopatía interaortocava sin evidenciarse cambios en el tamaño; AngioTAC y angioRNM informados de adenopatía inflamatoria sin poder descartar tumoración de origen neurogénico; PAAF de masa retroperitoneal ecoguiada con diagnóstico de paraganglioma. Estudio por Endocrinología que encuentra Hipertensión arterial no tratada, elevación de catecolaminas y VAMA en orina y en gammagrafía MIBG se aprecia lesión captadora de mediana intensidad en planos posteriores de región abdominal paraumbilical derecha.

**Resultados:** Tras control de la HTA, se realiza resección de lesión vía retroperitoneal derecha y se confirma el diagnóstico anatomopatológico. El postoperatorio fue favorable, siendo alta a los 7 días. **Conclusión:** Debido a la posible malignización y metástasis tardías, el tratamiento de elección de estos tumores es la resección de la lesión completa, la cual se acompaña de mejoría en la supervivencia. También es obligado realizar un seguimiento exhaustivo y prolongado.

## P50. ANEURISMA MICÓTICO DE AORTA ABDOMINAL SECUNDARIO A EMBOLISMO SÉPTICO POR INFECCIÓN PROTÉSICA DE AORTA TORÁCICA

C. Blanco Amil, I. López Arquillo, E. Fraga Muñoz, M. Mosquera Barreiro, L. Gómez Tollar, J. Encisa de Sá y A. Rosendo Carrera

*Hospital Xeral-Cies. Vigo.*

**Introducción y objetivos:** Los aneurismas micóticos representan el 1% de los aneurismas de aorta abdominal. Clásicamente secundarios a embolismos sépticos por endocarditis infecciosa, actualmente se han descrito casos aislados por embolismo en el contexto de infecciones protésicas. Presentamos un caso de un pseudoaneurisma micótico tratado con cirugía convencional.

**Material y métodos:** Mujer de 38 años de edad, intervenida de disección de aorta tipo A de Stanford, en seguimiento por infección protésica en Cirugía Cardíaca. Tras mala evolución con tratamiento conservador y posterior recambio protésico, en angioTAC de control se evidenciaron hallazgos compatibles con pseudoaneurisma micótico a nivel de bifurcación aorto-iliaca. Se decidió realizar el explante en bloque de aorta infrarrenal y ejes ilíacos con exéresis ganglionar, bypass aorto-biilíaco con prótesis de Dacron impregna-

da en Rifampicina, antibioterapia y antifúngico endovenoso. Cultivo intraoperatorio: Cándida y anaerobios.

**Resultados:** La evolución fue favorable, siendo dada de alta al mes y medio sin nuevos cuadros febriles ni focos de infección. A los 12 meses continúa asintomática y sin alteraciones en las pruebas de imagen.

**Conclusión:** El manejo de los aneurismas micóticos de aorta abdominal por embolismo séptico secundario a infección protésica es similar a los causados por otros focos infecciosos, siendo el tratamiento de elección la resección del segmento afecto y restablecimiento del flujo arterial (anatómico o extraanatómico) además de antibioterapia prolongada. En nuestro caso se decidió realizar un bypass anatómico debido a la edad de la paciente con buen resultado y evolución satisfactoria.

## P92. INFECCIÓN EN PIE DIABÉTICO, CONCORDANCIA ENTRE SENSIBILIDAD DE LA FLORA HOSPITALARIA Y RECOMENDACIONES ACTUALES DE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

L. Cuervo Vidal, A. Salazar Álvarez, J. Álvarez García, N. Aleicel Concepción, D. Rojas Esquivel, A. Fernández Heredero y L. Riera de Cubas

*Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Introducción y objetivos:** La infección en pie diabético (IPD) es un importante problema sanitario, por su elevada frecuencia, recidiva y costos. Nuestro objetivo es valorar la sensibilidad de los microorganismos implicados en nuestro ámbito y si su sensibilidad se corresponde con el tratamiento antibiótico recomendado según la última guía americana de práctica clínica: Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Diabetic Foot Infections, 2012 (IDSA-2012).

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo de todos los casos de IPD en grado severo, entre enero 2012 y febrero 2013, que requirieron tratamiento quirúrgico (drenaje, amputación menor o mayor). Se realiza toma de cultivo de tejidos y análisis del tipo de microorganismo implicado y antibiograma.

**Resultados:** Se analizan 33 IPD, con edad media 64 años. Se aísla *Staphylococcus aureus* meticilin-sensible en el 18,8% de los casos y *Staphylococcus aureus* meticilin-resistente en el 15,6%. Se aísla *Pseudomonas aeruginosa*, formando parte de la flora polimicrobiana, en el 9% y en un caso aislada como germen único. El 100% de los gérmenes aislados eran sensibles al tratamiento antibiótico recomendado por las guías.

**Conclusión:** En nuestro medio, el *Staphylococcus aureus* es el germen aislado con mayor frecuencia. La sensibilidad a antibióticos de los microorganismos de nuestro centro hacen aplicables las recomendaciones de tratamiento antibiótico para IPD severo de la guía IDSA-2012.

## P73. HEMOPTISIS MASIVA AMENAZANTE

M. Hernández Carbonell, N. Moradillo Renuncio, E. de la Cruz Echevarría, F. Medina Maldonado, I. Agúndez Gómez, M. Herrero Bernabé y J. Mateos Otero

*Hospital Universitario de Burgos.*

**Introducción y objetivos:** La fístula aortobronquial es una entidad poco frecuente que habitualmente debuta con hemoptisis masiva y grave alteración hemodinámica y respiratoria.

**Material y métodos:** Varón de 77 años que presenta súbitamente hemoptisis abundante con insuficiencia respiratoria franca, precisando intubación orotraqueal por el servicio de emergencias y traslado a UCI. En ANGIOTAC TORAX se visualiza aorta torácica elongada de 53 mm de diámetro, con úlceras penetrantes en caya-do y aorta descendente y hemorragia en LSI. Aortografía sin sangrado activo. Se decide intervención quirúrgica urgente, bypass carótido carotídeo, ligadura de CCI proximal y TEVAR con enrasado

de a nivel de tronco braquiocefálico. Se utilizan cuatro módulos solapados de distal a proximal: 34-34 × 150 mm + 36-36 × 150 mm + 38-42 × 150 mm + 42-42 × 150 mm con buen resultado final.

**Resultados:** En postoperatorio inmediato presenta nefropatía por contraste y cuadro respiratorio, resueltos con tratamiento médico. Se realiza TC de control al mes y a los 3 meses, sin signos de endofuga ni sangrado activo. El paciente falleció a los 4 meses por insuficiencia respiratoria prolongada sin signos de sangrado activo. **Conclusión:** Actualmente el manejo endovascular es el tratamiento de elección debido a la grave alteración hemodinámica de estos pacientes. A pesar de conseguir sellar la fuga, el daño pulmonar masivo ensombrece el pronóstico.

### P89. DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO TRAS CIRUGÍA AÓRTICA EN PACIENTE JOVEN

M. Guillén Fernández, J. Cuenca Manteca, S. Lozano Alonso, L. Salmerón Febres y E. Ros Die

*Hospital Universitario San Cecilio. Granada.*

**Introducción y objetivos:** Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de síndrome del ligamento arcuato medio (SLAM), entidad poco frecuente caracterizada por la compresión proximal del tronco celiaco (TC).

**Material y métodos:** Varón, 60 años, HTA e hipercolesterolémico, residente en la India hace 15 años e intervenido hace 7 por AAA yuxtarenal asintomático de 85 mm mediante interposición de injerto de Dacron. Eventración laparotómica tratada con malla de polipropileno 2 años después. Consulta en reiteradas ocasiones por dolor abdominal epigástrico, no relacionado con la ingesta, sin pérdida de peso asociada pero que le supone una discapacidad franca. Abdomen con dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio izquierdo, sin signos de irritación peritoneal ni masa pulsátil. Pulsos conservados a todos los niveles. TAC abdominal cc iv con hallazgos compatibles con SLAM, aneurisma de TC no complicado de 21 mm y esplenomegalia de 16 cm. Se realiza tratamiento quirúrgico consistente en esplenectomía, sección de fibras del ligamento arcuato medio (LAM), resección del aneurisma de TC con interposición de injerto de PTFE T-T y esplenectomía.

**Resultados:** El post-operatorio cursa sin incidencias, con mejoría significativa del dolor abdominal, siendo dado de alta al 12.º día con control ecográfico del injerto permeable. Estudio del bazo del paciente sin hallazgos de interés.

**Conclusión:** La sección del LAM junto con un procedimiento de reconstrucción vascular es la opción más acertada en pacientes jóvenes con lesión de TC.

## 4.ª Sesión

**Viernes, 31 de mayo (08:00-09:00 h)**

### P57. ESTUDIO PILOTO DE VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA: RELACIÓN ENTRE ESPECTROSCOPIA ÓPTICA E ITB EN LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

N. Concepción Rodríguez, L. Riera del Moral, A. Fernández Heredero, L. Cuervo Vidal, D. Rojas Esquivel y L. Riera de Cubas

*Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Introducción y objetivos:** El sistema INVOS de Covidien se presenta como el estándar de referencia clínica en oximetría tisular (cerebral y somática). Se trata de un sistema de monitorización no invasiva en tiempo real de la saturación sanguínea de oxígeno en un tejido específico del organismo. Objetivo: buscar una relación

entre sus resultados y los del ITB en la valoración de la enfermedad arterial periférica.

**Material y métodos:** Estudio observacional. Se estudiaron 8 pacientes ingresados en nuestro centro por isquemia crítica. Se recogieron datos demográficos, clínicos y factores de riesgo cardiovascular; y se tomaron medidas de ITB y oximetría tisular. El sistema INVOS dispone de 2 sensores, se colocó uno en pie (dos medidas: angiosomas de tibial anterior-pedia y tibial posterior) y otro control en región infraclavicular izquierda; se recogieron datos absolutos y relativos y se compararon con los del ITB.

**Resultados:** Encontramos una relación directa entre los resultados del ITB y la oximetría tisular intrapaciente; no así en términos generales, debido probablemente a nuestro pequeño tamaño muestral. Hallamos asimismo una relación directa en los valores preoperatorios y postoperatorios entre ambas técnicas.

**Conclusión:** El sistema INVOS es una prueba sencilla no invasiva que podría utilizarse en aquellas situaciones en las que el ITB no es valorable (vasos no compresibles o con presiones falsamente elevadas por calcificación arterial). Podría ser útil intraoperatorio en procedimientos de revascularización al aportar información en tiempo real de la saturación sanguínea de oxígeno en un angiosoma determinado. Sin embargo, para poder validar estos resultados, sería necesario aumentar el tamaño muestral.

### P65. REVASCULARIZACIÓN DE MIEMBROS INFERIORES DESDE AORTA SUPRACELÍACA Y TORÁCICA: 6 CASOS

M. Riedemann Wistuba, L. Álvarez García, F. Álvarez Marcos, M. Alonso Pérez, A. Zanabali Al-Sibbai, L. Cambor Santervas y J. Llana Coto

*Hospital Universitario Central de Asturias.*

**Introducción y objetivos:** La revascularización de miembros inferiores desde aorta torácica o supraceliaca no es habitual. Si bien puede representar una alternativa útil en casos seleccionados, la controversia se centra especialmente en su mayor morbilidad. El objetivo del presente estudio es presentar los resultados de nuestra experiencia con revascularización de miembros inferiores desde aorta torácica y supraceliaca.

**Material y métodos:** Se incluyen 6 varones, de edad entre 54 y 66 años (mediana 60 años) con isquemia grado IIb (3) y III (3) de Fontaine, tratados entre noviembre de 2002 y octubre de 2008 mediante bypass toracobifemoral (4 casos: 1 obstrucción de prótesis bifurcada, 1 abdomen hostil, 2 casos por calcificación aórtica abdominal masiva) o con bypass desde aorta supraceliaca a ambas femorales comunes (2 casos por calcificación severa aorta yuxta-infrarenal). Seguimiento clínico con doppler e iT/B anualmente.

**Resultados:** Resultados inmediatos: No hubo mortalidad postoperatoria. Un paciente presentó colecistitis y otro una atelectasia subsegmentaria en LII. Resultados tardíos: El seguimiento osciló entre 7-115 meses (mediana 5,08 años). Clínicamente todos permanecen en un grado I y IIa y con derivaciones permeables.

**Conclusión:** La revascularización desde aorta torácica y supraceliaca puede ofrecer excelentes resultados en pacientes seleccionados.

### P35. SÍNDROME AÓRTICO AGUDO: ÚLCERA ATROSCLERÓTICA PENETRANTE A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Pantoja Peralta, N. Rodríguez Espinosa, N. Argiles Mattes, E. Rollan Saint-Amand, J. Sepúlveda Grisales, B. Arefai Arefai y V. Martín Paredero

*Hospital Universitari Joan XIII. Tarragona.*

**Introducción y objetivos:** La úlcera penetrante aórtica es una afectación poco frecuente pero muy grave, que se localiza de

forma preferente en la aorta torácica; siendo infrecuente su localización en la aorta abdominal. La llegada de las técnicas endovasculares ha incrementado las posibilidades terapéuticas. Presentamos un peculiar caso de rotura de aorta abdominal infrarrenal por úlcera penetrante que requirió tratamiento endovascular urgente con posterior realización de cirugía convencional por complicaciones postoperatorias.

**Material y métodos:** Paciente de 67 años fumador, enólico crónico importante, dislipémico, hipertenso, en convalecencia por un IC-TUS isquémico con hemiplejía braquiocrural derecha que presenta dolor hipogástrico y lumbar. Se le realiza Angio-TAC en el que se visualiza ateromatosis de aorta con ruptura infrarrenal y contención del hematoma que compromete el drenaje venoso en riñón derecho. Se colocó de manera endovascular una prótesis recta TAG de Gore® infrarrenal a bifurcación aórtica de 21 mm × 100 mm para exclusión de la rotura y el sangrado activo. Durante el postoperatorio inmediato el paciente presenta isquemia aguda de extremidad inferior derecha precisando bypass axilo-femoral.

**Resultados:** Se logró la exclusión del sangrado, el paciente presentó correcta evolución y pasó a la unidad intermedios donde presentó bacteriemia secundaria a broncoaspiración siendo éxitus 23 días después de la intervención.

**Conclusión:** Las úlceras penetrantes de aorta se presentan habitualmente en pacientes añosos y con abundantes comorbilidades, por lo que el tratamiento endovascular de la rotura espontánea aórtica reduce la morbilidad.

### P03. PSEUDOANEURISMA TARDÍO DE LA ARTERIA SUBCLAVIA TRAS FRACTURA DE CLAVÍCULA

J. Moy Petersen, I. Hernández-Lahoz Ortiz,  
D. Couto Mallón, E. Epifantseva Igorevna,  
K. Moncayo León, R. Villardefrancos Gil  
y R. García Casas

*Complejo Hospitalario de Pontevedra.*

**Introducción y objetivos:** Las lesiones de la arteria subclavia son poco comunes, pero son una consecuencia grave después de un traumatismo. Presentamos el caso de un pseudoaneurisma de aparición tardía de la arteria subclavia tras fractura de clavícula tratado de manera endovascular.

**Material y métodos:** Varón 52 años con antecedentes de pancreatitis crónica, insuficiencia renal leve, anemia crónica y cirrosis hepática alcohólica (CHILD C) con hipertensión portal. El paciente ingresa por gran masa pulsátil supraclavicular derecha un mes después de una fractura del tercio medio de la clavícula.

**Resultados:** Exploración: pulsos (+). Masa pulsátil (9 cm) supraclavicular derecha. Análisis prequirúrgico: hemoglobina 8,9 g/dl, creatinina 1,7 mg/dl, urea 111 mg/d, plaquetas  $125 \times 10^9/L$  y TTPA 29,3 seg. AngioTAC: pseudoaneurisma 9 cm arteria subclavia derecha. Se realiza intervención de urgencia: bajo anestesia local exposición de la arteria humeral, canalización de la arteria subclavia con guía hidrofílica 0,035 pulgadas y catéter vertebral 5-F. La arteriografía confirmó el pseudoaneurisma en tercio medio de la arteria subclavia. El pseudoaneurisma fue excluido con éxito con endoprótesis VIABAHN 8 × 100 mm, preservando la arteria mamaria interna y vertebral. No presentó complicaciones en el postoperatorio y fue dado de alta al día siguiente. En el seguimiento a los tres meses con ecoDoppler, presenta trombosis del pseudoaneurisma y permeabilidad de endoprótesis.

**Conclusión:** La reparación endovascular de los traumatismos de la arteria subclavia es considerada como tratamiento de primera elección. En casos muy graves, la reparación quirúrgica debe ser considerada con un alto riesgo para el paciente.

### P30. PSEUDOANEURISMAS COMO COMPLICACIÓN DE ANGIOPLASTIA INFRAPLOTEA

J. Álvarez García, M. Gutiérrez Nistal, A. Salazar Álvarez,  
A. Concepción Rodríguez y L. Riera de Cubas

*Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Introducción y objetivos:** Presentamos la aparición de pseudoaneurismas en arteria tibial anterior tras de angioplastia.

**Material y métodos:** Paciente varón de 71 años, con úlcera de 18 meses de evolución, sobre colgajo pediculado realizado por lesión traumática en región aquilea. En la exploración se objetiva oclusión infraploíte. No refiere historia de claudicación. En arteriografía se objetivan 2 estenosis significativas en femoral superficial, con tibial anterior (ATA) filiforme, ocluida en tercio medio, recanalizando pedia por colateralidad desde peronea y tibial posterior sin lesiones que termina en colgajo, sin continuidad plantar. Se realiza angioplastia de femoral superficial, con recanalización y angioplastia de ATA hasta pedia. Durante la intervención se objetiva perforación en tercio proximal de ATA que se resolvió de espontáneamente. Al alta la úlcera se encuentra en vías de cicatrización por segunda intención con pulso pedia palpable.

**Resultados:** Al mes del alta, el paciente presenta dolor de reposo y empeoramiento de test hemodinámicos, por lo que se realiza Eco-doppler que objetiva tres pseudoaneurismas, confirmados en AngioTC dependientes de arteria tibial anterior. Se realiza bypass fémoro-pedia con Vena Safena in situ. Tras cirugía revascularizadora, se obtiene mejoría de la clínica isquémica, con trombosis parcial de pseudoaneurismas, por lo que se da de alta, para seguimiento ambulatorio y tratamiento de pseudoaneurismas en segundo tiempo, que no fue preciso por trombosis espontánea objetivada en Eco-Doppler control.

**Conclusión:** Las técnicas endovasculares no están exentas de complicaciones. Dentro de los posibles tratamientos de los pseudoaneurismas tras esta terapia, planteamos la cirugía convencional, la embolización, la esclerosis ecoguiada, o el manejo conservador con estrecha vigilancia.

### P39. ATRAPAMIENTO URETERAL SECUNDARIO A UN ANEURISMA AÓRTICO INFRARRENAL INFLAMATORIO

J. Henry Taylor, E. María San Norberto, S. Carrera Díaz,  
V. Gastambide Norbis, I. Estévez Fernández, B. Merino Díaz  
y C. Vaquero Puerta

*Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción y objetivos:** Los aneurismas inflamatorios de aorta son una patología poco común dentro de la enfermedad aórtica aneurismática. La reacción inflamatoria de este tipo de aneurismas añade un nivel más de dificultad para su manejo. Presentamos el caso de un paciente con un aneurisma inflamatorio y un atrapamiento ureteral secundario tratado exitosamente con corticoterapia y reparación endovascular.

**Material y métodos:** Un varón de 51 años, obeso, EPOC y exfumador ingresa en nuestro servicio de Urología por un cuadro ureteral obstructivo. Tras una correcta anamnesis y estudios urográficos, se diagnostica una obstrucción ureteral izquierda secundaria. Se implanta un catéter "doble-j" en el uréter izquierdo mejorando la clínica. En una tomografía de seguimiento, se constata la presencia de un aneurisma de aorta infra-renal de unos 43 cm de diámetro máximo con un gran componente inflamatorio. Se constata el compromiso del uréter izquierdo por la reacción inflamatoria. Ante estos hallazgos, se solicita una valoración por el servicio de Cirugía Vascular. Se propone un ciclo de corticoterapia y posterior planificación para una reparación endovascular.

**Resultados:** Tras un mes de corticoterapia a dosis altas (60 mg de Prednisona cada 24 horas durante un mes) se realiza un nuevo estudio tomográfico, donde se aprecia una marcada disminución



del componente inflamatorio. Ante la disminución de la reacción inflamatoria, se plantea la duda de si la pared aneurismática es más susceptible de una rotura, y de si los tejidos involucrados tendrían la firmeza suficiente como para optar por una resección e injerto del aneurisma, por lo que se decide un manejo endovascular. El paciente se somete a una reparación endovascular aórtica implantándosele una endoprótesis bifurcada Medtronic (Medtronic, California, USA) mediante técnicas habituales. El paciente es dado de alta 4 días más tarde, asintomático y con una pauta descendente de dexametasona.

**Conclusión:** Tradicionalmente el manejo de estos aneurismas ha sido la cirugía abierta en aquellos casos en que estos alcanzarán un tamaño que justifique una intervención. Este caso sugiere que los corticoides podrían ser considerados como una terapia de rutina previo a una intervención quirúrgica, especialmente en aquellos casos con compromiso de estructuras vecinas.

#### P48. HIPOPLASIA CONGÉNITA DE ARTERIA ILÍACA EXTERNA

E. Bordes Galván, G. Volo Pérez, E. Martel Almeida, R. Banda Bustamante, M. Acosta Silva, M. Lerzundy Henao y L. Collantes Chávez

*Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.*

**Introducción y objetivos:** Las anomalías congénitas de las arterias ilíacas y femorales son más raras que aquéllas que afectan a la aorta en su segmento torácico o abdominal. Su incidencia exacta se desconoce y suele diagnosticarse de forma incidental, o bien por síntomas de isquemia crónica de la extremidad.

**Material y métodos:** Se describe el caso de un varón de 55 años, con antecedentes personales de estenosis valvular pulmonar intervenida a los 5 años e infección por VHC, que refiere claudicación gemelar izquierda a largas distancias de más de 30 años de evolución. La exploración vascular era normal y el doppler mostraba curvas de estenosis proximal en dicha extremidad. Se realizó angiografía de abdomen y miembros inferiores, objetivándose una hipoplasia de arteria ilíaca externa izquierda, así como una oclusión segmentaria de arteria femoral común, sin otras alteraciones congénitas asociadas.

**Resultados:** Se decidió manejo conservador, ya que la clínica no le resultaba invalidante.

**Conclusión:** La hipoplasia aislada de arteria ilíaca externa es una entidad rara, que suele cursar de forma asintomática o bien con clínica de isquemia crónica de la extremidad, en cuyo caso aparece generalmente en la infancia o en la juventud.

#### P77. RECANALIZACIÓN ILÍACA POSTROMBÓTICA EN PACIENTE CON EXTREMIDAD ATRÓFICA

I. Lago Rivas, L. Izquierdo Lamoca, M. Ramírez Ortega, M. Blanch Alerany, D. Cervell Rodríguez y R. Zotta Desboeufs

*Hospital Universitario Montepíncipe. Madrid.*

**Introducción y objetivos:** Presentamos un caso de recanalización venosa postrombótica iliofemoral exitosa en paciente con inflow deficiente.

**Material y métodos:** Varón de 55 años, dependiente de ortesis para deambulación por atrofia de extremidad inferior izquierda secundaria a poliomiélitis. Durante el postoperatorio de cirugía ortopédica sufre episodio de trombosis venosa profunda iliofemoral izquierda, y episodio de retrombosis durante el seguimiento. Aunque el sector infrainguinal repermeabiliza tras tratamiento médico, persiste secuela postrombótica importante que le produce incapacidad funcional significativa por imposibilidad de utilización de la ortesis. En el estudio diagnóstico se objetiva oclusión del eje ilíaco y VFC por lo que se decide realizar tratamiento endovascular

mediante recanalización y stent (Zilver vena) con buen resultado inmediato.

**Resultados:** Presenta una trombosis precoz que se resuelve mediante fibrinólisis transcáteter e implantación de nuevo stent en zona de solapamiento previa. El paciente mejora clínicamente y mantiene permeabilidad del stent a los 15 meses de seguimiento.

**Conclusión:** Los procedimientos endovasculares son el tratamiento de elección para el restablecimiento del outflow en pacientes con secuela postrombótica secundaria a obstrucción del eje ilíaco, complicación frecuente a pesar del tratamiento médico. Un pobre inflow venoso supone mayor riesgo de fracaso del procedimiento, pudiéndose asociar la confección de una fístula arteriovenosa femoral para prevenir la trombosis precoz. Nuestro caso presenta esta condición por fallo de la bomba gemelar (extremidad sólo de apoyo), decidiéndose igualmente tratamiento por incapacidad funcional importante, con buen resultado a medio plazo.

#### P10. FÍSTULA ARTERIOVENOSA ESPONTÁNEA EN SECTOR ILÍACO

M. Mosquera Barreiro, E. Fraga Muñoz, C. Blanco Amil, L. Gómez Tollar, J. Vidal Rey, J. Encisa de Sá y A. Rosendo Carrera  
*Hospital Xeral. CHUVI. Vigo.*

**Introducción y objetivos:** La fístula arteriovenosa (FAV) espontánea es una entidad poco frecuente, generalmente asociada a aneurismas micóticos o inflamatorios, que presenta una incidencia muy baja (0,5 al 1,4%). Presentamos una FAV espontánea en sector ilíaco tratada mediante cirugía convencional.

**Material y métodos:** Presentamos el caso de un varón de 54 años con clínica de insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) aguda. En TC para descartar tromboembolismo pulmonar se objetiva dilatación aneurismática en sector aorto-ilíaco sin otros hallazgos. En la exploración física destaca trill a la auscultación abdominal. Ante la alta sospecha de FAV se decide realización de AngioTC que confirma la presencia de la misma entre vena ilíaca y aneurisma de ilíaca común derecha, así como aneurisma de aorta abdominal. Ante la clínica (ICC) y la edad del paciente se decide realización de cirugía convencional, con exclusión de la FAV mediante sutura continua venosa y bypass aorto biilíaco.

**Resultados:** La evolución del paciente fue satisfactoria, siendo alta al 6.º día postoperatorio con desaparición completa de su clínica disnéica. Los cultivos tomados intraoperatoriamente fueron negativos. Tras 6 meses de seguimiento permanece asintomático, con bypass permeable y desaparición de clínica flebostática en extremidad inferior derecha.

**Conclusión:** En patologías con una baja incidencia es importante individualizar la decisión terapéutica. Aunque el tratamiento endovascular es una opción en auge, en nuestro caso, la edad del paciente nos inclinó hacia la cirugía convencional, obteniendo buenos resultados.

#### P84. PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA FEMORAL PROFUNDA TRAS PUNCIÓN DE PACIENTE ADICTO A DROGAS POR VÍA PARENTERAL

J. Elias Mingot, C. Riera Hernández, C. Lisbona Sabater, P. Pérez Ramírez, R. Lerma Roig y S. Llagostera Pujol

*Hospital Germans Trias i Pujol. Barcelona.*

**Introducción y objetivos:** El uso indebido de drogas por vía intravenosa es un problema global de cuidados sociales y sanitarios. Las complicaciones vasculares tras la auto-inyección de drogas adictivas son raramente vistos. La rapidez diagnóstico-terapéutica es necesaria dado que además del riesgo de lesiones vasculares, pueden desarrollarse también infecciones de tejidos blandos y como consecuencia realizar un shock séptico. Presentamos el caso

de un paciente con pseudoaneurisma de arteria femoral profunda y trombosis venosa profunda (TVP) después de inyectarse metadona por zona inguinal.

**Material y métodos:** Varón de 34 años consumidor de cocaína y heroína, VIH y VHC, a los pocos días de punción inguinal de heroína presenta, gran asimetría de extremidades junto con dolor y empastamiento de zona inguinal. En el TAC realizado de urgencias se visualiza afección muscular del 1/3 proximal de la extremidad, que se orienta como miositis séptica, se objetiva además imagen radiológica sugestiva de pseudoaneurisma de arteria femoral profunda. El estudio ecográfico confirma también la presencia de TVP fémoro-poplítea.

**Resultados:** Debido a las comorbilidades médicas que se consideraron inadecuadas para el manejo quirúrgico convencional se sometió al paciente a una reparación de emergencia endovascular con stent cubierto autoexpandible (Viabahn 7 x 50 mm) mediante punción retrógrada contralateral.

**Conclusión:** Este caso demuestra que la terapia endovascular puede ser una alternativa segura y eficaz en el tratamiento emergente de pseudoaneurismas femorales; especialmente en un campo hostil, donde la infección de las estructuras adyacentes dificultarían la cirugía tradicional.

#### P51. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMA HUMERAL IATROGÉNICO

J. Fletes Lacayo, A. Zorita Calvo, M. Alonso Álvarez, G. Alonso Argüeso, N. Sanz Pastor, E. Menéndez Sánchez y F. Vaquero Morillo

*Hospital Universitario de León.*

**Introducción y objetivos:** Los traumatismos arteriales de miembros superiores son relativamente poco frecuentes. Así mismo los pseudoaneurismas iatrogénicos de la arteria humeral, son generalmente causados por procedimientos vasculares intervencionistas de tal manera que los pacientes en hemodiálisis pueden experimentar la punción errónea de la arteria humeral tras canulación venosa.

**Material y métodos:** Presentamos el caso de una paciente de 82 años con antecedentes de cardiopatía isquémica hipertensiva, IRC en hemodiálisis por FAVI humero cefálica izquierda desde 2008 y en tratamiento con acenocumarol por fibrilación auricular que es referida desde su centro de diálisis por hematoma gigante de brazo izquierdo que asciende hasta hemitorax y dorso, preservando pulso humeral y radial. Paciente ingresa en UCI por inestabilidad hemodinámica con Hb: 6,1 g/dl, HTC: 18% e INR: 2,6. Manejado inicialmente mediante compresión. Eco-Doppler de urgencias muestra gran pseudoaneurisma de 69,1 mm x 30,7 mm en tercio distal de arteria humeral sin fuga hacia su interior. Sin embargo, días después, eco-doppler control evidencia flujo arterial que rellena pseudoaneurisma razón por la que se realiza arteriografía del miembro superior izquierdo confirmando hallazgos ecográficos. Dada labilidad clínica y hemodinámica de la paciente, se decide tratamiento endovascular mediante punción de arteria femoral derecha y exclusión del pseudoaneurisma con stent recubierto de ePTFE (GORE® VIABAHN®) de 7 mm x 50 mm a través de guía 0,035 mm.

**Resultados:** Con control angiográfico intraoperatorio y ecográfico postoperatorio se confirma adecuada colocación del stent recubierto y exclusión completa del pseudoaneurisma. Por lo que, tras estabilización clínica y hemodinámica, la paciente es dada de alta al 6 días con pulso radial y humeral presentes y hematoma en resolución.

**Conclusión:** Los pseudoaneurismas iatrogénicos de la arteria humeral son complicaciones poco frecuentes de los procedimientos de acceso de hemodiálisis pero que elevan su morbilidad y mortalidad si no se manejan con prontitud. El tratamiento quirúrgico de un pseudoaneurisma de arteria humeral se asocia con el riesgo de

complicaciones. Por lo que las técnicas endovasculares ofrecen una alternativa a la cirugía.

#### P44. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Duque Santos, C. Gómez Olmos, A. Reyes Valdivia, A. Miguel Morondo, B. Castejón Navarro, J. Ocaña Guaita y C. Cuesta Gimeno

*Hospital Ramón y Cajal. Madrid.*

**Introducción y objetivos:** Las malformaciones arteriovenosas son alteraciones del desarrollo vascular durante la embriogénesis. Con una incidencia del 1,2%, suponen un tercio del total de malformaciones vasculares. Su clínica es muy variada, desde asintomática hasta insuficiencia cardíaca.

**Material y métodos:** Varón de 18 años con tumoración inguinal izquierda de extensión a flanco izquierdo de tipo angiomatoso. La flebografía muestra aneurisma del cayado de vena safena interna y angiodisplasia venosa. Es tratado con cirugía se reseca el aneurisma de cayado de vena safena interna y paquete varicoso del flanco. En seguimiento posterior se realiza escleroterapia con Etoxiesclerol. Dos años más tarde, el paciente presenta aumento de tumoración en flanco izquierdo y hematoma, siendo diagnosticado de lipoma gigante subyacente a angioma plano. Una ecografía de partes blandas muestra múltiples dilataciones varicosas en partes blandas subyacentes a angioma plano. El paciente reingresa para realización de resonancia magnética, que confirma lesión vascular de 28 x 22 x 17 cm en pared abdominal que afecta piel, tejido celular subcutáneo y músculos oblicuos, paravertebrales y cuadrado lumbar izquierdos, sin lograr mostrar los vasos aferentes. La angiografía muestra la malformación vascular dependiente de últimas arterias intercostales y primeras lumbares.

**Resultados:** Se decide tratamiento mediante embolización transfemoral de la malformación vascular con Onyx, sin complicaciones. En el control angiográfico se objetiva, trombosis casi-completa de la lesión. Se encuentra pendiente un nuevo ciclo de embolización con Onyx.

**Conclusión:** La baja incidencia, clínica variada y frecuente recidiva de las malformaciones arteriovenosas, hace que se traten de un reto terapéutico. La cirugía ha quedado reservada para lesiones localizadas y pequeño tamaño. Actualmente el tratamiento de primera elección es el endovascular, mediante embolización transcatereterismo, con sustancias como Etoxiesclerol, coils u Onyx, que induce la trombosis y fibrosis del vaso, obteniendo una notable mejoría clínica.

## 5.ª Sesión

**Sábado, 1 de junio (08:00-09:00 h)**

#### P28. ATRAPAMIENTO DE ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL EN EL CANAL DE HUNTER. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. López Palencia, P. Carreño Ávila, M. Davins Riu, E. Martínez Ruiz, J. Marinello Roura y J. Alos Villacrosa

*Hospital de Mataró. Barcelona.*

**Introducción y objetivos:** El atrapamiento de la arteria femoral superficial (AFS) en el canal de Hunter es una entidad rara. Presentamos el caso de un paciente joven con afectación bilateral.

**Material y métodos:** Paciente de 32 años con antecedentes de tabaquismo que presenta clínica de claudicación intermitente del

MID de 9 meses de evolución con acortamiento progresivo de la distancia, hasta los 50 mts. Complexión atlética. Presenta gran palidez del pie con pulso femoral presente sin poplíteo ni distales en MID y todos los pulsos presentes en MII. Hemodinámicamente presenta un ITB de 0.2 en MID y 1 en MII. La angio RNM muestra oclusión de la AFS a nivel del canal de Hunter con recanalización a 3.ª porción poplíteo del MID. Discreta estenosis de la AFS del MII. No se logra identificar ninguna estructura anatómica responsable de la oclusión arterial. En la intervención quirúrgica se aprecia atrapamiento de la AFS en el canal de Hunter por fibras del abductor mayor, ocluyéndola. Arteria fibrosada. Se realiza bypass fémoro poplíteo con safena. El paciente recupera pulsos distales. En un segundo tiempo se realiza liberación y ATP de la arteria femoral superficial del MII por estenosis residual.

**Resultados:** A los 9 meses, el paciente mantiene pulsos distales y sin claudicación del MID con ITB bilateral de 1.

**Conclusión:** Reflexiones 1. Entidad muy rara que requiere sospecha en pacientes jóvenes, preferentemente deportistas y con debut de claudicación. 2. El tratamiento siempre es quirúrgico.

## P25. TRATAMIENTO DE ISQUEMIA CRÍTICA EN LA ENFERMEDAD DE BUERGHER CON TRASPLANTE AUTÓLOGO DE "STEM CELLS" ULTRAFILTRADAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Couto Mallón, I. Hernández-Lahoz Ortiz, J. Moy Petersen, J. Vidal Insua, E. Epifantseva Igorevna, K. Moncayo León y R. García Casas

*Complejo Hospitalario de Pontevedra. Hospital Montecelo.*

**Introducción y objetivos:** La enfermedad de Buerger debuta principalmente en fumadores jóvenes con isquemia crítica. La desestructuración de vasos distales conlleva que, en ocasiones, la revascularización no sea posible. Presentamos el tratamiento de isquemia crítica sin posibilidades de cirugía de revascularización en paciente con enfermedad de Buerger mediante inyección de "stem cells" (SC) autólogas.

**Material y métodos:** Paciente de 46 años fumador e hipertenso que ingresa con necrosis digital en primer dedo de miembro inferior derecho (MID) y dolor de reposo de 1 semana de evolución con eritromelia. Presenta obliteración distal en MID con señal Doppler bifásica en tibial posterior y peronea. Se realiza amputación menor y arteriografía que objetiva obliteración de vasos a nivel de tercio distal de pierna con desestructuración sugestiva de enfermedad de Buerger. El paciente presenta mala evolución con alprostadil intravenoso.

**Resultados:** Se realiza punción de crestas ilíacas con obtención 240 cc de médula ósea (MO). Se recoge con 32 ml de ACD-A como anticoagulante. En el mismo acto se procede al ultrafiltrado de MO durante 15 minutos (SmartPreP HARVEST (Palex)) obteniendo 40 cc de plasma rico en CD34+ y CD 133+ (BMAC). Se realizan 40 inyecciones perilesionales e intramusculares de 1 ml siguiendo el trayecto de vasos distales mediante técnica Z-track. El paciente presenta hematoma psoasiliaco izquierdo secundario a punción traumática que precisa transfusión de 2 CH sin necesidad de evacuación. Desaparición de dolor en MID y evolución favorable de lecho de amputación siendo alta a los 15 días. A os 3 meses el paciente presenta cicatrización completa de lesiones.

**Conclusión:** El potencial angiogénico de las SC es conocido. El tratamiento mediante SC autólogas en pacientes sin opciones de revascularización parece ofrecer mejores resultados frente a placebo u otros tratamientos intravenosos en isquemia crítica, sobre todo clase 5 y 6 de Rutherford. En la actualidad son necesarios estudios más amplios con poder estadístico adecuado para establecer su recomendación. La falta de alternativas quirúrgicas en el tratamiento de la enfermedad de Buerger puede hacer de esta técnica una alternativa a considerar en su tratamiento.

## P04. PREVALENCIA DE EVENTOS CORONARIOS Y VALVULOPATÍAS SEVERAS EN PACIENTES CON ISQUEMIA CRÓNICA ESTADIO IV DE MIEMBROS INFERIORES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

G. Inaraja Pérez, E. Spitzer Cano, M.C. Bernardos Alcalde, M. Herrando Medrano, A. Fernández-Aguilar Pastor, M. Parra Rina y M. Marco Luque

*Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción y objetivos:** Se han recogido los datos referidos a la patología cardíaca en un grupo de pacientes diagnosticados de isquemia crónica de miembros inferiores estadio IV de Fontaine, con el objetivo de analizar su prevalencia en esta población y estudiar si dicha patología se ha asociado a algún factor de riesgo.

**Material y métodos:** Presentamos un estudio de cohortes retrospectivo, en el que se han incluido de forma aleatoria 265 pacientes con isquemia crónica grado IV. Se han recogido los datos referentes a la patología cardíaca y a la patología de miembros inferiores y se ha hecho un análisis por paciente.

**Resultados:** De los 265 pacientes, el 67,5% eran hombres y la edad media fue de 74,4 años. Por factores, la incidencia fue de un 64,5% de diabetes, un 74,7% de hipertensión, un 32,5% de dislipemia y un 61,1% de fumadores. El 21,5% presentó IRC y el 20,4% de isquemia cerebrovascular. El 24,5% estaba diagnosticado de cardiopatía isquémica previa, 4,3% fue intervenido de bypass aorto-coronario, 6,4% se le realizó un intervencionismo, 12,5% presentó valvulopatía severa y 1,1% era portador de prótesis. 4,2% fueron diagnosticados de cardiopatía isquémica posteriormente. Al 10,2% se les había realizado una coronariografía. Al 73,1% 1,8 años antes de su ingreso por isquemia crónica grado IV y al 27% restante 2,3 años después. El 61,5% de los pacientes a los que se les había realizado dicha prueba, mostraba una enfermedad de 3 vasos ( $2.5 \pm 0.8$ ), con lesiones con calcificación moderada-severa en un 95% de los casos. Se halló una media de 4,1 lesiones severas por estudio. Al 41,5% se les había realizado un ecocardiograma. El 25% fue normal, el 25,4% mostraba disfunción sistólica severa y el 22,7% hipertrofia del ventrículo izquierdo.

**Conclusión:** En pacientes con isquemia crónica de miembros inferiores en estadios avanzados, la patología cardíaca más frecuente es la cardiopatía isquémica. La coronariografía ha mostrado una enfermedad coronaria avanzada con lesiones complejas. Las valvulopatías severas no son infrecuentes en este grupo de pacientes, lo que destaca la importancia de la auscultación.

## P13. FÍSTULAS HUMEROBASÍLICAS SUPERFICIALIZADAS EN UN SEGUNDO TIEMPO

R. Villardefrancos Gil, I. Hernández-Lahoz Ortiz, R. Salvador Calvo, D. Couto Mallón, E. Epifantseva Igorevna, J. Moy Petersen y R. García Casas

*Complejo Hospitalario de Pontevedra.*

**Introducción y objetivos:** Los accesos vasculares nativos presentan grandes ventajas respecto a los protésicos y a los catéteres. Las fístulas humerobasílicas son difíciles de canular y a menudo precisan superficialización. Presentamos nuestra experiencia de fístulas humerobasílicas superficializadas en un segundo tiempo.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de carácter retrospectivo desde enero 2009 hasta febrero 2013. Se incluyen todos los pacientes con fístulas humerobasílicas superficializadas en un segundo tiempo (2-4 semanas después de realizar la fístula). Se analizan la permeabilidad, accesibilidad para puncionar el acceso por la enfermería (0 = gran dificultad, 1 = dificultad moderada, 2 = sin dificultad) y el grado de confort del paciente durante la diálisis (0 = muy incómodo, 1 = confortable, 2 = muy confortable).

**Resultados:** Se realizaron 22 procedimientos en 22 pacientes. Había 17 varones y la edad media era de 70 años (39-81). Los factores

de riesgo más frecuentes eran: hipertensión arterial 54% (n = 12), cardiopatía isquémica 41 (n = 9) y DM 18% (n = 4). No hubo complicaciones perioperatorias. El seguimiento medio fue de 15 meses (2-41). La permeabilidad primaria y primaria asistida a los 6 y 12 meses fue del 95 y 84% y 100% y 84% respectivamente. El 88% de los pacientes referían estar confortables o muy confortables durante la hemodiálisis y sólo un 12% se encontraban muy incómodos. El 88% de las canulaciones no tenían dificultad y sólo un 12% tenían dificultad moderada.

**Conclusión:** Las fistulas humerobasilicas superficializadas en un segundo tiempo presentan buena permeabilidad, son fáciles de canular y confortables para el paciente.

### **P56. PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA HEPÁTICA COMÚN ASOCIADO A FÍSTULA DUODENAL: TRATAMIENTO MEDIANTE ENDOPRÓTESIS**

M. Ramírez Montoya, J. Zaragoza García, S. Morales Gisbert, P. Bargay Juan, F. Gómez Palonés y E. Ortiz Monzón

*Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.*

**Introducción y objetivos:** El pseudoaneurisma de la arteria hepática (PAH) es una entidad infrecuente, presentándose como complicación en cirugía de la vía biliar en menos del 1% de los casos, pero con una importante morbilidad y mortalidad asociada. Presentamos un caso de tratamiento endovascular de PAH sintomático mediante endoprótesis.

**Material y métodos:** Varón de 68 años con antecedente de hipertensión arterial crónica, dislipemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, intervenido hace 9 años de disección de aorta torácica ascendente y actualmente en tratamiento anticoagulante con coumarínicos. Hace 2 años presenta en el postoperatorio de una colecistectomía abierta un PAH común y fístula arteriovenosa en ramas de la hepática derecha, tratado mediante stent recubierto balón expandible de 8 × 38 mm y coils, en otro Centro. Acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal intenso y vómito en posos de café con cortejo vegetativo. En AngioTC se objetiva PAH común permeable de 54 × 55 × 55 mm con migración distal del stent. Se practica endoscopia digestiva alta, donde se visualiza lesión ulcerada en mucosa de bulbo duodenal con protusión de masa pulsátil y restos hemáticos. Bajo anestesia general y abordaje percutáneo femoral derecho, se practica exclusión endovascular del PAH mediante endoprótesis cubierta de 8 mm × 10 cm, con buen resultado morfológico en el control angiográfico.

**Resultados:** Evolución postoperatoria favorable, siendo dado de alta a las 72 horas asintomático. En angioTC de control al mes se objetiva correcta exclusión del PAH, con permeabilidad de la arteria hepática común y sus ramas. Pendiente de control endoscópico por Medicina Digestiva.

**Conclusión:** La exclusión mediante endoprótesis representa una alternativa válida de tratamiento, con la ventaja frente a otros tipos de técnicas endovasculares de preservar la permeabilidad de la arteria diana, y ofreciendo una menor morbilidad respecto a la cirugía abierta.

### **P93. SANGRADO DE PSEUDOANEURISMA FEMORAL EN RECIDIVA DE CARCINOMA VULVAR. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR**

M. Ayala Strub, A. Apodaka Díez, J. Portero García, D. Ruiz Chiriboga, B. Ramírez Senent, S. Manzano Grossi y L. Reparaz Asensio

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

**Introducción y objetivos:** El carcinoma vulvar representa el 5% de los casos de cáncer ginecológico y con una supervivencia a 5 años en las pacientes con compromiso ganglionar, del 55%. El pseudoa-

neurisma de la arteria femoral es una complicación poco frecuente tras la vulvectomía radical con linfadenectomía bilateral, aunque la radioterapia y lesiones inguinales locales pueden aumentar el riesgo de lesión arterial. El tratamiento endovascular mediante el implante de una endoprótesis es una alternativa a la cirugía abierta para el control de una hemorragia de una arteria lesionada por la erosión, la infiltración neoplásica y la radiación. La hemorragia es una complicación rara pero dramática en la evolución de un carcinoma vulvar.

**Material y métodos:** Se presenta un caso de una mujer de 57 años diagnosticada de un carcinoma epidermoide de vulva estadio pT2p-N1M0, intervenida hace 14 meses de vulvectomía más linfadenectomía inguinofemoral bilateral y radioterapia postoperatoria. En la evolución presenta una recidiva tumoral con fistulización hacia región inguinal derecha, presentando un defecto cutáneo secundario a invasión tumoral y necrosis. Tres meses después acude a urgencias por sangrado espontáneo por región inguinal, con estabilidad hemodinámica. La TAC de urgencias informa del aumento de la cavidad inguinal derecha ya conocida, que engloba a la arteria femoral superficial parcialmente expuesta, sin identificar zonas de sangrado activo.

**Resultados:** La paciente presenta nueva anemia por lo que se realiza por vía femoral contralateral una arteriografía objetivándose un pseudoaneurisma en femoral superficial que sufre rotura durante el procedimiento, con sangrado activo por el defecto cutáneo, que se logra controlar con el implante de endoprótesis, Viabahn®, manteniendo la perfusión del miembro. La paciente falleció a los 6 meses de la intervención por una sepsis de origen urinario, sin problemas isquémicos o de sangrado.

**Conclusión:** El tratamiento endovascular permitió un control rápido del sangrado por la rotura del pseudoaneurisma femoral asociado a un carcinoma vulvar, evitando una cirugía abierta en un campo con abundante tejido necrótico por la linfadenectomía y radioterapia previa, logrando así hemostasia de manera inmediata y manteniendo la perfusión de la extremidad.

### **P58. ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR EN PARAGANGLIOMA CAROTÍDEO COMPLEJO**

D. Rojas Esquivel, S. Stefanov Kiuri, A. Fernández Heredero, M. Gutiérrez Nistal y L. Riera de Cubas

*Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Introducción y objetivos:** Los paragangliomas carotídeos son tumores infrecuentes, de crecimiento lento, progresivo y muy vascularizados. El tratamiento es quirúrgico y la mayoría de autores realiza un abordaje con cervicotomía longitudinal. Presentamos un paraganglioma Shambin III con extensión a base del cráneo, donde gracias al abordaje submandibular y disección con Ligasure, conseguimos resección completa.

**Material y métodos:** Varón de 53 años. El estudio preoperatorio incluía pruebas bioquímicas para descartar funcionalidad y de imagen como ecografía doppler, angio TC y arteriografía con embolización incompleta. Realizamos abordaje mediante cervicotomía transversa submandibular, resección en bloque usando Ligasure, respetando pares craneales, y bypass carotido-carotídeo con vena safena interna invertida.

**Resultados:** Se logró resección completa del tumor, sin hemorragia significativa. En postoperatorio presento parálisis de cuerdas vocales derechas que preciso traqueostomía temporal. Al año de seguimiento habla con normalidad, bypass permeable y sin recidiva tumoral en angio Tc.

**Conclusión:** La cervicotomía submandibular nos permitió resecar completamente el tumor y el uso de Ligasure ayudó en la resección, posiblemente reduciendo la hemorragia intraoperatoria y el tiempo quirúrgico.



### P15. TROMBO FLOTANTE DE AORTA TORÁCICA Y TROMBOSIS VENOSA ESPLÁCNICA. MANEJO CONSERVADOR. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

K. Moncayo León, J. Domínguez Bahamonde, I. Hernández-Lahoz Ortiz, R. García Casas, D. Couto Mallón, E. Epifantseva Igorevna y J. Moy Petersen

*Complejo Hospitalario de Pontevedra.*

**Introducción y objetivos:** La mortalidad temprana en la trombosis de las venas esplácnicas ocurre entre el 5-30% de los casos. Se detectan trombofilias en el 30-50% de los pacientes. Los trombos flotantes aórticos son importantes fuentes embolígenas, recomendándose en ambas es la anticoagulación.

**Material y métodos:** Caso 1: Mujer de 42 años, hipertensa, que acude a urgencias por dolor y frialdad de pie derecho de 24 horas de evolución acompañado de dolor lumbar que inicio 2 semanas previas al ingreso. A la exploración física: obliteración femoropoplitea derecha con frialdad y palidez distal con pulsos distales conservados en miembro contralateral. El electrocardiograma revela ritmo sinusal y a destacar en la analítica Hb 4 g/dl y creatinina de 2,5. AngioTAC demuestra trombo flotante de aorta torácica y abdominal, impactos embolígenos en arteria hipogástrica derecha y AFP. Trombosis de la porta, vena cava inferior y renal derecha. Se realiza trombectomía diferida del trípod de femoral, TTP y TA. En los estudios complementarios presenta enzimas hepáticas elevadas, screening tumoral, pruebas de autoinmunidad y biopsia hepática normales. El estudio de trombofilia demuestra factor VIII, proteína C y antitrombina III aumentados. Caso 2: Mujer de 48 años, hipertensa y dislipémica, que acude a urgencias por dolor en flanco izquierdo acompañado de vómitos, sin peritonismo. Presentaba pulsos a todos los niveles. En la AngioTAC, había trombo flotante en aorta torácica desde origen de subclavia izquierda, sin llegar al tronco celiaco, trombosis parcial de la vena esplénica e infarto esplénico. En las pruebas complementarias tenía anemia moderada, leucocitosis. El screening neoplásico, serología infecciosa, estudio digestivo, ginecológico y ecocardiograma no presentaba anomalías. Destacaba factor VIII aumentado y deficiencia de proteína S.

**Resultados:** Ambas en la actualidad están asintomáticas, anticoaguladas y el angioTAC de control al año en el primer caso y 7 meses en el segundo demuestra resolución radiológica.

**Conclusión:** A pesar del auge de la terapia endovascular en los últimos años, el manejo conservador con anticoagulación oral es una alternativa terapéutica efectiva con menor morbilidad en casos seleccionados.

### P12. AGENESIA CONGÉNITA DE VENA CAVA INFERIOR COMO FACTOR DE RIESGO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN PACIENTES JÓVENES

E. Epifantseva Igorevna, J. Vidal Insua, R. García Casas, D. Couto Mallón, R. Villardefrancos Gil, C. Moncayo León y J. Moy Petersen

*Complejo Hospitalario de Pontevedra.*

**Introducción y objetivos:** La prevalencia de agenesia de vena cava inferior en un 5% del total de TVP en individuos jóvenes. 69% pacientes con agenesia de vena cava inferior son asintomáticos. En la mayoría de casos es un hallazgo casual. En los pacientes sintomáticos la clínica asociada es la insuficiencia venosa y trombosis venosa profunda.

**Material y métodos:** Se presenta un paciente de 38 años de edad remitido a consultas de Cirugía vascular por síndrome postrombótico MID (trombosis venosa femoral de repetición) y várices secundarias. En dos ocasiones se retiró tratamiento ACO y presento recidiva de TVP. En seguimiento por enfermedad de Behcet realizaron TAC abdominal por disminución de tamaño de riñón izquierdo por ecografía. En TAC abdominal :ausencia de vena cava inferior

e importante circulación colateral venosa muy desarrollada a expensas de venas lumbares, sistema álgico y sistema venoso mesentérico. Exploración física: grandes varices en MID con circulación colateral en hemiabdomen derecho. Realizado estudio de trombofilia: portador heterocigoto del gen del Factor V de Leiden.

**Resultados:** El paciente está con ACO indefinida y sin nuevos episodios de TVP durante 13 años.

**Conclusión:** TVP de vena cava inferior, venas ilíacas y femorales puede estar asociado con anomalías congénitas de vena cava inferior, especialmente en pacientes jóvenes y además si es bilateral. La TAC con contraste es la técnica de elección, ya que es capaz de demostrar las anomalías de la VCI y permitir descartar la presencia de masas pélvicas que obstruyen el flujo venoso. Se recomienda ACO indefinida.

### P29. TROMBOSIS DE VENA OVÁRICA DERECHA EN EL PUERPERIO. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

K. Moncayo León, D. Alves Pereira, J. Vidal Insua, R. García Casas, D. Couto Mallón, E. Epifantseva Igorevna y J. Moy Petersen

*Complejo Hospitalario de Pontevedra.*

**Introducción y objetivos:** La trombosis de la vena ovárica es una complicación rara (0,05-0,18%) en el postparto, pudiendo provocar tromboembolismo pulmonar (13-33%) y trombosis de la vena cava inferior. Con una tasa de mortalidad del 5%. Ocurre en el lado derecho en el 80-90% de los casos.

**Material y métodos:** Presentamos 2 casos de mujeres jóvenes que tras cesárea debutan con fiebre puerperal, disconfort abdominal y leucocitosis refractaria a tratamiento antibiótico endovenoso sin foco infeccioso conocido inicialmente. En el TAC se evidencia trombosis de vena ovárica derecha. Se nos solicita valoración para tratamiento quirúrgico, el cual se desestima y se procede a anticoagulación con HBPM.

**Resultados:** Posteriormente el primer caso se complica con un absceso de pared abdominal y el segundo caso con un hematoma retrovesical infectado, ambas precisaron drenaje quirúrgico con evolución posterior favorable y clara mejoría clínica y radiológica de la trombosis

**Conclusión:** La trombosis de vena ovárica a pesar de ser una patología poco frecuente debe ser tomada en cuenta en púerperas con síndrome febril sin foco conocido debido a la tasa de mortalidad. Las alternativas terapéuticas incluyen implante de filtro de cava, trombectomía, fibrinólisis o como en este caso manejo conservador con anticoagulación.

### P94. ANEURISMA VENOSO GIGANTE EN FÍSTULA ARTERIOVENOSA PROTÉSICA PARA HEMODIÁLISIS. REPARACIÓN QUIRÚRGICA

M. Ayala Strub, D. Ruiz Chiriboga, B. Ramírez Senent, A. Apodaka Díez, S. Manzano Grossi y R. García Pajares

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

**Introducción y objetivos:** La dilatación venosa de una fístula arteriovenosa para diálisis, con integridad de la estructura de su pared se define como aneurisma venoso, éste se desarrolla en el 4-8% de las fistulas, principalmente en las autólogas de larga duración y asociada a estenosis venosa, siendo excepcionales en las protésicas. Su etiopatogenia exacta es desconocida aunque se relaciona principalmente al material utilizado, la técnica de punción en hemodiálisis y la manipulación quirúrgica durante su realización. Los pseudoaneurisma sin embargo son dilataciones provocadas por el sangrado subcutáneo persistente a través de la pérdida de continuidad de la fístula favorecida por punciones inadecuadas en hemodiálisis

**Material y métodos:** Se presenta un caso de un varón de 40 años, zurdo con antecedentes de IRC secundaria a pielonefritis crónica en prediálisis, hipertensión arterial, hiperhomocisteinemia, y una fístula radiocefálica autóloga de MSD sin desarrollo posterior, por lo que se liga ésta y se realiza una nueva fístula humerocefálica en H con prótesis de PTFE funcionando adecuadamente. Al año, aún en prediálisis, el paciente acude por presentar una voluminosa masa pulsátil, con soplo y thrill en el brazo con un crecimiento acelerado y progresivo en los últimos meses sin haber utilizado la fístula.

**Resultados:** Se realiza una fistulografía de MSD donde se observa dilatación importante de la vena cefálica sin objetivarse estenosis de la misma, ni de las venas centrales, tampoco se observa circulación colateral asociada que la sugiera, por lo que se procede a la exclusión del aneurisma venoso con interposición de una prótesis de PTFE. Dos meses después, se inicia diálisis a través de la fístula sin incidencias.

**Conclusión:** Generalmente los aneurismas venosos pequeños no se intervienen. En nuestro caso se procede a la cirugía por riesgo de rotura ante su crecimiento progresivo y con el objetivo de recuperar la utilidad de la fístula, ya que se trata de un paciente joven con probable necesidad de accesos vasculares por un largo periodo de tiempo.

## 6.ª Sesión

Sábado, 1 de junio (08:00-09:00 h)

### P19. ROTURA TARDÍA DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL EN PACIENTE PORTADOR DE ENDOPRÓTESIS

J. Elias Mingot, M. Oller Grau, P. Pérez Ramírez, F. Sáenz Sarda, A. Martorell Lossius, R. Lerma Roig y S. Llagostera Pujol

*Hospital Germans Trias i Pujol. Barcelona.*

**Introducción y objetivos:** El crecimiento del saco aneurismático en un paciente portador de endoprótesis aórtica es poco frecuente (2%) no así la presencia de endofugas en algún momento del seguimiento (15%). Presentamos un caso de paciente con endoprótesis aórtica y rotura tardía de saco aneurismático.

**Material y métodos:** Varón de 67 años con hipertensión arterial, dislipemia e insuficiencia cardíaca con un de AAA de 6,4 cm de diámetro que se reparó mediante una endoprótesis aorto-biiliaca infrarrenal. Se realizan controles con TAC y ecografía que fueron normales durante el primer año. El paciente presenta un síndrome constitucional por lo que ingresa en nuestro centro para estudio. Tras TAC tóraco-abdominal se objetiva un aumento de 2 cm del diámetro del AAA que se acompaña de la presencia de múltiples endofugas con borramiento del contorno de aorta abdominal, sugiriendo rotura del AAA.

**Resultados:** El paciente es éxito a los 2 días del ingreso. Al realizar el examen intravascular de la aorta se observa una rotura intimal a nivel infrarrenal izquierdo, que corresponde con la zona de anclaje del dispositivo, lo que provoca una disección del saco aneurismático.

**Conclusión:** La rotura tardía de aneurismas aórticos abdominales tratados mediante colocación de endoprótesis es una complicación infrecuente. Su incidencia es baja y debe ser tratado de forma inminente a no ser que la comorbilidad del paciente lo impida como en este caso. Debemos tener presente que la causa de un síndrome constitucional, en un paciente portador de una endoprótesis aórtica, podría ser debido a la migración del dispositivo y la lesión arterial producida a consecuencia de ello.

### P31. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO CON PET-TC DE ANEURISMA ABDOMINAL DE ETIOLOGÍA INCIERTA

P. Bargay Juan, J. Zaragoza García, G. Edo Fleta, M. Ramírez Montoya, F. Gómez Palonés y E. Ortiz Monzón

*Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.*

**Introducción y objetivos:** Varón de 77 años, fumador e hipertenso que presenta lumbalgia de varias semanas de evolución, practicándose RNM donde se objetiva espondilodiscitis en L3-L4, masa periaórtica y aneurisma de aorta infrarrenal (AAAIR). El paciente se encuentra afebril y sin alteración de los parámetros analíticos salvo elevación de la PCR, por lo que ingresa para tratamiento de forma preferente.

**Material y métodos:** Se realiza AngioTC, observándose aneurisma de aorta abdominal de 85 mm y colección sólida en continuidad con el aneurisma y en músculo psoas, además de erosión vertebral. Los estudios microbiológicos resultan negativos para urocultivo, coprocultivo y diversas serologías, pero hemocultivo positivo para *Staphylococcus epidermidis*. Se plantea diagnóstico diferencial entre rotura contenida del aneurisma con erosión vertebral y espondilodiscitis con aneurisma infeccioso secundario por contigüidad. Se practica exclusión endovascular con endoprótesis aorto-biiliaca tras una semana de tratamiento antibiótico de amplio espectro.

**Resultados:** Sin incidencias intraoperatorias ni en postoperatorio inmediato, objetivándose en Angio-Tc de control exclusión efectiva y buen resultado morfológico, siendo alta a los 4 días con antibioterapia oral. Al mes y al año se realiza PET-TC, informándose de halo hipermetabólico en saco aórtico que disminuye en intensidad al año, al igual que los focos intensamente hipermetabólicos que aparecen en el primer PET correspondientes a la colección periaórtica y de la zona vertebral. Durante el seguimiento de un año el paciente se encuentra afebril, asintomático, con el aneurisma correctamente excluido y sin endofugas.

**Conclusión:** La opción endovascular asociada a antibioterapia en el caso actual, ofrece una alternativa menos agresiva que la cirugía abierta convencional, aunque la evolución es todavía incierta.

### P38. RESOLUCIÓN DE ENDOFUGA TIPO II PERSISTENTE

N. Sanz Pastor, M. Ballesteros Pomar, G. Alonso Argüeso, J. Fletes Lacayo, E. Menéndez Sánchez, V. Valderrábano Martínez y F. Vaquero Morillo

*Complejo Asistencial Universitario de León.*

**Introducción y objetivos:** Las endofugas son la complicación mayor más frecuente en el tratamiento endovascular de los aneurismas de aorta abdominal infrarrenal. Dentro de ellas las tipo II son las de mayor incidencia, pudiendo llegar a provocar presurización del saco aneurismático, precisando sellado de la endofuga.

**Material y métodos:** Presentamos una mujer de 79 años, fumadora, hipertenso y dislipémica en la que se descubre como hallazgo casual un aneurisma de aorta abdominal de pequeño tamaño que es seguida en consultas externas mediante controles seriados con angioTC. En Julio de 2010 alcanza diámetro máximo quirúrgico, 5,1 cm, decidiéndose por las características anatómicas del aneurisma y la edad de la paciente (81 años) exclusión endovascular. Se lleva a cabo la intervención mediante EVAR aortomonoiliaco derecho con oclisor en iliaca izquierda y bypass femoro-femoral derecho-izquierdo. No se observan fugas en el control final ni aparecen complicaciones durante la cirugía ni el postoperatorio. La paciente es seguida en consultas externas, en angioTC control de Octubre de 2010 (3.º mes postoperatorio) se identifica mínima fuga de contraste hacia la luz del trombo. Tras discutirse en sesión clínica se clasifica como endofuga tipo II decidiéndose actitud expectante. En angioTC posteriores se observa disminución de endofuga hasta que el control de Marzo de 2012 (20.º mes postoperatorio) constata aumento discreto de la endofuga asociado a aumento del diámetro del saco aneurismático, por lo que se decide tratar la

misma. Hablado en sesión clínica se decide tratamiento mediante inyección eco-guiada de trombina con la colaboración del servicio de radiología, llevándose a cabo con éxito en Julio de 2012.

**Resultados:** Desde la inyección de trombina la paciente se encuentra asintomática y con angioTC de control de Octubre de 2012 en el que no se observan endofugas ni crecimiento del saco aneurismático.

**Conclusión:** La mayoría de las endofugas tipo II tienen un curso benigno y desaparecen espontáneamente, pero las que presentan evolución tórpida con crecimiento del saco aneurismático han de ser tratadas. Su tratamiento crea aún hoy controversia, pero la inyección eco-guiada de trombina está demostrando buenos resultados en la resolución de esta complicación.

## P52. ROTURA CONTENIDA DE ANEURISMA TORACOABDOMINAL GIGANTE EN PACIENTE CAQUÉCTICO

M. Oller Grau, M. Esturrica Duch, P. Altés Mas, A. Martorell Lossius, C. Lisbona Sabater y S. Llagostera Pujol

*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona.*

**Introducción y objetivos:** El tratamiento quirúrgico de aneurismas tóraco-abdominales (AATA) rotos suponen un verdadero reto ya que a pesar de las nuevas tecnologías, no está exento de una elevada morbimortalidad.

**Material y métodos:** Varón de 73 años, fumador y sin otros antecedentes patológicos. Ingresa para estudio de síndrome tóxico por presentar astenia, anorexia, disfagia y pérdida de peso en los últimos meses junto con dolor dorso-lumbar y disnea el último mes. A la exploración paciente caquético, con leucocitosis, hipoproteinemia y condensación pulmonar en imagen radiológica. Por sospecha de posible neoplasia se realiza TAC. En el TAC se observa un AATA de 14 cm de diámetro (desde T6 hasta troncos viscerales) con ruptura del saco a nivel de T12-L1, sangrado periaórtico y hacia espacio pleural e importante efecto masa en aurículas y esófago. Se decide intervención quirúrgica realizándose, mediante laparotoracofrenotomía, resección del aneurisma con importante evacuación de hematoma en zona pleural izquierda y bypass aorto-aórtico pudiendo respetar distalmente los troncos viscerales. Se minimizó la disección distal del aneurisma mediante la inserción de sonda foley intraluminal evitando el sangrado retrógrado del área esplácnica y minimizando el abordaje retroperitoneal aórtico.

**Resultados:** Paciente con postoperatorio complicado y largo, requiere estancia en UCI y en semicríticos respiratorios debido a neumonía por *Pseudomonas aeruginosa*. Tras recuperación fue derivado a centro Socio-sanitario.

**Conclusión:** Los AATA rotos tienen muy elevada morbimortalidad. En este caso se planteó resolución mediante cirugía abierta para poder disminuir el importante efecto masa a nivel cardíaco y esofágico, así como la posibilidad de preservar los troncos viscerales permeables sin añadir nuevos procedimientos.

## P87. ANEURISMA DE ILÍACA COMÚN AISLADO TRATADO MEDIANTE ENDOPRÓTESIS CON CONIZACIÓN INVERSA

C. Riera Hernández, P. Pérez Ramírez, C. Esteban Gracia, B. López de la Franca Beltrán, P. Altés Mas, C. Lisbona Sabater y S. Llagostera Pujol

*Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Barcelona.*

**Introducción y objetivos:** Los aneurismas aislados de arterias ilíacas representan un 0,6-2% de los aneurismas aorto-ilíacos, afectando más frecuente a la arteria ilíaca común.

**Material y métodos:** Paciente varón de 80 años hipertenso, diabético, EPOC severo y resección transuretral con abdomen globuloso. Casualmente se diagnostica un aneurisma de ilíaca común derecha de 35 mm de diámetro con 19 mm de diámetro del cuello proximal y 12 mm en ilíaca externa, decidiéndose tratamiento endovascular. Bajo anestesia raquídea se cateteriza por vía contralateral la

hipogástrica derecha y se emboliza con coils, uno migró a la glútea media. Se deja un catéter Simmons en el saco del aneurisma anticipándonos a un posible endoleak. Se coloca por vía ipsilateral una prótesis de 16-16-80 en ilíaca externa derecha y por dentro de esta una segunda prótesis de 20-20-80 a nivel de ilíaca común, quedando ambas solapadas formando un cono invertido. Se observa una endofuga tipo I, por lo que se emboliza con Cianoacrilato el saco del aneurisma a través del catéter Simmons.

**Resultados:** El control final muestra correcta exclusión del aneurisma. A los 2 días fue dado de alta sin complicaciones.

**Conclusión:** Aunque la zona de anclaje proximal puede no ser claramente aneurismática a menudo es mayor que el lugar de implantación distal siendo necesario un injerto con conización inversa, como sucede en el caso descrito. Aunque no todos los aneurismas ilíacos pueden ser excluidos mediante tratamiento endovascular, la mayoría de estudios recomiendan las técnicas endovasculares como primera opción terapéutica con excelentes resultados, menor sangrado, tiempo quirúrgico y estancia hospitalaria y complicaciones perioperatorias.

## P27. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE TROMBOSIS VENOSA ILIOCAVA SECUNDARIA A COMPRESIÓN POR MIOMA GIGANTE

V. Gastambide Norbis, M. Martín Pedrosa, V. Gutiérrez Alonso, J. Taylor, I. Estévez Fernández y C. Vaquero Puerta

*Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción y objetivos:** La trombectomía venosa se indica en jóvenes con TVP proximal ya que disminuye la recurrencia trombótica y el síndrome post-trombótico. Presentamos un caso de trombosis venosa profunda secundaria a compresión por mioma gigante, tratado de forma endovascular.

**Material y métodos:** Mujer de 30 años, presenta trombosis venosa profunda ilio-femoro-poplitea izquierda diagnosticada mediante Eco Doppler. La RNM muestra mioma uterino (16 x 10 cm) que comprime vena cava inferior y sector venoso ilíaco común bilateral. Se coloca filtro temporal de vena cava infrarrenal, tras el cual se realiza trombectomía en eje venoso ilio-femoral izquierdo, mediante cateter Fogarty de doble luz. Posteriormente se realiza angioplastia ilíaca bilateral mas Kissing-stent autoexpandible en ambas ilíacas comunes. En Flebografía de control se aprecia estenosis residual en vena ilíaca externa derecha por lo que se coloca otro stent autoexpandible. En AngioTac post operatorio, se evidencia compresión total del stent ilíaco izquierdo, por lo que se lleva a cabo resección del mioma uterino de forma preferente. A las 48 horas se realiza nueva trombectomía y angioplastia de stent ilíaco izquierdo, siendo el control flebográfico satisfactorio.

**Resultados:** La paciente es dada de alta con tratamiento antiagregante y anticoagulante. A los 3 meses, esta asintomática. En eco-doppler se observa permeabilidad del sector venoso ilio-cava.

**Conclusión:** El tratamiento venoso mediante angioplastia/stent primario ha demostrado ser seguro y eficaz, con buena permeabilidad a corto y medio plazo. A nuestro criterio cuando la patología es compresiva, el tratamiento endovascular deberá realizarse tras la resolución de la patología tumoral.

## P78. COMPORTAMIENTO A MEDIO PLAZO DE LAS LESIONES AÓRTICAS AGUDAS TRAS REPARACIÓN ENDOVASCULAR URGENTE

E. Ferraz Huguet, T. Solanich Valldaura, L. Peña Morillas, S. Florit López y A. Giménez Gaibar

*Hospital de Sabadell. Barcelona.*

**Introducción y objetivos:** La patología aórtica urgente engloba el síndrome aórtico agudo, los aneurismas rotos y las lesiones traumáticas. Supone una situación crítica, con una elevada mortalidad

y cuyo pronóstico depende de un diagnóstico certero y rápido así como de una instauración temprana de su tratamiento.

**Material y métodos:** Análisis de resultados del tratamiento endovascular en lesiones aórticas agudas entre 2007 y 2011 en nuestro centro. Serie de 12 casos con una edad media de 67,75 años (28-80). Un caso de ruptura traumática de aorta torácica tras accidente de tráfico. Dos casos de ruptura de aneurisma de aorta torácica. Nueve casos de aneurismas rotos de aorta abdominal. La reparación se llevó a cabo mediante injerto endovascular en lesiones torácicas y con dispositivos aorto-monoiliacos asociando bypass femoro-femoral protésico en el caso de los aneurismas abdominales. Se ha realizado seguimiento clínico y radiológico.

**Resultados:** Seguimiento medio de 20 meses (3-62). Supervivencia al mes 100%, a los 6 meses 83,3% y a los 12 meses 83,3%. 1 éxito a los 24 meses por evolución de enfermedad neoplásica. No se detectaron fugas durante el seguimiento. No se ha reintervenido ningún caso.

**Conclusión:** La baja morbilidad del tratamiento endovascular en la patología aórtica urgente debe hacernos valorar éste como una alternativa real al tratamiento quirúrgico convencional de esta patología.

### P32. CIRUGÍA HÍBRIDA EN EL TRATAMIENTO DE ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA POSCOARTACIÓN

A. Gené Mola, E. Fernández Castro, F. Luccini Luccini, D. Sisa Elizeche, V. Fernández Valenzuela y M. Matas Docampo

*Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Introducción y objetivos:** La coartación aórtica es raramente diagnosticada en el adulto. La cirugía híbrida en el tratamiento de ésta compleja patología es una alternativa a la cirugía clásica. Presentamos un caso de aneurisma de aorta torácica (AAT) postcoartación.

**Material y métodos:** Paciente de 44 años, diagnosticada de forma casual de coartación del cayado aórtico con aneurisma post-estenótico de 55 mm que engloba arteria subclavia izquierda. Tratamiento híbrido en dos tiempos mediante bypass bifurcado aorto-tronco braquiocéfálico y A. carótida primitiva izquierda; y exclusión del AAT mediante colocación de dos endoprótesis Gore TAG? y embolización de A. subclavia mediante coils.

**Resultados:** Tras dos años del tratamiento la paciente permanece asintomática. En angioTC de control se aprecia correcta permeabilidad del bypass, posicionamiento y expansión de la endoprótesis sin endofugas, y completa desaparición del saco aneurismático.

**Conclusión:** La cirugía híbrida es una buena opción en el tratamiento de la coartación aórtica con afectación del cayado y aorta torácica, ofreciendo baja comorbilidad.

### P42. ENDOFUGA TIPO IB POR MIGRACIÓN CRANEAL TARDÍA Y PLICATURA DE EXTENSIÓN ILÍACA DE ENDOPRÓTESIS AÓRTICA BIFURCADA

J. López Atehortúa, F. Arribas Aguilar, D. Osorio Lozano, E. Evangelista Sánchez, M.E. Maazouzi, M. Rodríguez Piñero y E. Doiz Artazcoz

*Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.*

**Introducción y objetivos:** Las complicaciones del tratamiento endovascular son cada vez más frecuentes debido al aumento de estos procedimientos en nuestra práctica habitual.

**Material y métodos:** Paciente varón de 79 años, con antecedentes de HTA, DM, dislipemia, cardiopatía isquémica, trasplante renal en fosa iliaca derecha normofuncionante actualmente, AAA infrarrenal de 5,5 cm, excluido mediante implante de endopróte-

sis bifurcada en 2011 con seguimiento por angioTAC al mes y al año sin complicaciones. En AngioTAC de control a los dos años, se evidencia migración craneal y plicatura a más de 90 grados de extensión iliaca derecha, con alojamiento en el saco aneurismático y aumento del diámetro del mismo. Por acceso transfemoral derecho y tras intentos repetidos, se logra cateterización de extensión endoprotésica iliaca derecha; paso y dilatación progresiva de balón de angioplastia hasta corrección de ángulos e implantación de nueva extensión endoprotésica (124 x 24 mm)

**Resultados:** Se logró corrección completa de endofuga tipo IB conservando la permeabilidad del injerto renal dependiente de la AIC afecta.

**Conclusión:** El desarrollo de nuevas tecnología, así como la experiencia adquirida en la realización de los procedimientos endovasculares, han permitido ofrecer una mayor seguridad durante la realización de los mismos, así como tratar las complicaciones.

### P41. CIRUGÍA HÍBRIDA EN ANEURISMAS TORACOABDOMINALES: A PROPÓSITO DE UN CASO

F. Arribas Aguilar, R. Conejero Gómez, E. Evangelista Sánchez, E. García Turrillo, A. Craven-Barttle Coll, J. Martín Cañuelo y M. Rodríguez Piñero

*Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.*

**Introducción y objetivos:** La cirugía convencional abierta de los aneurismas toracoabdominales conlleva una alta morbilidad y mortalidad. En estos casos, la opción híbrida de cirugía abierta, incluyendo la revascularización retrógrada de los troncos viscerales y TEVAR, se convierte en una alternativa con menor tasa de complicaciones y éxitos.

**Material y métodos:** Paciente varón de 71 años que es remitido a nuestra consulta por A.A.A. de 10 cm de diámetro. Como antecedentes personales: HTA, fumador importante, FA crónica, arteriopatía periférica grado IIA por obliteración fémoro-poplitea bilateral. Se realiza TAC toracoabdominal: aneurisma de aorta torácica descendente de 71 mm, que engloba tronco celiaco y hasta mesentérica superior con 37 mm suprarrenal de zona sana. Cuello infrarrenal de 30 mm de diámetro y 28 mm de longitud y A.A.A. de 108 mm. Se realiza en un primer tiempo, vía laparotomía media, resección de A.A.A. y bypass aorto-aórtico con Dacron 20 mm y revascularización retrógrada con PTFE 6 mm anillado de tronco celiaco y mesentérica superior. En un segundo tiempo se coloca endoprótesis en aorta descendente, vía femoral derecha TAG 454520 llegando hasta encima de arterias renales. Es dado de alta sin complicaciones.

**Resultados:** Se realiza TAC de control al mes y a los 6 meses sin complicaciones de endofugas, con discreta reducción del saco aneurismático de aorta descendente y permeabilidad de bypasses viscerales.

**Conclusión:** La cirugía híbrida es una opción segura y con múltiples posibilidades adaptándose a cada caso, principalmente cuando no existe cuello en aorta supraceliaca para el tratamiento de la aorta descendente vía endovascular.

### P64. FÍSTULA ARTERIOVENOSA CON PRÓTESIS ACUSEAL (GORE®): EXPERIENCIA INICIAL

S. Redondo Teruel, A. Vera Artázcoz, J. Usón Carrasco, P. Sierra Bermejo, C. Hernáiz Valencia y B. Rincón Ruiz

*Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.*

**Introducción y objetivos:** Presentar nuestra experiencia con la prótesis Acuseal (Gore®) en accesos vasculares para hemodiálisis.



**Material y métodos:** Análisis descriptivo de las fístulas protésicas realizadas en los años 2011-2012 en nuestro servicio, comparando la nueva prótesis acuseal (Gore®) con la prótesis propaten (Gore®).

**Resultados:** Se implantaron 6 injertos de la prótesis Acuseal en pacientes en hemodiálisis, 3 de ellos en pacientes que habían agotado accesos y 3 en reparaciones de acceso previo complicado. A los 30 días todos los injertos permanecían permeables, y como complicación apareció un hematoma que precisó drenaje. A los 6 meses el 100% continuaba permeable. Al año un paciente había fallecido con el injerto permeable y 2 de los injertos se trombosaron, siendo uno de ellos rescatado, quedando permeables 4 de 5. Respecto a la prótesis propaten realizamos igualmente 6 injertos, todos ellos permeables a los 6 meses, con una trombosis al año y como complicación la necesidad de retirar uno de ellos por infección.

**Conclusión:** La nueva prótesis Acuseal (Gore®) de punción inmediata, se plantea como una alternativa en pacientes en hemodiálisis o que la precisan de forma inmediata y que carecen de posibilidad de acceso vascular autólogo, y de igual modo puede ser útil en la reparación de acceso vascular complicado, presentando resultados similares a la Propaten en cuanto a permeabilidad y complicaciones con la ventaja de ser puncionables en las 24 horas siguientes a la colocación del injerto, evitándose de este modo la necesidad de catéter venoso. Son necesarios estudios más amplios que confirmen estos resultados.

## **P69. TRATAMIENTO HÍBRIDO DE UN PACIENTE CON AAA CON ENDOFUGA TIPO**

J. Sepúlveda Grisales, F. Panella Agustí, N. Argiles Mattes, E. Rollan Saint-Amand, C. Pantoja Peralta, B. Arefai y V. Martín Paredero

*Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona.*

**Introducción y objetivos:** La cirugía híbrida de pacientes con AAA es una técnica relativamente reciente y que cada vez tiene más adeptos.

**Material y métodos:** Presentamos un paciente con AP de HTA, DLP, endocarditis aórtica, infarto renal derecho y mesencefálico por émbolos sépticos, AAA roto en 2010 tratado con EVAR uniiliaco más bypass femorofemoral y portador de bioprótesis valvular aórtica. Paciente que en angioTC de control presenta un aumento del saco aneurismático (10 cm) por endoleak tipo I proximal por debajo de las arterias renales. Se decide realización de bypass esplenorrenal izquierdo y posterior colocación de endoprótesis aórtica.

**Resultados:** El paciente se mantiene estable en UCI con adecuado postoperatorio. En control a los 6 meses no se evidencian fugas y conserva el bypass permeable.

**Conclusión:** La cirugía híbrida de AAA representa una opción más a tener en cuenta tanto para la reparación de AAA como para el manejo de endofugas con crecimiento del saco aneurismático.