

ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

COMUNICACIONES ORALES

7 NOVIEMBRE 2006

SALA EL ESCORIAL

10.30 – 12.00

O-095 – O-102

O-095

CIRUGÍA DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL (AAA) EN PACIENTES CON ÓRGANO TRASPLANTADO

P.C. Morata Barrado, A. Martín Conejero, F.J. Serrano Hernando, A.I. Ponce Cano, R. Zudaire Díaz-Tejero, G. Moñux Ducajú, T. Reina Gutiérrez, R. Rial Horcajo, A. Galindo García y L. Sánchez Hervás

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La cirugía por AAA en pacientes con órgano trasplantado (OT) no es excepcional, dado el aumento de trasplantes, mayor supervivencia de estos pacientes y la relación entre tratamiento inmunosupresor y desarrollo de AAA.

Objetivos: Describir y analizar una serie de pacientes con OT e intervenidos de AAA en nuestro centro.

Pacientes y método: Se analizaron datos demográficos, clínicos, quirúrgicos y evolución postoperatoria de pacientes con OT intervenidos por AAA en los últimos 10 años.

Resultados: Entre 1996-2005, 9 pacientes intervenidos por AAA, varones, edad media $64 \pm 6,3$ años. Todos tratamiento con 2 o más inmunosupresores, que se mantuvieron perioperatoriamente (Corticoides, Ciclosporina, Micofenolato).

Trasplante (n=9)	Datos preoperatorios	Datos quirúrgicos	Evolución
Renal = 5 (55,6%)	Creatinina (Cr): 1,7 mg/dl ($\pm 0,7$)	-Media tiempo i squemia renal: 24,5 minutos ($\pm 3,3$) -Métodos protección renal: Manitol y Seguril iv; 1 paciente shunt humero-femoral (desde fístula arteriovenosa) por disfunción crónica injerto	Cr al alta: 1,6 mg/dl ($\pm 0,9$)
Cardíaco = 4 (44,4%)	Fracción eyección: $65,7 \pm 12\%$	- Manejo tensión arterial: fluidoterapia/dopamina (no respuesta . taquicardizante inmediata por denervación)	No eventos cardiológicos

Estancia media UCI: 3,2 días ($\pm 1,9$). Postoperatorio: elevación transitoria Cr en 6 pacientes, no infecciones, no exitus. Estancia media postoperatoria: 12,3 días ($\pm 4,5$).

Seguimiento mediano: 10,7 meses. No infecciones tardías, no complicaciones del injerto, 1 exitus (causa no vascular).

Conclusiones: En nuestra experiencia, la cirugía de AAA en pacientes trasplantados se puede realizar sin riesgo para el OT. No hemos observado infecciones protésicas ni de partes blandas pese a la inmunosupresión. En portadores de trasplante renal con función normal del injerto no consideramos necesarios mecanismos específicos de protección renal.

O-096

PARANGLIOMA CAROTÍDEO FAMILIAR

E. Martínez Aguilar, J.R. March, J. de Haro, F. Medina, A. Flórez y F. Acín

Hospital Universitario de Getafe, Getafe

Los paragangliomas son tumores raros cuya frecuencia oscila entre 1/30.000-100.000 habitantes en la población general, siendo los del

cuerpo carotídeo los más frecuentes (60%). Se estima que entre el 10-50% de ellos son hereditarios, habiéndose identificado 4 anomalías genéticas causantes, 3 de ellas posiblemente relacionadas con alteraciones en el metabolismo mitocondrial. Presentamos los casos de 2 hermanas con paraganglioma debido a mutación en el gen *SDHD* (11q23).

Caso clínico: Mujer de 22 años con tumoración cervical bilateral, diagnosticada con resonancia magnética de paraganglioma carotídeo bilateral (tipo III de Sharnblin), más extenso en el lado izquierdo. Su hermana de 19 años, también presentaba paraganglioma carotídeo izquierdo tipo I de Sharnblin, diagnosticado de manera casual tras Tomografía Computarizada por absceso periamigdalino. La historia familiar muestra presencia de paragangliomas en su rama paterna, estando afectados el abuelo, el padre y 5 tíos. El estudio genético demostró una mutación del gen *SDHD* (11q23) en todos los afectados, siguiendo un patrón de herencia autosómico dominante con *imprinting* materno. En el primer caso se decidió tratamiento quirúrgico del paraganglioma izquierdo, requiriendo resección en bloque del tumor y de la carótida interna, con interposición de by-pass carótido-carotídeo. Como secuela post-quirúrgica, presentó parálisis de la cuerda vocal izquierda. En el segundo caso, se realizó exéresis simple del tumor sin secuelas post-quirúrgicas.

Conclusión: El paraganglioma familiar es una patología rara cuya causa genética ha sido descrita. La identificación de los genes relacionados con esta entidad en los miembros de familias de alto riesgo, permitiría la detección y tratamiento precoz de estos tumores, reduciendo potencialmente la incidencia de morbi-mortalidad quirúrgica, la cual está relacionada con el tamaño y extensión del tumor.

O-097

ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO

C. Martínez Parreño, A. Plaza Martínez, J.I. Blanes Mompó, A. Torres Blanco, J.M. Zaragoza García, J.L. Briones Estébanez, B. Al-raies Bolaños, I. Crespo Moreno, I. Martínez Perelló, F.J. Gómez Palonés y E. Ortiz Monzón

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Introducción: La endarterectomía (EA) carotídea es un procedimiento eficaz en el tratamiento de las estenosis carotídeas sintomáticas y asintomáticas superiores al 70%. En determinado grupo de pacientes considerados de alto riesgo para EA se ha propuesto como alternativa la angioplastia y stent, con resultados similares a los de la EA pero con menor morbilidad.

Objetivos: Comparar los resultados inmediatos y a medio plazo de la EA carotídea en pacientes de alto riesgo con los obtenidos en pacientes de riesgo convencional.

Material y métodos: En los últimos 5 años se han intervenido de forma consecutiva 172 EA carotídeas en 157 pacientes, de 65,8 años de media de edad (DE 8,6). Los pacientes fueron estratificados según los criterios de inclusión y exclusión del estudio SAPPPIRE.

Resultados: De las 172 EA realizadas, 134 se realizaron en pacientes de riesgo convencional y 38 en pacientes de alto riesgo (un 22%). Las causas de alto riesgo fueron: cardiopatía (11%), oclusión contralateral (8,7%), broncopatía (5,8%), edad > 80 años (2,5%) e irradiación cervical (0,6%). El 69% de las estenosis fueron sintomáticas en el grupo de riesgo convencional frente al 60% en el grupo de alto riesgo ($p = 0,15$). Sin diferencias en la mortalidad operatoria (3,4% frente a 0,8%, $p = 0,35$), los pacientes de alto riesgo sí presentaron más complicaciones quirúrgicas, tanto locales (37% frente a 20%, $p = 0,03$) como neurológicas centrales (9,6% frente a 1,7%; $p = 0,05$). La tasa de mortalidad postoperatoria no mostró diferencias. Los pacientes de alto riesgo presentaron una mayor mortalidad a 3 años de seguimiento (34,4% frente a 11,1%, $p = 0,004$).

Conclusiones: Según nuestros resultados, los pacientes de alto riesgo para EA carotídea según criterios SAPPPIRE tienen mayor mortalidad en el seguimiento y más complicaciones locales y neurológicas operatorias, siendo probablemente candidatos a angioplastia y stent carotídeo.

O-098

¿PREVIENE LA ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA EL ICTUS EN CIRUGÍA CARDIACA?

N. Torreguitart Mirada, O.A. Merino Mairal, R. Lara Hernández, F. Sena Ruiz, A. Vera Artazcoz, P. Lozano Vilardell, R. Riera Vázquez y E. M-Rimbau Muñoz

Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca.

El ictus es una de las complicaciones de la cirugía cardíaca (CCAR). Se ha postulado que la endarterectomía (TEA) carotídea es útil para prevenir estos ictus.

Objetivo: Estudiar la incidencia de ictus perioperatorio en los pacientes sometidos a cirugía cardíaca electiva.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de 422 pacientes sometidos a CCAR entre noviembre de 2002 y octubre de 2005. El grado de estenosis carotídea se determinó mediante eco-doppler preoperatorio. Se analiza el grado de estenosis carotídea (no significativa < 60%, significativa \geq 60%). Se evalúan los antecedentes neurológicos, tipo de cirugía cardíaca (valvular o coronaria), presencia de calcificación aórtica y la realización de TEA carotídea (previa o combinada). Se indicó TEA carotídea ante estenosis \geq 80% sintomáticas. Análisis estadístico mediante test de chi-cuadrado.

Resultados: 75 pacientes tenían estenosis \geq 60% (17,7%). Se indicó TEA carotídea en 16 de ellos (8 previa, 8 combinada). Tras la TEA carotídea previa no hubo ictus. Tras CCAR 16 pacientes presentaron ictus (16/422 = 3,8%): 12 con estenosis < 60% (2,8%), 3 con estenosis \geq 60% (0,7%) y 1 con TEA carotídea previa (0,3%). No se observaron diferencias significativas en la incidencia de ictus entre los pacientes con estenosis carotídea < 60% (12/347 = 3,4%) y \geq 60% (4/75 = 5,3%) $p = 0,5$, ni entre los sometidos (1/16 = 6,2%) o no sometidos a TEA carotídea (15/406 = 3,7%) $p = 0,46$.

Conclusiones: La tasa de ictus tras CCAR es independiente del grado de estenosis carotídea, aunque la sería sea corta, la TEA carotídea no parece proteger totalmente del ictus. Esto sugiere que probablemente existan otras causas.

O-099

ANÁLISIS DEL RIESGO DE HERNIA POSTOPERATORIA EN LAPAROTOMÍA POR PATOLOGÍA VASCULAR FRENTE A PATOLOGÍA DIGESTIVA

D. Acín Gándara, J.C. Ruiz de Adana, B. Ramos Lojo, P. Garaulet González, I. García Marirrodiga, I. Ortega, F. Acín García y M. Limones Esteban

Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

Introducción: Hay estudios que señalan que los pacientes con aneurismas de aorta padecen una alteración del colágeno en la pared aórtica predisponente a su crecimiento y rotura. Si este hecho favorece la aparición de hernias incisionales e inguinales, está aún por demostrar.

Se ha comprobado una mayor incidencia de eventraciones postlaparotomía en pacientes con Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA). Persiste cierta controversia si esta incidencia es igual para Enfermedad Oclusiva Aórtica (EOA)

El objetivo de este estudio es determinar la incidencia de eventraciones y hernias de pared en pacientes intervenidos de AAA y compararlo con un grupo control de pacientes intervenidos por EOA y Cáncer Colorrectal (CCR).

Pacientes y métodos: *Diseño:* estudio retrospectivo de cohortes. Se calculó el tamaño muestral considerando una potencia del 80% y un error α del 0,05%. Se incluyeron los pacientes intervenidos de forma programada en nuestro centro desde 1997 al 2000 con un seguimiento ambulatorio superior a 5 años. Las variables principales fueron las eventraciones y hernias de pared, y como variables de control: edad, sexo, hábitos tóxicos, patología cardiopulmonar, cierre de pared, tipo de sutura y la infección de la herida quirúrgica. Se calculó el Riesgo Relativo (RR) y las diferencias se contrastaron con el test χ^2 y con la regresión logística para controlar las variables de confusión.

Resultados: Se incluyeron 92 pacientes distribuidos según el diagnóstico: AAA (n = 42), EOA (n = 30) y CCR (n = 20). El seguimiento ambu-

latorio medio fue de 6,3 años. La incidencia de eventraciones fue significativamente superior ($p = 0,003$) en el grupo de pacientes con AAA (48,5%) comparada con la del grupo EOA (23,1%) o CCR (10%) con un RR de 2,1 y 4,8 respectivamente. También, la incidencia de hernia inguinal fue significativamente superior ($p = 0,017$) en el grupo AAA (36,8%) comparada con la del grupo EOA (7,7%) o CCR (20%) con un RR de 4,7 y 1,8 respectivamente.

Conclusiones: Los pacientes operados de AAA tienen con respecto a los operados de EOA, aproximadamente dos veces más riesgo de presentar una hernia postlaparotómica y casi 5 veces más riesgo de hernia inguinal. Con respecto a los operados de un CCR, tienen 5 veces más riesgo de eventraciones y dos veces más de patología herniaria. Estos resultados apoyan la hipótesis de trabajo de la existencia de una alteración del colágeno predisponente, que favoreciera la aparición de hernias incisionales e inguinales. Se necesitan más estudios para analizar los cambios moleculares de la pared aórtica y su analogía o no con cambios en el metabolismo del colágeno a nivel de la pared abdominal que expliquen su debilidad.

O-100

SIGNIFICACIÓN CLÍNICA DE LAS ENDOFUGAS TIPO II DESPUÉS DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL MEDIANTE ENDOPRÓTESIS DE FIJACIÓN SUPRARRENAL

J.M. Zaragoza García, A. Plaza Martínez, F.J. Gómez Palonés, J.I. Blanes Mompó, C. Martínez Parreño, J.L. Briones Estébanez, B. Al-Raies Bolaños y E. Ortiz Monzón

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Introducción: Las endofugas tipo II después de la reparación endovascular de Aneurismas de Aorta Abdominal Infrarrenal (AAAIR) son el resultado del flujo retrógrado procedente de ramas arteriales (como lumbares o la arteria mesentérica inferior), rellenando el saco aneurismático excluido previamente por la endoprótesis.

Objetivo: Analizar la prevalencia y evolución de endofugas tipo II después del tratamiento endovascular de AAA mediante endoprótesis de fijación suprarrenal.

Material y método: Entre 1999 y 2005 fueron tratados de forma electiva 101 AAAIR de forma endovascular, de los cuales 56 fueron con endoprótesis de fijación suprarrenal (100% varones; media de edad 72 años (r: 51-83)). En el seguimiento se realizó TAC al mes, 3, 6 y 12 meses y anualmente después, para evaluar la existencia de endofugas y/o crecimiento del saco aneurismático.

Resultados: El seguimiento medio fue de 24 meses. Ocho endofugas tipo II fueron identificadas (14,2%). En todos los casos se optó por un tratamiento conservador, y el diámetro del AAAIR permaneció estable ó incluso disminuyó. Cuatro de las endofugas (50%) se han resuelto espontáneamente, mientras que las otras cuatro (50%) persisten sin apreciar aumentos en el diámetro del AAAIR. No hubo ningún caso de conversión a cirugía abierta ni ruptura del AAAIR relacionado con la presencia de endofugas tipo II.

Conclusiones: Las endofugas tipo II que no se asocian con un aumento del diámetro del saco aneurismático pueden ser tratadas de forma conservadora, con una alta tasa de resolución espontánea y un riesgo muy bajo de ruptura.

O-101

RESULTADOS DE LA REVASCULARIZACIÓN A PERONEA DISTAL CON RESECCIÓN DE PERONÉ

A. Florez González, J.R. March García, J. de Haro Miralles, F.J. Medina Maldonado, E. Martínez Aguilar y F. Acín García

Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

Objetivos: El segmento distal de la arteria peronea es con frecuencia el único disponible para revascularización distal en isquemia crítica. Sin embargo, su localización anatómica, siendo necesaria la resección de un segmento de peroné para acceder a ella y la ausencia de comunicación directa con el pie, han planteado dudas acerca de su verdadera utilidad, fundamentalmente en presencia de lesiones tróficas. Exponemos nuestra experiencia con la utilización de este outflow en revascularización distal.

Material y métodos: Entre abril de 1994 y enero de 2004 se han realizado en nuestro Servicio 31 by-pass con material autólogo a arteria peronea distal, con resección de peroné, en todos los casos por isquemia crítica.

Se trataba de 16 hombres y 15 mujeres con factores de riesgo vascular: DM 64,51%, HTA 77,41%, Cardiopatía 35,48%, BNCO 16,12%, Tabaquismo activo 32,25%. En 12 casos (38,7%) se trataba de un procedimiento secundario.

Se analizan permeabilidad, salvación de extremidad y supervivencia, tanto a 30 días, como en el seguimiento, mediante tablas de vida.

Resultados: En los 30 primeros días de seguimiento, se produjeron 4 trombosis de bypass, realizándose trombectomía exitosa en 2 de ellos. Se registraron 2 amputaciones mayores (1 de ellas con by-pass permeable) y 2 éxitos de origen cardiológico. Así, la permeabilidad precoz primaria fue del 87,09% y la secundaria del 93,54%, con Salvación de Extremidad del 93,54% y mortalidad del 6,46%.

En el seguimiento, se produjeron 4 fracasos hemodinámicos de injertos, tres de los cuales fueron tratados con éxito y 10 nuevas trombosis de bypass, en ninguna de las cuales se intentó trombectomía del mismo. La Permeabilidad primaria asistida a 12 meses fue del 56,49%, con Salvación de Extremidad del 78,94% a 18 meses y Supervivencia del 82,62% a 24 meses.

En ninguno de los casos se demostró alteración de la funcionalidad de los paciente ocasionada por la resección de un segmento de peroné.

Conclusiones: La utilización del segmento distal de arteria peronea, es técnicamente sencilla, muestra unos buenos resultados a medio plazo en situaciones de Salvación de Extremidad, sin ocasionar alteración funcional en relación con la resección de peroné.

O-102

RESULTADOS DE LA CIRUGÍA CONVENCIONAL DE LOS ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL

B. Al-Raies Bolaños, J.M. Zaragoza García, C. Martínez Parreño, J. Briones Estébanez, A. Plaza Martínez, A. Torres Blanco, J.I. Blanes Mompó y E. Ortiz Monzón

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Objetivos: Los aneurismas de la aorta abdominal infrarrenal (AAAIR) son los más frecuentes. La cirugía convencional, considerada el "patrón de oro" en su tratamiento, está siendo relegada progresivamente por la exclusión endovascular, debido a su menor agresividad, a unos teóricos mejores resultados y a su posible utilización segura en enfermos de alto riesgo, datos no confirmados en los resultados de los ensayos clínicos más recientes.

Nuestro objetivo es analizar los resultados inmediatos y a largo plazo del tratamiento electivo de los AAAIR mediante cirugía abierta.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional sobre una cohorte formada por todos los pacientes tratados de forma electiva y consecutiva (n = 59) por AAAIR mediante cirugía abierta desde septiembre de 1999 hasta enero de 2006. El 98% eran varones, con una media de edad de 65,8 años (DE 5,8), de alto riesgo quirúrgico (ASA III = 68%, ASA IV = 22%). El tamaño medio de los AAAIR tratados fue de 5,85 cm (DE 1,1). Se realizó un injerto aorto-aórtico en el 47,5% de los casos, aorto-bifemoral en el 40,7% y aorto-biliaco en el 11,9%. Analizamos estancia media y morbilidad operatoria y en el seguimiento.

Resultados: El seguimiento medio de los pacientes fue de 36 meses, no apreciándose pérdidas de seguimiento. La estancia media postoperatoria global fue de 10,5 días (DE 8,1). Se detectaron complicaciones sistémicas en el 18% de los pacientes, el 15% de ellas mayores. La mortalidad operatoria fue 0%, y la del seguimiento del 8,47% (n = 5), en ningún caso relacionada con el aneurisma. La supervivencia al año y a los 3 años fue del 98%.

Conclusiones: Podemos concluir que la cirugía abierta permanece vigente y aún debe considerarse como "patrón oro", pues aún en pacientes de alto riesgo continúa siendo un procedimiento seguro y efectivo por su baja morbilidad inmediata y su alta durabilidad.

POSTERS

7 NOVIEMBRE 2006

PATIO COMENDADOR/
SALA ESCUDO
P-001 – P-029

P-001

SÍNDROME DE ROBO CORONARIO-SUBCLAVIO TRATADO MEDIANTE BYPASS CARÓTIDO-SUBCLAVIO

R. Jiménez Gil, A. Miñano Pérez, J. Bercial Arias, I. Seminario Noguera, F. Morant Gimeno, M.A. González Gutiérrez, F. Bernabeu Pascual, A. Moreno de Arcos y E. San Segundo Romero

Hospital General Universitario, Alicante.

Introducción: El síndrome de robo coronario-subclavio es una causa poco frecuente de angina recurrente que ocurre en pacientes intervenidos de bypass aortocoronario con injerto de arteria mamaria interna izquierda. Una estenosis significativa u obstrucción en la arteria subclavia proximal al origen de la arteria mamaria interna puede limitar el flujo por el injerto, o incluso invertirlo, ocasionando isquemia miocárdica.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 78 años de edad, intervenida de cirugía coronaria dos años y medio antes, con clínica de angina refractaria al tratamiento médico e isquemia electrocardiográfica en el territorio de la arteria descendente anterior. La arteriografía confirmó una obstrucción de la arteria subclavia izquierda proximal a la salida de la arteria mamaria interna; se intentó un tratamiento endovascular, que no fue efectivo, por lo que se realizó un bypass carótido-subclavio, junto con una endarterectomía carotídea derecha por una estenosis preoclusiva de la misma, con resultado satisfactorio.

Conclusión: Con el uso creciente de la arteria mamaria interna como injerto para revascularización coronaria y el aumento de la edad de los pacientes con patología vascular concomitante, cada vez es más frecuente el síndrome de robo coronario-subclavio. Una adecuada selección y seguimiento de los pacientes antes y después de la cirugía coronaria puede reducir su incidencia. La angioplastia percutánea y la colocación de stent ofrecen buenos resultados, pero pueden ocasionar complicaciones como embolización o disección local, por lo que una técnica alternativa segura es el bypass carótido-subclavio clásico, con baja morbilidad y alta permeabilidad a largo plazo.

P-002

PARAGANGLIOMAS DEL CUERPO CAROTÍDEO. ANÁLISIS DE UNA SERIE

M. Echenique Elizondo², J.I. Aguirregaviria Zabalata³ y C. Lirón de Robles¹

¹Hospital Donostia, San Sebastián, ²Universidad del País Vasco, San Sebastián, ³Instituto Oncológico, Guipúzcoa.

Introducción: El paraganglioma, también denominado quemodectoma ó tumor del cuerpo carotídeo toma su origen en las células paraganglionares neuroectodérmicas. Habitualmente se encuentran localizadas en la bifurcación carotídea si bien estructuras similares han sido descritas a nivel del nervio vago, del glossofaríngeo y del cayado aórtico.

Material y métodos: Hemos revisado los casos intervenidos en un Hospital entre enero 1985 y diciembre del 2005.

Se han encontrado 7 casos intervenidos. Uno de ellos bilateral. Se analiza el valor de la Ecografía, TAC, y angiografía en su diagnóstico. Se estudia el tratamiento realizado y los resultados obtenidos así como el seguimiento de los mismos.

Discusión: Los estudios de imagen son de enorme utilidad en el momento actual. La tomografía axial con contraste es el método de elección para determinar el tamaño tumoral, así como para descartar la existencia de un tumor contra-lateral que ha sido descrito ocasionalmente. De acuerdo con los hallazgos basados en la tomografía axial Shamblin clasifica los paragangliomas en tres grupos:

Tipo I: Tumores pequeños fácilmente resecables

Tipo II: Tumor grande adherido a estructuras vasculares

Tipo III: Tumor que rodea a la arteria carótida interna con afectación

La angiografía con contraste, bien digital ó convencional es de utilidad para demostrar la extrema vascularización de éste tipo de tumores así como el origen de la misma.

La exéresis extraadventicial ha sido el método de elección en cuanto sea posible). En las lesiones de gran tamaño, adherentes, difíciles, la resección de un segmento carotídeo y reemplazamiento con material protésico ó autólogo puede ser necesaria. En estos casos el test de clampaje carotídeo puede orientar sobre la necesidad de utilización de un shunt intraoperatorio mientras se realiza la intervención. No obstante, la mayoría de los tumores pueden ser recados sin necesidad de reconstrucción arterial. La complicación operatoria observada es la aparición de ictus (1 caso) y lesión de laríngeo superior, glossofaríngeo y un caso de rama mandibular marginal del trigémino. A pesar de ello el nivel admisible de mortalidad en el momento actual en series extensas es del 2%. En la presente resultó de 0%.

P-003

ANEURISMA AORTO BILIACO CON ARTERIAS ILIACAS EXTERNAS ESTENÓTICAS: CORRECCIÓN MEDIANTE COLOCACIÓN DE ENDOPRÓTESIS AORTOMONOIACA A PARTIR DE BY PASS ILIOFEMORAL

F. Sellés Galiana, R. Rodríguez Carmona, J.P. Linares Palomino, F. Fernández Quesada, L.M. Salmerón Febres y E. Ros Die
Hospital Clínico San Cecilio, Granada.

Objetivos: La corrección endovascular de los aneurismas del sector aortoiliaco depende en gran parte de factores anatómicos. Uno de estos es la anatomía de la vía de acceso (sector aortoiliaco). Cuando existen arterias iliacas de pequeño tamaño y tortuosas es difícil la corrección de los aneurismas por esta vía. Presentamos un caso con este tipo de complicación, resuelto mediante abordaje retroperitoneal, insertando la prótesis dentro de un by pass ilio femoral

Material y métodos: Paciente de 76 años con antecedentes de HTA, lobectomía pulmonar derecha por TBC, EPOC que ingresa para reparación de aneurisma aorto biliaco (se desestima cirugía abierta). En TAC y arteriografía centimetrada se observan arterias iliacas externas estenóticas. La cirugía consistió en la realización de un by pass ilio femoral derecho con Dacron de 10 mm, realizándose la anastomosis proximal en arteria iliaca común derecha aneurismática, a través de la cual se introduce endoprótesis aortomonoiliaca Talent® más extensión que se ancla distal a la anastomosis con dacron. La cirugía se completa con ocluser en iliaca izquierda y by pass femoro femoral

Resultados: La evolución postoperatoria ha sido satisfactoria por lo que se da alta. En controles posteriores no se evidencian endofugas ni otras complicaciones.

Conclusiones: En situaciones de anatomía desfavorable del sector aortoiliaco es posible la corrección de aneurismas aortoiliacos mediante el procedimiento descrito, lo cual amplía las posibilidades en este tipo de pacientes.

P-004

HEMOPTISIS MASIVA SECUNDARIA A FÍSTULA AORTOBRONQUIAL: REPARACIÓN ENDOVASCULAR

F. Sellés Galiana, R. Rodríguez, F. Fernández Quesada, J.P. Linares Palomino, J. Cuenca Manteca y E. Ros Die
Hospital Clínico San Cecilio, Granada.

Objetivos: La fístula aortobronquial es una causa grave de hemoptisis. Se produce como evolución de un aneurisma de la aorta descendente. El tratamiento de elección es quirúrgico. Describimos el uso de una técnica endovascular para la reparación de una fístula aortobronquial (FAB) originada en un aneurisma de aorta descendente.

Material y métodos: Mujer de 66 años sin antecedentes personales de interés, remitida del servicio de Neumología por presentar hemoptisis masiva con shock hipovolémico. Ingresó en UCI. Se realiza TAC contrastado, angioresonancia magnética y arteriografía. Se diagnóstica de aneurisma sacular de aorta descendente y una posible FAB. La broncoscopia muestra hemorragia activa en región apico posterior izquierda secundaria a rotura de aneurisma sacular. Se coloca endoprótesis Talent en aorta torácica distal a arteria subclavia izquierda, cubriendo el punto de fuga de la fístula, mediante abordaje transfemoral bilateral

Resultados: La evolución postquirúrgica cursa sin complicaciones, controlándose la hemoptisis. En el control a los 3 y 6 meses la paciente persiste asintomática, y no se visualizan complicaciones en las TAC de control, con trombosis del saco aneurismático.

Conclusiones: La FAB es una causa rara de hemoptisis pero potencialmente mortal. El abordaje endovascular es una alternativa útil en estos casos, y disminuye la morbilidad de la cirugía abierta convencional.

P-005

ISQUEMIA DEL TRONCO CELÍACO Y MESENTÉRICA SUPERIOR TRAS INGESTA DE COCAÍNA

P. Priego Jiménez, G. Rodríguez, J. Galindo, M.A. Gil Olarte, N. Alonso, D. García Teruel, J. Cabañas, E. Lisa, A. Mena, I. Moreno y V. Fresneda
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: Desde su primera descripción en 1985 por Nalbandian, cada vez son más los casos publicados de pacientes con isquemia intestinal asociada al consumo de cocaína. La cocaína va a producir preferentemente complicaciones en el sistema cardiovascular y neurológico, aunque también de forma menos frecuente puede generar complicaciones gastrointestinales: perforaciones, infartos de vísceras abdominales, fibrosis retroperitoneal, colitis pseudomembranosa, isquemia intestinal...

Caso clínico: Varón de 39 años que acude a urgencias por un cuadro de dolor abdominal epigástrico de aparición brusca tras ingesta de cocaína y heroína iv, continuo, irradiado por todo el abdomen, de gran intensidad, junto con gran agitación y sudoración. Exploración física: TA: 160/60 FC: 75l pm T: 35,8°C

Abdomen blando y depresible, doloroso en epigastrio sin signos de irritación peritoneal.

Análítica: Glu 111, Cr 1,21, CPK 889, BT 2, GOT 77, GPT 51, Amilasa 48, Lipasa 4, Troponinas 0, Hb 14,8, Leucocitos 26500 (91,7% NT), Fibrinógeno 535,2.

Rx tórax, ECG, orina normal.

Gasometría: ph 7,455, pO₂ 86, pCO₂ 35,9, HCO₃ 25,5, Sat O₂ 97,1%

Rx abdomen: Asas de colon dilatadas con heces en colon descendente. No gas en ampolla rectal.

AngioTAC abdomen: Hallazgos compatibles con isquemia en territorio de AMS, y tronco celíaco. Signos de sufrimiento intestinal con dilatación de asas y neumatoses, gas en venas mesentéricas y gas portal. Hígado y bazo con aspecto isquémico. Líquido libre intraperitoneal.

Dada la extensión de la isquemia se descarta cualquier procedimiento quirúrgico, falleciendo el paciente a las pocas horas.

Conclusión: La ingesta de cocaína puede producir un cuadro grave de isquemia intestinal que ponga en peligro la vida del enfermo. Debe sospecharse ante un paciente con dolor abdominal y que refiere antecedentes de adicción a la cocaína.

P-006

TRAUMATISMO VASCULAR POR ASTA DE TORO: SECCIÓN COMPLETA DE ARTERIA ILIACA

B. Montejo Maíllo, L. Hernández Cosido, A. García Plaza, C. Escudero Hernández, A. Sánchez Rodríguez, L. Ortega Martín-Corral y A. Gómez Alonso
Hospital Universitario, Salamanca.

Introducción: Los traumatismos por asta de toro, de muy diversa índole, pueden tener una relevancia que pone a prueba al cirujano general.

Caso clínico: Paciente de 60 años de edad, sin antecedentes personales de interés, trasladado a la enfermería de la plaza de toros, durante un espectáculo taurino profesional, en shock tras sufrir una cornada. Presentaba una herida inciso-contusa en raíz de pene que desgarraba la musculatura de la pared anterior del abdomen.

Bajo anestesia general, en la propia enfermería se realiza laparotomía transrectal derecha urgente, objetivándose gran hematoma retroperitoneal y sección completa de la arteria iliaca externa derecha. Se logró disecar y controlar la arteria, y se realizó anastomosis termino-terminal de la misma. Resto de exploración intraabdominal: normal.

Con pronóstico muy grave y bajo sedación e IOT, el paciente ingresa en UCI, destacando únicamente en la exploración física una hipoventilación en el hemitórax derecho, conservando en EEL pulsos, coloración y temperatura simétricos, sin signos de isquemia arterial aguda. En las pruebas complementarias destacaba: analítica (Hb 5,3; Ht⁹ 15,3%; acidosis metabólica; TP 42%); rx tórax (atelectasia LID).

Inicialmente, con los diagnósticos de herida inciso-contusa por asta de toro, shock hipovolémico y coagulopatía, el paciente se encontraba hemodinámicamente inestable, estabilizándose en las siguientes horas con aporte de volumen y transfusión de 4CH, sin precisar drogas vaso-activas.

Dada la evolución favorable, el paciente fue extubado y trasladado a planta en 24 horas, sin ningún signo de isquemia arterial aguda en EEL.

Al 10º día, presentó infección de la herida quirúrgica (aislándose en la misma *E. Coli*) que inicialmente se desbridó y 1 mes después requirió un injerto cutáneo de piel total.

Dado de alta a los 17 días, no se evidenció ninguna complicación en las revisiones posteriores.

Conclusiones: Ciertas lesiones por asta de toro, en las que impera el tratamiento quirúrgico inmediato, sin opción al traslado hospitalario, hacen que sólo aquellos cirujanos de formación sólida y multidisciplinar, con un equipo médico y medios técnicos adecuados, puedan resolver una situación de urgencia vital.

P-007

INFARTO ESPLÉNICO Y PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA ESPLÉNICA SECUNDARIO A ENDOCARDITIS INFECCIOSA

G. Rodríguez Velasco, P. Priego, E. Mendía, A. de Juan, N. Losa, J. Die, D. García Teruel y J.M. Molina

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: La endocarditis sobre válvula nativa es una infección, generalmente causada por estreptococos viridans, que produce vegetaciones en el endocardio. Afecta con mayor frecuencia a varones mayores de 50 años, y asienta sobre la válvula mitral en la mayoría de las ocasiones. En el 30% de los casos se asocia a esplenomegalia y hasta en un tercio de los enfermos aparecen fenómenos embólicos durante o después del tratamiento. Los fragmentos desprendidos de las vegetaciones pueden embolizar en corazón, cerebro, riñón, bazo, miembros o pulmón causando infartos que pueden progresar a abscesos.

Presentamos el caso de un pseudo aneurisma de arteria esplénica e infarto esplénico en el seno de una endocarditis infecciosa.

Caso clínico: Varón de 67 años ingresado en el Servicio de Infecciones con endocarditis por *Streptococo Sanguis* sobre válvula mitral nativa en tratamiento desde hace 7 días con penicilina y gentamicina. Consultan por aparición de dolor abdominal de 48 horas de evolución en HC y flanco izquierdo. El dolor es constante y se acompaña de anemia de 2 puntos desde su inicio y discreta leucocitosis en la analítica. A la exploración destaca hipoventilación basal izquierda y dolor en hemiabdomen izquierdo con irritación peritoneal. Como estudio de imagen complementario se realiza un TAC abdominal donde se aprecia líquido libre periesplénico, pseudoaneurisma de arteria esplénica asociado a infarto esplénico con bazo muy aumentado de tamaño y pared muy adelgazada, sobre todo en su polo inferior.

Ante el riesgo de ruptura esplénica se decide intervención urgente correspondiéndose los hallazgos intraoperatorios con los del TAC. Se realiza esplenectomía reglada dejando drenaje en celda esplénica.

Desde el punto de vista abdominal evoluciona satisfactoriamente. Tras la cirugía desarrolla una insuficiencia aórtica y mitral severa que requiere intervención de recambio valvular el 9º día postoperatorio.

La anatomía del bazo es informada como infarto esplénico con extensa hemorragia intraparenquimatosa.

Discusión: Aunque el bazo no es el sitio de embolización más frecuente, el infarto esplénico debe ser sospechado en caso de aparición de dolor abdominal en el seno de una endocarditis.

Inicialmente el tratamiento puede ser conservador con analgesia, reposo, cobertura antibiótica y pruebas de imagen seriadas de control. En caso de mala evolución, abscesificación o ruptura esplénica el tratamiento de elección es la esplenectomía.

P-008

COMPLICACIONES EN LA IMPLANTACIÓN DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES CON RESERVOIRIO

F.J. González Rodríguez, C. Pontón Larrea, E.M. San Luis Calo, F. Barreiro Morandéira, L. Vizcaino, U. Anido Herrera, J.E. Castro Gómez, R. Álvarez, A. Fernández, A.M. Paulos y J. Potél Lesquereux

Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela.

Objetivos: El uso de los catéteres venosos centrales con reservorio (CVCR) se ha convertido en irremplazable para el tratamiento de la enfermedad por cáncer diseminado, empleándose de forma rutinaria en muchos pacientes. Proporciona una gran calidad de vida y simplifica el tratamiento médico. Pueden producirse ciertas complicaciones como la infección de herida quirúrgica, la trombosis venosa central e incluso el tromboembolismo pulmonar. Mediante un análisis clínico prospectivo pretendemos evaluar el éxito y las complicaciones tras el implante de CVCR sobre la vena subclavia.

Material y métodos: Entre enero del 2000 y abril del 2006 se han implantado CVCR a 171 pacientes (122 mujeres, 49 hombres, edad media 53,7 años). Empleamos la técnica habitual para su implantación con la punta del catéter en la unión atrio-cava y, un bolsillo infraclavicular donde se fija el reservorio a la fascia del músculo pectoral. La indicación en todos los casos fue la administración de quimioterapia por enfermedad maligna (tumor de mama, tumor gastrointestinal, tumor hematológico). Se realizó un seguimiento de todos los pacientes durante los primeros 180 días tras el implante recogiendo todas las complicaciones. Los datos han sido analizados con el programa estadístico SPSS asumiendo un nivel de significación estadístico $p < 0,05$.

Resultados: El CVCR fue implantado con éxito en todos los pacientes sin observarse complicaciones mayores (hemotórax, neumotórax, lesión del plexo braquial). La permanencia media del CVCR fue de 469,4 días (DT 192,3). Se produjeron las siguientes complicaciones: rotura del catéter en 1 paciente (0,5%), trombosis venosa en 1 paciente (0,5%), trombosis de catéter en 6 pacientes (3,5%), y 1 infección del sitio quirúrgico (0,5%). El porcentaje de implantación del CVCR a consecuencia de disfunción o infección fue del 0,7%.

Conclusiones: La implantación de CVCR a través de vena subclavia tiene un porcentaje muy bajo de complicaciones en nuestro estudio

P-009

QUISTE TRIQUILEMAL PROLIFERANTE RETROCERVICAL GIGANTE. EMBOLIZACIÓN TUMORAL PARA UN MEJOR MANEJO

M.F. Candel Arenas, B. Flores Pastor, A. Campillo Soto, J.A. de Miguel Vielba, V. Soria Aledo, J.M. García Santos, A. Capel, P. del Pozo Gil de Pareja y J.L. Aguayo Albasini

Hospital General Universitario José María Morales Meseguer, Murcia.

El quiste triquilemal proliferante es una neoplasia poco frecuente que se origina de la vaina más externa de la raíz del folículo piloso. Suele ser una lesión solitaria y aparece con más frecuencia en mujeres de edad avanzada.

Objetivo: El objetivo de esta comunicación es presentar un caso de quiste triquilemal proliferante gigante en región cervical posterior en una mujer joven que precisó embolización previa del tumor para el manejo correcto del mismo.

Paciente y método: Mujer de 32 años, sin antecedentes personales de interés, excepto pequeño nódulo en región cervical posterior desde los 10 años de edad. Consulta por presentar desde hace 3 meses crecimiento rápido de dicho nódulo hasta alcanzar unas dimensiones de 12 cm, de aspecto cerebroide, sangrante al mínimo roce, dolorosa y sobreinfectada. Se intentó realizar PAAF, pero fue imposible por sangrado importante de la lesión. Se practicó TC angiocerebral y de cuello que informó de proceso expansivo de partes blandas de 12x9,5x6,5 cm de diámetro, con importante vascularización arterial proveniente de ramas de la carótida externa y drenajes venosos múltiples. El tumor presenta calcificaciones en su interior y adenopatías cervicales bilaterales. La tumoración no afecta el plano óseo pero se observa falta de plano de clivaje con las estructuras musculares. Se realizó embolización de la tumoración antes de la cirugía: vía femoral derecha se realiza angiografía selectiva de ambas subclavias y carótidas que confirma la naturaleza

hipervascular de la masa retrocervical, con múltiples aportes arteriales (desde ambas carótidas externas, ramas cervicales de ambas subclavias y vertebral izquierda), así como la presencia de adenopatías cervicales hipervasculares. Tras microcateterización supraseductiva se realiza embolización de las aferencias arteriales de la tumoración, mediante microesferas (Contour 350-500), cutamplast o coil metálicos, con buen resultado radiológico. A las 24 horas de la embolización y tras comprobar una reducción importante de la tumoración, se realizó cirugía. Bajo anestesia general, la paciente es colocada en decúbito prono, se practicó exéresis en bloque de la tumoración, encontrando el plano muscular respetado. Se remitió como intraoperatoria una adenopatía de la zona que fue informada como adenopatía inflamatoria sin signos de infiltración tumoral y se realizó injerto laminar de dorso de muslo izquierdo. Tras una evolución favorable fue alta al 10º postoperatorio.

Resultados: EL patólogo informó de tumoración ulcerada de 11x9x7cm y 175 grs de peso, de superficie externa rugosa multinodular con áreas de color pardo y otras de color grisáceo. A la sección se observa una tumoración de aspecto nodular de color blanco y consistencia elástica que ocupa la totalidad del fragmento. Microscópicamente se describe como una tumoración constituida por nidos de tamaño variable de epitelio escamoso separados por tejido conectivo, que muestran células en empalizada en la periferia y queratinización en la porción central, que es abrupta. En algunas áreas se observan remolinos córneos y queratinización individual como focos de calcificación. La lesión se encuentra bien definida y ulcera la superficie epidérmica extendiéndose a la totalidad del material, todo ello compatible con QUISTE TRIQUILEMAL PROLIFERANTE.

La paciente ha evolucionado de forma satisfactoria y a los 6 meses de la intervención presenta la zona del injerto con buen aspecto y sin signos de recidiva tumoral.

Conclusiones: Aunque se trata de una tumoración biológicamente benigna, puede tener un comportamiento local agresivo de tal forma, que algunos autores lo consideran una lesión premaligna, por ello es fundamental la extirpación quirúrgica completa. La embolización tumoral disminuyó la vascularización y permitió una exéresis adecuada.

P-010

FÍSTULA AORTO-DUODENAL PRIMARIA ASOCIADA A ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

A. García Plaza, B. Montejo Maillo, I. Silva Benito, J.A. Carnicero Martín, A. Almazán Enríquez y F. Lozano Sánchez
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Introducción: La comunicación entre la aorta y el aparato digestivo es muy rara y muy grave. Mas rara es aún la aparición de una fístula aorto-entérica primaria (FAE) como complicación de un aneurisma de la aorta abdominal (AAA).

Caso clínico: Varón de 71 años con antecedentes de hipercolesterolemia, herpes zoster del trigémino y pancreatitis aguda litiasica. En mayo del 2004 se descubre un AAA de 5 cm de diámetro transversal; en seguimiento cada 6 meses (última: enero del 2006: AAA de 5.5 cm de diámetro transversal), rechazando el paciente cirugía programada. Acude a Urgencias por dolor abdominal de 8 días de evolución, más intensificado en las 48 horas anteriores, continuo en hipogastrio e irradiado a espalda. No clínica de hemorragia digestiva. Estabilidad hemodinámica (TA 130/70 mmHg y FC 78lpm). Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio. Pulsos femorales palpables. Analítica: Hb 15,2 g/dl, Ht^e 44,6%, leucocitos 15.300/ml (87,1% neutrófilos). Bioquímica normal. TAC: AAA infra-renal de 7 cm, sin signos de ruptura, con presencia de burbujas aéreas en el interior del trombo aneurismático. Con sospecha de FAE se propone cirugía preferente. Es intervenido a las 24 horas del ingreso confirmandose el diagnóstico FAE (con contenido purulento), AAA y colestistolitiasis con vesícula en porcelana. Se practica resección del aneurisma, ligadura de aorta abdominal infra-renal, sutura duodenal, epiploplastía en lecho aneurismático, colestistectomía y by pass axilobifemoral. Cultivo del retroperitoneo: *Streptococo viridans*. Durante el postoperatorio se presenta un ileo paralítico que se resuelve con tratamiento médico, febrícula que responde a tratamiento antibiótico según antibiograma y TAC abdominal de control, normal. Alta domiciliaría al 17 día postoperatorio con antibioterapia oral.

Comentario: Desde el primer caso descrito (1829, Sir Astley Cooper) a diciembre de 2003 (Zares y Shletinga, Br J Surg 2005; 92:143-152)

existen 4 revisiones que agrupan un total de 332 FAE primarias, donde están incluidas fístulas de la aorta con el esófago, estómago, duodeno (las más frecuentes), yeyuno, ileon o colon. La causa más frecuente de FAE primaria es la complicación de un AAA (94%), seguido del cáncer, radioterapia y los cuerpos extraños. La falta de diagnóstico suele finalizar con muerte del paciente por hemorragia. La triada clásica (hemorragia digestiva, dolor y masa abdominal pulsátil) es infrecuente (11%). El diagnóstico precisa un alto índice de sospecha, siendo más rentable el TAC (61%) que la arteriografía (26%) o endoscopia (25%). La mortalidad operatoria (40% de media), depende del estado preoperatorio del paciente y grado de contaminación del campo operatorio. Este último aspecto decide la técnica quirúrgica a emplear.

P-011

RECTORRAGIA MASIVA POR FÍSTULA ARTERIO-ENTERICA PRIMARIA EN PACIENTE ONCOLÓGICO: MANEJO ENDOVASCULAR

M. Molina, O. Balboa, P. Bretcha, C. Cozacov, M. Sureda y J. Farre
Hospital San Jaime, Torrevieja.

Introducción: Las fístulas arterio-entericas deben considerarse de forma primaria en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer, aneurismas o aortitis séptica que presentan hemorragia digestiva. El uso de técnicas endovasculares que permiten la embolización y/o colocación de stents en la arteria afectada puede tratar la complicación hemorrágica.

Caso clínico: Paciente mujer de 48 años diagnosticada de cáncer de colon sigmoide localmente avanzado en la que se realiza quimiorradioterapia previa a cirugía. Posteriormente es intervenida realizándose resección anterior alta y linfadenectomía retroperitoneal con radioterapia intraoperatoria. Durante su evolución presenta cuadro suboclusivo y rectorragia masiva. Se practica endoscopia digestiva alta y baja con resultado negativo. El angioTC abdominal demuestra pseudoaneurisma de arteria hipogástrica derecha y signos de fistulización hacia asa intestinal adyacente (gas extraluminal), así como importante dilatación de asas intestinales. Se realiza arteriografía selectiva que confirma el diagnóstico y se emboliza con espirales metálicas la arteria hipogástrica derecha proximal al pseudoaneurisma. El procedimiento se completa con la colocación de un stent en la iliaca derecha para evitar la migración de los coils hacia esta arteria.

Conclusión: El manejo endovascular de una fístula arterio-enterica puede ofrecer una solución paliativa al paciente neoplásico con hemorragia digestiva severa, evitando una cirugía agresiva.

P-012

COARTACIÓN DE AORTA EN EL ADULTO TRATADA MEDIANTE DILATACIÓN CON BALÓN

L. Comín Novella¹, D. Pereda Arnau², A. García Valentín², C. Fernández Gallego², E. Bernabeu², C. García Madrid² y J.M. del Val Gil¹

¹Hospital General de Teruel Obispo Polanco, Teruel, ²Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Introducción: La coartación aórtica es una malformación que, al presentarse en la edad adulta no suelen presentar gran sintomatología pero se recomienda intervenir ya que en los casos que la malformación no es corregida, aparecen complicaciones severas derivadas de la hipertensión mantenida que pueden matar al paciente.

Caso clínico: Varón de 29 años con hipertensión de extremidades superiores refractaria a tratamiento médico. Se realizó TC en el que se observó coartación de aorta. Se decidió tratamiento quirúrgico realizándose angioplastia con balón bajo anestesia local más sedación observándose la dilatación inmediata de la misma. El paciente se encuentra en buen estado con la tensión arterial normalizada.

Discusión: El tratamiento de la coartación de aorta tradicionalmente ha sido considerado quirúrgico aunque un gran número de publicaciones han confirmado la eficacia de la dilatación con balón reduciendo el gradiente transcoartación y del porcentaje de estenosis angiográfica. Se produce una ruptura controlada de la íntima y parte de la media. Es muy raro el fenómeno de la reestenosis aunque se da en más casos que con la cirugía abierta, requiriendo reintervenciones. Como compli-

caciones es relativamente frecuente la aparición de aneurismas y, en raras ocasiones, disección, ruptura y fallecimiento.

Conclusiones: La coartación de aorta en el adulto se debe tratar, siendo la angioplastia con balón una técnica adecuada, dejando relegada la cirugía abierta, que presenta más complicaciones. Es una técnica mínimamente invasiva. No es desdeñable el riesgo de rotura aórtica. Con la implantación de un stent se obtienen igualmente buenos resultados sin aumentar la morbilidad.

P-013

ISQUEMIA CUTÁNEA GLÚTEA TRAS COLOCACIÓN DE ENDOPRÓTESIS VASCULAR

B. Montejo Maillo, J.A. Torres Hernández, J.A. Carnicero Martín, C. Cascajo Castro, A. Almazán Enríquez, F. Domínguez Hernández, A. Ingelmo Morín y A. Gómez Alonso

Hospital Universitario, Salamanca.

Introducción: La colocación de endoprótesis aórtica es técnica de recurso y de elección en el paciente con aneurisma de aorta abdominal de elevado riesgo anestésico o quirúrgico.

Caso clínico: Paciente de 83 años con antecedentes personales de HTA, CI (con enfermedad del tronco y 2 vasos) con FV conservada (ambas en tratamiento médico), litiasis biliar e intervenciones quirúrgicas de by pass coronario, apendicetomía y drenaje de hematoma subdural.

Ingresa para intervención quirúrgica programada por aneurisma aorto-iliaco bilateral de 6,5 cm de diámetro, localizado 6 cm por debajo de las arterias renales y que comienza otra vez a 6cm de la bifurcación de las arterias ilíacas. Considerando la edad, obesidad y patología concomitante del paciente se decide exclusión del aneurisma mediante endoprótesis.

48 horas antes de la cirugía se realiza embolización mediante coils de arteria hipogástrica izquierda y de arteria iliaca derecha. Así, bajo anestesia raquídea + catéter epidural se coloca endoprótesis TALENT aorto-uniiliaca de 22 x 12 cm en dos cuerpos (aorta infra-renal de 155 mm de longitud, aorta-iliaca izquierda externa de 90 mm de longitud) y tapón oclisor en arteria iliaca primitiva derecha. Se realiza también by pass femoro-femoral.

A las 24 horas post-operatorias el paciente refiere dolor en reposo (no claudicación) en región glútea izquierda, objetivándose una lesión equimótica de 15x10 cm que parece sugerir isquemia muscular subyacente, coincidiendo con un CPK de hasta 7745 y de la mioglobina a 2595. En ningún momento se comprobó el desarrollo de colitis isquémica.

Con tratamiento conservador (analgesia y antiagregación), evolucionó favorablemente, disminuyendo el tamaño de la lesión, mejorando su aspecto (sin llegar a evidenciarse necrosis cutánea franca en ningún momento) y controlándose el dolor. En el 6º día, las cifras de CPK fueron de 238 y las de mioglobina de 127,4, siendo dado de alta al 7º día. A los 14 días fue revisado en consulta y la lesión prácticamente había desaparecido.

Conclusiones: La isquemia parcheada glútea es una posible complicación tras la embolización y exclusión de la arteria iliaca, siendo muy rara la aparición de lesión cutánea en dicha región glútea como sucedió en este caso.

P-014

FACTORES PREDICTIVOS DE ISQUEMIA MESENTÉRICA MASIVA

M.A. Acosta Mérida, J. Marchena Gómez, C. Roque Castellano, F. Cruz Benavides, J. Hernández Navarro, A. Rodríguez Méndez, A. Alonso Alvarado y J.M. Hernández Romero

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: La isquemia mesentérica aguda, transmural, obliga a la realización de intervención quirúrgica urgente. Sin embargo, los hallazgos operatorios pueden ofrecer un pronóstico sombrío, cuando la gravedad y extensión del daño isquémico es incompatible con la vida. Sería interesante conocer, a priori, aquellos factores relacionados con la necrosis masiva; de manera que, sobre todo, en pacientes muy ancianos y debilitados, con una mala situación clínica, se pudiera evitar la laparotomía. Nuestro estudio pretende investigar y obtener tales parámetros prequirúrgicos.

Pacientes y método: La muestra la constituyeron un total de 155 pacientes operados de urgencia por isquemia mesentérica aguda, desde 1988 hasta 2005, en nuestro hospital. Fueron 88 hombres y 67 mujeres, de edad media 71,9 años (DE \pm 13,6; IC95%:69,7-74).

Se agruparon los pacientes en isquemia masiva y no masiva, y se recogieron las variables demográficas, antecedentes personales, síntomas clínicos, tiempo de espera y hallazgos de laboratorio, comparándolos entre ambos grupos por ver si se relacionaban o no con la presencia de necrosis masiva intestinal. En los pacientes con isquemia masiva no se realizó resección intestinal ni ningún otro gesto quirúrgico. Para analizar las variables categóricas se utilizó el test de Ji-Cuadrado o el test exacto de Fisher, y el test de la U de Mann Withney en caso de variables numéricas. Se aplicó un modelo de regresión logística, en el análisis multivariante, con el fin de obtener los factores pronósticos independientes. Se consideró como nivel de significación una $p < 0,05$ y como medida de riesgo la OR, con su correspondiente IC95%.

Resultados: El grupo de necrosis masiva lo constituyeron 48 de los 155 pacientes (31%) (IC95%: 23,4-38,6). Se relacionaron con la necrosis masiva las variables edad ($p = 0,04$), ingesta previa de digoxina ($p = 0,01$), shock ($p = 0,009$), Hb > 16 gr% ($p = 0,02$), hiperamilasemia ($p < 0,001$), acidosis ($p = 0,012$) y también la alcalosis ($p = 0,048$). No se relacionaron el sexo, antecedentes de diabetes, HTA, cardiopatía, isquemia periférica, antiagregantes, fiebre, peritonismo, dolor abdominal, distensión abdominal, leucocitosis, parámetros de la bioquímica general e iones y el tiempo de espera. De éstos, fueron factores pronósticos independientes de necrosis la presencia de shock (OR = 3,4; IC95%: 1,1-10), Hb > 16 gr% (OR = 6; IC95%: 1,6-22,8) e hiperamilasemia (OR = 4,2; IC95%: 1,5-12,2).

Conclusiones: Más de la cuarta parte de los pacientes intervenidos por isquemia mesentérica aguda presentaban necrosis masiva. La existencia de shock, Hb > 16 gr% y/o hiperamilasemia son predictores de necrosis masiva.

P-015

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO URGENTE DE LA ISQUEMIA MESENTERICA MEDIANTE BY-PASS AORTOMESENTÉRICO RETRÓGRADO

F. Fernández Quesada, F. Sellés Galiana, M.J. Lara Villoslada, E. Navarro Muñoz, D. Carrasco de Andrés, R. Ros Vidal, J. Cuenca Manteca y E. Ros Die

Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: La isquemia mesentérica aguda presenta mortalidad $> 70\%$ (sin mejoría en los últimos treinta años). Como factores influyentes en sus malos resultados destacamos: edad avanzada, abundante comorbilidad (por lo que suele provocar una actitud nihilista) y retraso diagnóstico (cuando este es claro ya suele existir necrosis establecida, lo que empeora aún más el pronóstico).

Casos clínicos: presentamos cuatro casos de isquemia mesentérica aguda intervenidos en nuestro servicio (3 varones y 1 mujer; i 78 años). Patología asociada: D.M. (3), cardiopatía (3 F.A.; 1 cardiopatía isquémica), EPOC (2), insuficiencia renal crónica (1), todos intervenidos de forma urgente y sin posibilidad de realización de estudio arteriográfico previo.

En los cuatro casos se realizó by-pass aorto-mesentérico retrógrado (al tronco de la arteria mesentérica superior) con vena safena interna y clampaje aórtico parcial. En dos de los casos la revascularización se realizó tras hallazgo por el cirujano general de isquemia intestinal en una laparotomía exploradora por cuadro de abdomen agudo no filiado. En los otros dos casos se realizó cirugía vascular urgente por alta sospecha clínica de isquemia mesentérica.

Resultados: De los cuatro casos, los dos primeros requirieron resección intestinal parcial tras la realización del by-pass, en uno de 50 cms de ileon terminal y en otro de 10 cms de asa yeyunal. En un "second-look" se comprobó la adecuada perfusión intestinal en el primer caso mientras que en el otro fue necesaria hemicolectomía y falleció 15 días después por fallo multiorgánico.

En los dos casos en que se realizó laparotomía en nuestro servicio por alta sospecha clínica, se comprobó la reperusión intestinal intraoperatoria tras la realización del by-pass, por lo que no fue necesario un "second-look".

Comentarios: Se debe considerar el tratamiento quirúrgico urgente ante la sospecha clínica fundada de isquemia mesentérica aguda como

una opción para mejorar la supervivencia de estos casos; el by-pass extraanatómico desde aorta infrarrenal a tronco de mesentérica superior es una técnica de recurso que puede ser realizada en ausencia de arteriografía.

P-016

ANGIOMATOSIS DIFUSA ABDOMINAL SIN AFECTACIÓN ÓSEA O DE PARTES BLANDAS: APORTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO INSÓLITO

G. Paseiro Crespo, C. Sabater Maroto, R. Puga Bermúdez, M. Marqueta de Salas, P. Veguillas Redondo, H. Durán Giménez-Rico y J.M. Bellón Caneiro

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Introducción: El término de angiomas quísticos define una rara enfermedad en la que coexisten múltiples lesiones quísticas óseas, viscerales y de partes blandas, con grado variable de afectación y que corresponden a malformaciones vasculares linfangiomatosas. Presentamos un caso clínico inesperado en el que las lesiones angiomas quísticas estaban localizadas dentro del abdomen, sin hallarse otras lesiones en tejido óseo o en partes blandas, al que hemos considerado oportuno diagnosticarlo de "angiomas quística difusa abdominal".

Caso clínico: Varón de 26 años, sin antecedentes de interés, que presenta masa central en hemiabdomen inferior, sin otra sintomatología digestiva. En la exploración el efecto masa desaparece en la contracción de la pared muscular del abdomen. El hemograma, la bioquímica sanguínea, y los marcadores tumorales fueron normales. Un escáner abdominal objetivó una masa quística compleja mesentérica de 20x10x8cm. Llamaba la atención su origen pediculado junto a los vasos mesentéricos superiores, descendiendo en los cortes seriados hasta el hipogastrio. Se observaron múltiples lesiones focales en el bazo, y otras dos lesiones quísticas de 4-5cm, similares a la mesentérica, localizadas en el espacio interaortocava, adyacente a la segunda porción del duodeno, y por debajo de la cola del páncreas. El rastreo escanográfico del tórax y del cerebro fue normal. La serie radiológica ósea no evidenció lesión quística alguna.

El paciente fue intervenido practicándosele exéresis de las tres masas quísticas y del bazo. No quedó enfermedad residual macroscópica en la cavidad abdominal. Los resultados anatomopatológicos confirmaron el diagnóstico de angiomas quística difusa quística con afectación mesentérica, esplénica y ganglionar. El control radiológico a los seis meses demuestra la ausencia de recidiva.

Conclusiones: La angiomas quística difusa de localización exclusiva en el abdomen es un hallazgo insólito. En la revisión bibliográfica realizada al efecto no hemos encontrado ningún caso descrito. Por tratarse de lesiones con comportamiento histológico benigno la cirugía radical es curativa. Por ello es crucial en el pronóstico que el asiento visceral sea extirpable. Aunque es pronto, tan solo 6 meses, la ausencia de recidiva en nuestro enfermo invita al optimismo.

P-017

DESCRUZAMIENTO DUODENAL COMO PARTE DEL TRATAMIENTO DE UN FÍSTULA AORTODUODENAL SECUNDARIA A UN PSEUDOANEURISMA MICÓTICO

A. Larzabal Aretxabala, R. Saa Alvarez, E. Perez*, M. Rodriguez* y L. Perdigó Bilbao

Hospital de Cruces, Baracaldo.

Introducción: Las fístulas aortoduodenales pueden producirse de forma primaria como complicación de un aneurisma aórtico, o de forma secundaria tras la reconstrucción de la aorta abdominal. La presentación clínica típica de masa abdominal, dolor y sangrado digestivo es infrecuente. La mortalidad global de una reparación electiva es del 8% y asciende al 19% si se realiza de forma urgente. En los casos de ruptura, esta mortalidad alcanza el 42% y llega al 50% en caso de fístula aortoduodenal espontánea. Es frecuente que las fístulas secundarias sean consecuencia de una infección de la prótesis y suelen producirse meses o años después de la primera cirugía. El procedimiento quirúrgico más empleado es la reparación directa del duodeno y la interposición de omento mayor entre el duodeno y la prótesis vascular.

Presentación clínica: Se trata de un paciente varón de 80 años de edad. Entre los antecedentes médicos destacan adenoma de próstata,

ACFA, hernia de hiato, gastritis erosiva y la realización de un by-pass aortobifemoral por un aneurisma de aorta 3 años antes. En el contexto de un síndrome general se descubre una infección-fístula de la prótesis aórtica con imágenes de absceso e hipercaptación al realizar una gammagrafía con leucocitos marcados. Durante la intervención se descubre una fístula aortoduodenal de la prótesis a la 4ª porción duodenal que engloba más del 50% de la luz del duodeno. La técnica empleada consiste en la resección de la fístula, descruzamiento duodenal hasta nivel subhepático respecto al eje mesentérico y anastomosis duodeno-yeyunal. Además se realiza un by-pass axilo-bifemoral derecho tras el clamping de la aorta y las arterias ilíacas. El cultivo de la prótesis fue positivo para *Cándida Albicans* y *Glabrata*. Durante la evolución sufrió una infección respiratoria, íleo prolongado y una escara sacra.

Comentario: El tratamiento de las fístulas aortoduodenales tanto primarias como secundarias es extremadamente complejo debido tanto a las malas condiciones del paciente, como a las dificultades técnicas que supone suturar un defecto intestinal de bordes amplios y anfractuados con infección adyacente y su proximidad a estructuras vasculares o protésicas.

El objetivo de la variante quirúrgica que presentamos es aislar el duodeno patológico del foco infeccioso situado en la región izquierda del eje mesentérico superior. Mediante la exéresis de la 4ª porción duodenal y el paso al lado derecho del eje mesentérico del resto de duodeno conseguimos realizar una anastomosis primaria sobre tejido sano. Además la derivación vascular axilo-bifemoral consigue también una anastomosis vascular a distancia.

P-018

RECANALIZACIÓN ESPONTÁNEA DE TROMBOSIS DE CARÓTIDA INTERNA

C. Varela Casariego, F. Acín García, J.R. March García, J. de Haro Miralles, F.J. Medina Maldonado y A. López Quintana de Carlos

Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

La recanalización espontánea de una trombosis de carótida interna es infrecuente y su proceso no ha sido aclarado. Puede plantear problemas de diagnóstico diferencial con otras entidades como la pseudo-oclusión carotídea, la disección y la estenosis post-radiación, que se manifiestan genéricamente como un "signo de la cuerda" en la arteriografía. La importancia radica en el distinto abordaje terapéutico de estas entidades. Presentamos el caso de un paciente con recanalización espontánea de carótida interna.

Caso clínico: Varón de 53 años con antecedentes personales de tabaquismo, HTA, dislipemia, DM e isquemia crónica de MMII, estadio IIa. Un año previo al ingreso sufrió ACVA isquémico masivo hemisférico izquierdo, quedando como secuelas afasia mixta y hemiparesia derecha severa. En la RMN se observó infarto agudo masivo en territorio de la arteria cerebral media izquierda. El Eco-doppler y Angio-CT TSA mostraron imágenes compatibles con oclusión de la arteria carótida interna izquierda y estenosis crítica de arteria carótida interna derecha. La Arteriografía confirmó la estenosis crítica de carótida interna derecha, observándose en eje izquierdo una imagen de relleno filiforme desde muñón de carótida interna que no alcanzaba sifón carotídeo. El paciente fue intervenido realizándose endarterectomía de carótida interna derecha, sin complicaciones. La arteriografía selectiva de eje carotídeo izquierdo realizada durante el acto quirúrgico puso de manifiesto un relleno de contraste anterógrado, filiforme y tortuoso, que avanzaba siguiendo el trayecto de la carótida interna hasta recanalizar el sifón carotídeo, compatible con recanalización espontánea de carótida interna izquierda. Se decidió tratamiento conservador.

Comentarios: El "signo de la cuerda" es común a diferentes causas de patología carotídea, aunque pueden existir ciertos rasgos diferenciales: La imagen de recanalización intraluminal suele comenzar en el muñón de la carótida trombada, para progresar de forma tortuosa y filiforme hasta el sifón carotídeo, similar a las lesiones post-radiación. En ocasiones puede tener varias luces. La pseudo-oclusión suele manifestarse de forma lineal siguiendo el trayecto anatómico de la carótida interna. La disección presenta imagen típica afilada con largo muñón proximal. Un análisis correcto de las características morfológicas del "signo de la cuerda" es esencial para establecer la actitud terapéutica adecuada: conservadora o quirúrgica según los casos y la clínica del paciente.

P-019

UN MODELO DE GESTIÓN MULTIDISCIPLINAR PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS VARICES

M.J. Tamayo López, C. Martín Rodríguez, L. Sánchez Moreno, A. Gúzman Piñero, F. Tadeo Gómez, F. Docobo Durantes y J. Mena Robles

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Las varices, en la actualidad incluidas en la cartera de servicios de cirugía vascular suponen, por su alta incidencia, una patología que desborda su capacidad de respuesta a esta elevada demanda quirúrgica. Por ello hemos creado una unidad mixta de cirujanos vasculares y generales, con el fin de intervenir la lista de espera en régimen de CMA, sin ingreso, lo cual nos permite rentabilizar el quirófano y las camas hospitalarias. No consume consultas de revisión ya que se realizan por el médico de atención primaria

Objetivo: Realizar la cirugía de varices de miembros inferiores en régimen ambulatorio por un equipo mixto de cirujanos generales y vasculares para intentar reducir la lista de espera

Método: La sistemática consiste en la realización del preoperatorio el mismo día que acude a consultas de cirugía vascular, y la realización de ecodoppler en la semana previa a la intervención. Los criterios de selección empleados: que cumplan criterios de CMA, sistema venoso profundo permeable, úlceras no infectadas.

La cirugía se realiza bajo anestesia local y sedación o raquianestesia, por el equipo mixto. El alta es a las 6 horas de la intervención según protocolo de recuperación de las funciones. El control postoperatorio se hace vía telefónica y a través del médico de atención primaria.

Resultados: En 9 meses de funcionamiento se han intervenido 157 pacientes de varices con buena aceptación por parte de los pacientes y con resultados favorables, sin complicaciones mayores. Ningún sangrado. 4 infecciones de herida inguinal. Dos ingresos. Hematomas dolorosos en 15 casos donde se realizó la safenectomía interna. Las llamadas telefónicas principalmente consistieron en dolor sobre todo en las zonas de formación de hematomas. Una neuralgia que desapareció al mes.

Conclusión: La implicación de los cirujanos generales permite agilizar la lista de espera descargando el peso de esta patología en la cartera de servicios de la cirugía vascular. La implicación de los médicos de atención primaria facilita el control postoperatorio del paciente descargando las consultas externas así como la rápida incorporación a la vida laboral. Con reducción en la lista de espera, ahorro económico por el alta precoz, con una mejor gestión de los recursos hospitalarios

P-020

ANGIOMIXOMA AGRESIVO ABDOMINAL CON SEUDOTROMBOSIS MASIVA DE VENA CAVA INFERIOR Y CAVIDADES CARDÍACAS DERECHAS

M.T. Gutierrez Rodriguez, A. Gómez Palacios, A. Exposito Rodríguez, J. Gómez Zabala, A. Zorraquino González, B. Uriarte Vergara, B. Barrios Treviño, M.A. Taibo Asencor e I. Iturburu Belmonte

Hospital de Basurto, Bilbao.

Introducción: El angiomixoma agresivo (AA) es una neoplasia de partes blandas, muy infrecuente, descrita en 1983 por Steeper y Rosai. Su naturaleza es benigna y su crecimiento lento, pero puede infiltrar localmente y excepcionalmente producir metástasis. Presentamos un nuevo caso en el que se produce infiltración intraluminal de la vena cava inferior (VCI) a través de la vena ovárica izda, con extensión hasta cavidades cardíacas dchas.

Caso clínico: Mujer de 38 años que consultó por dolor abdominal y disnea. AP: Obesidad. EA: Distensión abdominal progresiva de varios meses de evolución, atribuida a su obesidad. En los últimos días dolor abdominal difuso, continuo, irradiado a espalda, y disnea de medianos esfuerzos. EF: Masa abdominal mal definida a la palpación. Analítica: normal. TAC toracoabdominal: Gran masa sólida heterogénea que ocupa cavidad abdominal y pélvica con ascitis. Gran "trombo venoso" que ocupa toda la luz de la VCI, ilíacas comunes y vena renal izda que se extiende hasta aurícula dcha (AD) y ventrículo dcho. Resonancia magnética de corazón: Trombosis en

VCI y AD que prolapsa en ventrículo dcho. Biopsia con aguja gruesa de la masa abdominal: Angiomixoma agresivo. Se efectuó tratamiento quirúrgico en dos tiempos: 1. Esternotomía inicial para tratar, con carácter de urgencia, la "trombosis" masiva. Apertura de aurícula derecha. Se objetiva tumoración sólida en su interior (no trombo sanguíneo) proveniente de VCI y se practica extirpación por tracción. A. P. Angiomixoma. 2. Laparotomía. Se aprecia una gran tumoración retroperitoneal que desplaza intestino delgado y colon dcho. hacia hipocondrio izdo., interesando útero y anejos e infiltrando pared vesical a la altura del trigono, donde sus bordes son más imprecisos. El paquete vascular ovárico izdo. está afectado en todo su trayecto, con vasos dilatados y trombosados. Se practica exéresis lo más amplia posible incluyendo útero y anejos, quedando masa tumoral inextirpable a nivel del trigono. El informe A. P. la define como angiomixoma de 40 x 30 x 20 cm de diámetros y 5 Kgrs de peso. Discusión: El AA se presenta de preferencia en mujeres, entre 30 y 40 años de media, y su localización más frecuente es la pelvis. Su crecimiento es lento y se comporta generalmente como un tumor benigno, pero su capacidad de infiltración local y la imprecisión de sus bordes pueden dificultar la exéresis completa, lo que explica su alta tendencia a la recurrencia local. En el caso que presentamos, la aparente "trombosis venosa de la vena cava" se debía a la infiltración y ocupación de la vena ovárica por el tumor que, a través de ella, desarrolló su crecimiento intraluminal masivo y ascendente hacia la vena cava inferior, formando un molde tumoral de toda ella, hasta ocupar la aurícula y ventrículo derecho, comprometiendo seriamente la función cardíaca y el pronóstico. El tratamiento de estos tumores es quirúrgico y exige su exéresis lo más completa posible. Dado su bajo o nulo índice de actividad mitótica son resistentes a quimioterapia y radioterapia. Existe la posibilidad de terapia hormonal coadyuvante si son positivos a receptores hormonales en los estudios de inmunohistoquímica.

P-021

ANGIOMATOSIS QUÍSTICA CON AFECTACIÓN ESPLÉNICA: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

V. Barra Valencia, M. Fraile Vasallo, A. Moreno Elola-Olaso, M.C. Hernández Pérez, Y. Fundora Suárez, J.C. Meneu Díaz, M. Abradelo Usera, R. Gómez Sanz, C. Jiménez Romero, J.I. García García y E. Moreno González

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: La angiomatosis quística es una enfermedad muy poco frecuente, cuya patogenia es discutida, aceptándose mayoritariamente la existencia de malformaciones vasculares linfangiomatosas de origen congénito que dan lugar a lesiones quísticas esqueléticas, que pueden asociarse o no a lesiones viscerales y de tejidos blandos, siendo el bazo el órgano más afectado. La sintomatología varía según los órganos afectados siendo las lesiones viscerales las que a menudo condicionan el pronóstico. El diagnóstico definitivo se establece mediante estudio histológico.

Material y método: Paciente mujer de 34 años sin antecedentes personales de interés con historia de dolor en región lumbar derecha de varios años de evolución que refiere aumento del mismo en los últimos meses con irradiación a miembro inferior derecho. En la exploración física destaca la presencia de una tumoración dolorosa a nivel paravertebral y lumbar derecho y esplenomegalia. Se realiza una RMN y AngioRMN que muestran una tumoración en tejido celular subcutáneo desde el flanco derecho, por encima de la cresta ilíaca hasta la musculatura paravertebral, múltiples lesiones difusas esqueléticas, esplenomegalia con múltiples lesiones quísticas y ejes vasculares arteriales y venosos abdominales permeables. Con el diagnóstico de angiomatosis quística se interviene quirúrgicamente realizándose esplenectomía sin incidencias. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de linfangiomatosis esplénica. El postoperatorio transcurrió sin incidencias.

Conclusión: La angiomatosis quística es una enfermedad rara pero que debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas óseas, de partes blandas y viscerales. Se trata de una enfermedad benigna y el tratamiento de las lesiones de partes blandas y viscerales es quirúrgico siendo estas últimas las que condicionan el pronóstico.

P-022

ACCESOS VENOSOS TOTALMENTE IMPLANTABLES. EXPERIENCIA CON 1.086 CASOS

A. Cózar Ibáñez, M. del Olmo Escribano, F. Jiménez Armenteros, M.B. Sánchez Andujar y M. Medina Cuadros
Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia y evaluar las complicaciones asociadas al implante y utilización clínica de los Reservorios Venosos Subcutáneos (RVS) en nuestra serie.

Material y métodos: Aunque nuestra experiencia se remonta a 1988, en Enero de 1997 establecimos un protocolo de recogida de datos y seguimiento que hasta diciembre de 2005 recogía un total de 1.086 RVS instalados en 1.052 pacientes. Se implantaron en adultos con diagnóstico de tumores sólidos o hematológicos, candidatos al tratamiento citotático durante mas de 3 meses, con normalidad analítica, que no se encuentren en estadio terminal y con expectativas vitales mayores de 6 meses. Siempre se utilizaron catéteres de punta abierta, siendo el abordaje venoso de elección la punción percutánea subclavia mediante técnica de Seldinger con control radioscópico e introducción del catéter mediante sistema pelable / fragmentable, alojando el portal subcutáneo en fosa infraclavicular apoyado en la fascia pectoral mayor.

Resultados: De los 1052 pacientes, 379 eran hombres (36%) y 673 mujeres (64%). La edad media fue de 53 años con rango comprendido entre los 14 y 82 años. El tumor más frecuente fue el de mama en 368 pacientes (35%), seguido del colorectal en 336 (32%). El principal motivo por el que se nos solicitó el implante fue el agotamiento o imposibilidad de utilizar venas periféricas en el 38%, siguiéndole en frecuencia la neoadyuvancia preoperatoria y la infusión continua en el 32%. Las complicaciones precoces mas frecuentes fueron el hematoma / inflamación (3%), con una tasa de neumotorax del 1,5% (17 casos). Entre las tardías la obstrucción / malfuncionamiento en 43 casos (4%) y la infección en 27 (2,5%).

Conclusiones: La utilización de RVS en nuestro medio es segura y eficaz, proporcionan comodidad al paciente y sus cuidadores, la tasa de complicaciones es baja y los cuidados y mantenimiento posteriores son mínimos. El aumento de la demanda para su implantación, viene motivado por el incremento de pacientes tributarios de Quimioterapia en sus distintas variantes (infusión continua ambulatoria, neoadyuvancia...) y la disminución de la tasa de complicaciones asociadas a su instalación y mantenimiento.

P-023

FIBRINOLISIS INTRAOPERATORIA POR ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA

F.X. Molina Romero, J.M. Morón Canis, M. Gómez Ruiz, S. de la Serna Esteban, X. Ruiz Plazas, I. Fernández Hurtado, M. Gamundí Cuesta, J. Ruiz Rosselló y J.A. Soro Gosálvez
Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca.

Objetivos: Presentamos un tratamiento válido para la isquemia mesentérica aguda en caso de no poder realizar cirugía, habiendo realizado una laparotomía por abdomen agudo.

Material y métodos: Paciente de 83 años de edad con antecedentes personales de cardiopatía isquémica y quirúrgicos de nefrectomía derecha. Repetidos ingresos por crisis suboclusivas. Se interviene de síndrome adherencial, de manera programada, realizándose resección intestinal de íleon terminal segmentaria. A las 24 horas se procede a relaparotomía por dolor, leucocitosis y acidosis metabólica. En el acto quirúrgico se encuentra una isquemia mesentérica progresiva que afecta a todo el intestino delgado. Se realiza arteriografía intraoperatoria de arteria mesentérica superior (AMS) objetivando amputación de contraste en la primera rama. Debido a la imposibilidad de cirugía a ese nivel, se realiza fibrinólisis a través de la AMS con 500.000 U de urokinasa.

Resultados: En la arteriografía postfibrinólisis se observa la repermeabilización de las ramas arteriales, junto con la recuperación del color de las asas. La paciente ingresa en la unidad de reanimación. Se realiza "second look" a las 24 horas apreciando la recuperación íntegra de las asas de delgado.

Conclusiones: la fibrinólisis intraoperatoria directa en la AMS puede ser un recurso eficaz en casos de isquemia mesentérica, en los que el

tratamiento quirúrgico sería muy radical o no pueda realizarse, en el transcurso de una laparotomía urgente sin diagnóstico previo.

P-024

HEMANGIOMAS EN EXTREMIDADES: REPORTE DE 6 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

A. Ranero Juárez y V.M. Rosales Galindo
Hospital General Dr. Manuel Gea González, México DF, México

Introducción: Los hemangiomas son tumores de estirpe endotelial benignos más frecuentes de la infancia con predominio en el sexo femenino en una proporción de 4:1. Se observan a las pocas semanas de edad con una incidencia del 1 al 12% de los recién nacidos. Según su localización se dividen en: Superficiales o en fresa, profundos o cavernosos y compuestos. Habitualmente se presentan como una lesión única, pero hasta en un 20% de los casos pueden ser múltiples, situación en la que hay que descartar una afectación interna. El 10% de los hemangiomas tiene una historia familiar. La presentación más frecuente es en cabeza y cuello (80%) seguida del tronco y extremidades (20%). Su aspecto físico depende de la profundidad respecto a la piel, del tamaño y del estadio evolutivo. El hemangioma intramuscular es raro, representando solo el 0.8% de estos, presentándose antes de los 30 años de edad. La mayoría de los pacientes presentan dolor y/o inflamación, el cual a menudo empeora durante la actividad. Se localiza en extremidades inferiores (45%), superiores (27%), cabeza y cuello (14%) y tronco (14). Se caracterizan histológicamente por un crecimiento endotelial acelerado. La centellografía con Tc-99, es una técnica sensible que detecta hemangiomas no sospechados, con una sensibilidad del 89% y especificidad del 100%. La angiografía debe ser reservada para el preoperatorio o asistencia pre-embolización. El manejo del hemangioma esta indicado en lesiones deformantes o aquellas que causan problemas funcionales. Estos tratamientos se dividen en antiangiogénicos (corticoides sistémicos, intralesionales o tópicos, interferon alfa), antiproliferativos (quimioterapia, radioterapia) y no específicos (crioterapia, cirugía).

Objetivo: Revisión actual de la literatura y reporte de casos.

Material y métodos: Entre el junio del 2003 y noviembre del 2005, 6 pacientes con hemangiomas en extremidades fueron sometidos a tratamiento quirúrgico por falla en tratamientos médicos múltiples.

Resultados: Se incluyeron 6 pacientes, 5 mujeres y un hombre con edad promedio de 24.6 años (15-44 años), con hemangiomas en extremidades 2 en superiores y 4 en inferiores, los cuales no presentaron mejoría con tratamiento médico, por lo que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico con reporte histopatológico de 4 hemangiomas cavernosos y 2 intramusculares, siendo reintervenido uno de ellos por resección incompleta. A 1-3 años de seguimiento el 100% de los pacientes se encuentran sin secuelas funcionales con buenos resultados cosméticos.

Conclusiones: Deben de ser sometidos a tratamiento aquellos pacientes con hemangiomas con crecimiento rápido que produzcan o puedan producir una destrucción tisular, limitación en la función, desfiguración, lesiones cutáneas diseminadas o afección visceral. La cirugía es el método de elección en estos pacientes con compromiso funcional, impacto psicológico y/o deformidad, en los que han fracasado las otras alternativas de tratamientos.

P-025

ROTURA DE ANEURISMA DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR: UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA DE PANARTERITIS NODOSA

M. Franco Campello, C. Alcazar López, L. Campos Martínez, C. Navarro Noguera, M. Romero Simó, E. Gracia Alegría y F. Lluís Casajuana
Hospital General Universitario, Alicante.

Introducción: Los aneurismas digestivos representan una patología vascular poco habitual (0,01- 0,2%) en autopsias rutinarias, pero de gran importancia por su aparición como urgencia vital. Presentamos este caso por la infrecuencia de su etiología, siendo el debut de una enfermedad autoinmune (Panarteritis Nodosa), a raíz de un aneurisma fisurado de Arteria Mesentérica Superior.

Caso clínico: Varón de 47 años, con antecedentes clínicos de Hepatitis por virus C (VHC) y exadicto a drogas por vía parenteral (exADVP) desde hace 7 años. Se le intervino en Septiembre de 2002 para colocarle una prótesis valvular aórtica debido a una endocarditis bacteriana por enterococo.

El paciente acude en Noviembre de 2004 al Servicio de Urgencias por presentar cuadro de dolor abdominal difuso, de inicio brusco, acompañado de anorexia, náuseas y vómitos postprandiales. En el TAC abdominal se objetiva imagen sugestiva de aneurisma de la arteria mesentérica superior. El paciente empeora clínicamente y, coincidiendo con una exacerbación del dolor abdominal, aparece un estado estuporoso con frialdad y palidez, objetivándose hipotensión (60/30 mmHg.), por lo que se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza laparotomía media que evidencia hemoperitoneo de 3 litros, lesión mesentérica a nivel de tercio medio ileal que erosiona una estructura vascular. Se practica resección de 15 cm. de ileon con anastomosis mecánica.

El postoperatorio transcurre con normalidad, siendo dado de alta a los 7 días de la intervención.

La Anatomía Patológica se informa como patología arterial segmentaria de vasos mesentéricos de mediano calibre compatible con Panarteritis Nodosa (PAN).

Conclusión: Aunque se trate de un caso bastante infrecuente, acentuado por ser además la forma de debut de una PAN, debemos tener en mente la rotura de aneurismas viscerales en el diagnóstico diferencial del Hemoperitoneo.

P-026

TROMBOSIS VENOSA PORTAL, ESPLÉNICA Y MESENTÉRICA SUPERIOR, ¿MUTACIÓN FACTOR V DE LEIDEN?

A. Landaluze Olavarria, B. Estraviz Mateos, E. Eizaguirre, S. Sarabia García y J. Álvarez

Hospital de Galdácano, Galdácano.

El hallazgo de trombosis en vena esplénica, porta, mesentérica superior, asociado a isquemia de un segmento intestinal es un descubrimiento poco frecuente.

Caso clínico: Varón 47 a. Entre sus antecedentes personales destacan: ex –bebedor, SAOS, obesidad mórbida y antecedente de TEP hace 25 años. Acude a la urgencia por dolor abdominal de 12 días junto a anorexia y náuseas. En la exploración destaca dolor en hemiabdomen izquierdo, ecografía: líquido libre y TAC: masiva trombosis del eje venoso mesentérico superior y esplenoportal junto a isquemia de fragmento yeyunal y ascitis. Intervención quirúrgica: plastrón inflamatorio de yeyuno con congestión vascular y ascitis. Se realiza resección intestinal y anastomosis. Anatomía patológica: isquemia en pared intestinal por trombosis venosa. El postoperatorio transcurre sin problemas, dándose de alta con anticoagulación. TAC de control (3 meses después): Repere-meabilización de eje esplenoportal y de vena mesentérica superior.

Discusión: La presencia de trombosis portal asociada a trombosis en el eje mesentérico superior obliga a descartar una serie de enfermedades. Existen factores locales como: cirrosis, cáncer hepático, pyleflebitis, quistes hepáticos, anomalías vasculares y pancreatitis. Si se descartan estos factores hay que descartar causas de trombofilia. Las causas de trombofilia pueden ser congénitas o adquiridas. Las adquiridas más importantes son la edad y las enfermedades malignas. Dentro de las congénitas habría que descartar en este caso la mutación del factor V de Leiden, cuya tendencia a la trombosis venosa se favorece con la obesidad y cuya presentación clínica es con una trombosis aguda de la vena porta, esplénica y mesentérica superior asociada a isquemia de un fragmento de yeyuno. Su tratamiento en fases iniciales es únicamente la anticoagulación.

P-027

LINFANGIOMA CERVICAL. PRESENTACIÓN DE 12 CASOS

I. Pascual, P. Quadros Borrajo, J.A. Rodríguez Montes, J.M. Gil López, D. Herreros Marcos y L. García Sancho

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: El linfangioma cervical es una malformación del sistema linfático que aparece de forma excepcional en la edad adulta. El 80% se diagnostica antes de los 2 años de edad y su incidencia se ha esti-

mado en 1,2-2,8 casos por 1.000 habitantes. A diferencia de los linfangiomas en niños, que causan con frecuencia problemas por compresión tumoral (obstrucción del tracto aéreo-digestivo), los linfangiomas del adulto cursan de forma asintomática, siendo el motivo de consulta más frecuente la aparición de una masa cervical no dolorosa de crecimiento progresivo en los meses previos. El diagnóstico de presunción puede hacerse mediante ecografía, TAC o RMN, pero el diagnóstico de certeza es el estudio anatomopatológico de la pieza. La clasificación más usada sigue siendo la de Landing y Farber de 1956 que los divide en tres subtipos histológicos: capilar, cavernoso y quístico (también denominado higroma). Debe hacerse el diagnóstico diferencial con los quistes braquiales, quistes del conducto tirogloso, quistes dermoides, lipomas, laringoceles, masas tiroideas, hemangiomas y adenomegalias de cualquier origen. El tratamiento definitivo es la exéresis quirúrgica. La recidiva tumoral se ha relacionado con la extirpación incompleta de la masa y no con el subtipo histológico.

Se presentan doce pacientes adultos con esta patología y se revisa la literatura relacionada con el tema. También se aportan fotografías de la cirugía cervical de un linfangioma.

Material y método: Se revisaron de forma retrospectiva los casos de linfangioma de partes blandas diagnosticados en nuestro hospital en los últimos 35 años. Se excluyeron aquellos acontecidos en pacientes menores de 14 años y se seleccionaron los de aparición en la región cervical.

Resultados: De los 190 casos de linfangioma de partes blandas encontrados tan sólo 12 cumplían los criterios de selección indicados. Siete correspondían a hombres y cinco a mujeres. La edad de aparición variaba entre los 23 y los 79 años. En 7 el linfangioma se localizaba en el lado izquierdo y en 5 en el derecho. Las pruebas diagnósticas utilizadas fueron la ecografía (6 casos), la TAC (4 casos) y la RMN (1 caso). La PAAF fue diagnóstica en cuatro casos. En 11 casos se realizó extirpación quirúrgica completa (10 con anestesia general y 1 con anestesia local) y en un caso seguimiento, por deseo del paciente.

Conclusiones: El linfangioma cervical es una patología muy poco frecuente en el adulto. Su tratamiento definitivo es la extirpación quirúrgica completa.

P-028

MALROTACIÓN INTESTINAL COMO CAUSA DE ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA EN ADULTO JÓVEN

F. del Castillo Díez, S. Barrena Delfa, R. Martín Sánchez, S. Ayuela García, I. Valverde Nuñez, B. Díaz San Andrés y A. Mateo Martínez

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente joven con clínica de isquemia mesentérica aguda (IMA) por una malrotación intestinal (MI) no diagnosticada hasta ese momento, y cuyo tratamiento quirúrgico llevó al cese de los síntomas.

Material y métodos: *Caso clínico:* Paciente varón de 28 años que presenta dolor abdominal brusco de 3 horas de evolución localizado en epigastro y irradiado a la espalda, sin fiebre, sin náuseas ni vómitos y sin cambios en su hábito intestinal. No presenta enfermedad médica conocida, ni sigue tratamiento habitual alguno. No refiere consumo de alcohol, tabaco o drogas de ningún tipo. No refiere traumatismos, ni episodios previos similares. Presenta como antecedentes personales ingresos a los 5, 6 y 7 años de edad por dolor abdominal crónico y episodios agudos de diarrea, que fueron diagnosticados de Giardiasis, y que cedieron con el tratamiento instaurado. Presenta un abdomen blando, no distendido, no timpánico, doloroso a la palpación de manera generalizada y con defensa muy localizada en epigastro, sin signos de irritación peritoneal. Su analítica de urgencia no presenta datos llamativos. Se realiza una TC abdominal de triple contraste de urgencia, en el que se observa una vena mesentérica superior (VMS) de luz muy aumentada y rotada sobre el eje mesentérico superior, que comprime la propia arteria, y se observa un estrechamiento progresivo de la luz arterial hasta la desaparición del contraste. Esta rotación del mesenterio arrastra asas de intestino delgado ocasionando el "Signo del Molinillo". Se decide intervenir de urgencia encontrando un vólvulo de intestino delgado sobre la raíz del mesenterio junto con un ciego móvil desplazado a la izquierda, con adherencias a lo largo de todo este trayecto y una VMS varicosa. Se liberan dichas adherencias y se desvuelve el intesti-

no delgado, este sin signos de compromiso vascular. Se realiza Eco-doppler intraoperatoria, que demuestra flujo mesentérico distal normal manteniendo el pedículo vascular parcialmente rotado.

Discusión: La frecuencia de MI diagnosticada en recién nacidos en España es de 2,44 por cada 10.000 recién nacidos. Es difícil estimar la frecuencia real de la enfermedad, ya que puede ser asintomática. La fisiopatología se basa en la existencia de bridas intraabdominales duodeno-cólicas (Bandas de Ladd). Clínicamente, la MI debuta en recién nacidos, siendo en adultos extraordinariamente infrecuente. La forma más frecuente de presentación en adultos, es como obstrucción intestinal proximal. Es muy poco frecuente la presentación como IMA, pero hay algún caso descrito en la literatura. La IMA en pacientes jóvenes se ha relacionado con la adicción a cocaína en hombres, y la toma de anti-concepción oral en mujeres. El tratamiento es quirúrgico siempre que sea diagnosticado, con la liberación de las bandas de Ladd y la fijación del colon donde sea hallado.

Conclusiones: Es poco frecuente el debut de una malrotación intestinal congénita en edad adulta. La presencia de síntomas de una IMA en un paciente joven puede justificarse, por la presencia de una MI complicada, no diagnosticada previamente, aunque es la forma de presentación menos frecuente. Su tratamiento es quirúrgico según la operación descrita por Ladd.

P-029

NECROSIS ISQUÉMICA DE MUCOSA RECTAL TRAS REPARACIÓN URGENTE DE ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL ROTO

J.M. Miralles Tena, D. Martínez Ramos, V. Villalba Munera, I. Cisneros Reig, J. Escrig Sos, J.M. Laguna Sastre, R. García Calvo y J.L. Salvador Sanchis

Hospital General, Castellón.

Introducción: La complicación más grave de los aneurismas de aorta abdominal es su rotura. La rotura intraperitoneal libre suele ser anterior y acompañarse de colapso hemodinámico inmediato y una tasa de mortalidad muy alta. Los pacientes con aneurismas aórticos rotos requieren reparación quirúrgica inmediata. Con mayor frecuencia se lleva a cabo por vía transperitoneal. Los resultados de la reparación aneuris-

mática son variables y dependen de sus complicaciones. En pacientes estables con rotura contenida la tasa de mortalidad es inferior al 50%, superando el 90% en casos de rotura intraperitoneal libre. La complicación más frecuente es la isquemia miocárdica, seguida de la insuficiencia renal y complicaciones pulmonares.

Objetivo: Presentar una complicación poco frecuente tras cirugía urgente por rotura de un aneurisma aórtico abdominal.

Caso Clínico: Varón de 64 años que acude a urgencias por presentar cuadro de dolor abdominal de aparición brusca irradiado a región dorsolumbar izquierda, hipotensión y taquicardia. Como antecedentes refiere HTA y tabaquismo. Se realizó TAC toraco-abdomino-pélvico diagnosticándose un aneurisma de aorta abdominal infrarrenal roto.

Resultados: El paciente fue intervenido realizándose aneurismectomía parcial con by-pass aorto-biliaco con prótesis de PTFE 20-9. Se reintervino a las 24 horas por presentar inestabilidad hemodinámica confirmando hemoperitoneo importante por sangrado en sábana difuso por toda el área intervenida sin evidenciarse ningún punto de sangrado activo, se retiraron los coágulos y se realizó lavado de la cavidad abdominal dejando drenajes. A las 2 semanas de la intervención quirúrgica y habiendo iniciado la ingesta oral, el paciente inicia un nuevo cuadro de inestabilidad hemodinámica con criterios de sepsis. La TAC abdomino-pélvica mostró signos de neumatización de toda la circunferencia del recto y que se extendía desde el tercio inferior hasta su unión con el sigma, con ausencia de neumoperitoneo. Con el diagnóstico de rectitis isquémica se reintervino al paciente, descubriendo un mesorrecto bien vascularizado e integridad de la serosa y parte muscular del recto. Se realizó una resección anterior del recto afectado y una sigmoidostomía terminal. El estudio anatómo-patológico de la pieza fue de necrosis isquémica de mucosa rectal.

Conclusiones: Entre las complicaciones menos frecuentes de la reparación del aneurisma se encuentra la isquemia del colon, alrededor de un 1% de los casos. En menor proporción puede presentarse una isquemia de la mucosa rectal. Se manifiesta con deposiciones sanguinolentas, dolor en el abdomen, distensión y leucocitosis con hallazgos de esfacelo mucoso en la sigmoidoscopia. Está indicada la resección del segmento afecto con colostomía. La mortalidad en estos pacientes supera el 50% y aumenta al 90% cuando se presenta gangrena de espesor total y peritonitis.