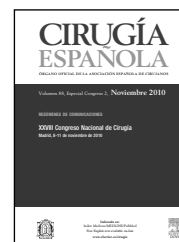




CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



XXVIII Congreso Nacional de Cirugía

Madrid, 8-11 de noviembre de 2010

ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

COMUNICACIONES ORALES

O-342. TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS AORTOENTÉRICAS

P. Blanes Ortí, S. Valverde García, R. Puigmacia Minguell, O.A. Merino Mairal, C. Corominas Roura y P. Lozano Vilardell

Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca.

Objetivos: La fístula aortoentérica (FAE) es una entidad poco frecuente y su tratamiento quirúrgico se asocia a elevadas tasas de morbi-mortalidad. Revisamos nuestra experiencia sobre el tratamiento quirúrgico y endovascular de la FAE.

Material y métodos: Durante un período de 9 años, entre enero de 2001 y enero de 2010, once pacientes fueron diagnosticados y tratados por FAE. Ocho pacientes fueron sometidos a reparación

quirúrgica abierta y dos se sometieron a reparación endovascular; se excluyó uno que recibió tratamiento médico paliativo. Se analizan características demográficas (tabla) y de las FAE, datos sobre supervivencia, complicaciones perioperatorias, duración de la estancia hospitalaria (análisis Wilcoxon) y evolución a largo plazo.

Resultados: Se trataron 10 FAE, una primaria y nueve secundarias. En las FAE secundarias, el tiempo medio desde la cirugía de aorta inicial hasta el diagnóstico de FAE fue de 5,59 años. La tasa de mortalidad perioperatoria (antes de 30 días) fue 37,5 % en cirugía abierta y 0 % en reparación endovascular. Hubo tres muertes durante el ingreso en pacientes sometidos a cirugía abierta, dos por fallo multiorgánico y una por sepsis persistente. La tasa global de complicaciones perioperatorias fue del 90,0 %. Las complicaciones en el grupo de cirugía abierta incluyeron sepsis, fallo renal e isquemia aguda de extremidades inferiores. Las complicaciones en el grupo endovascular fueron fallo renal y ángor hemodinámico. La media en la duración de la estancia hospitalaria fue mayor en pacientes sometidos a reparación abierta en comparación con la reparación endovascular (42,2 días contra 7,5 días, $p=0,07$). Tras el alta, la media de supervivencia fue de 30,14 meses en el grupo cirugía abierta frente a

Características demográficas y valores analíticos preoperatorios

Variable	Cirugía abierta (n = 8)	Endovascular (n = 2)	Total (n = 10)
Edad media (años)	64,88 (DE 4,36)	70,50 (DE 8,50)	66,00 (11,84)
Hombre/ mujer	8/0	2/0	10/0
Comorbilidades			
CIC	2 (25 %)	2 (100 %)	4 (40 %)
EPOC	1 (12,5 %)	2 (100 %)	3 (30 %)
IRC	0	1 (50 %)	1 (10 %)
ECV	0	1 (50 %)	1 (10 %)
Tabaquismo	6 (75 %)	2 (100 %)	8 (80 %)
HTA	5 (62,5 %)	2 (100 %)	7 (70 %)
DM	2 (25 %)	0	2 (20 %)
Dislipemia	3 (37,5 %)	0	3 (30 %)
Valores analíticos preoperatorios			
Media de GB ($\times 10^3/\mu\text{l}$)	10,91	7,14	10,15
Media de hematocrito (%)	25,75	24,25	25,45

CIC: cardiopatía isquémica crónica; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IRC: insuficiencia renal crónica; ECV: enfermedad cerebrovascular; HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus; GB: glóbulos blancos.

12,60 meses en el grupo endovascular. En el grupo de cirugía abierta hubo una muerte por recidiva de la FAE; en el grupo de terapia endovascular, una muerte se debió a persistencia del proceso séptico intraabdominal.

Conclusiones: Los pacientes con FAE tienen una limitada supervivencia global. Con la experiencia clínica acumulada hasta el momento, se puede decir que la terapia endovascular ofrece una alternativa, en pacientes de muy alto riesgo, a la cirugía abierta y está asociada a menor morbi-mortalidad perioperatoria, así como menor estancia hospitalaria, sin embargo el proceso séptico abdominal no se elimina. No se encontraron diferencias en cuanto a la supervivencia global y complicaciones a largo plazo.

O-343. HISTORIA NATURAL Y RELEVANCIA CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA POSTOPERATORIA. ANÁLISIS DE 3.563 CASOS DEL REGISTRO RIETE

J.I. Arcelus¹, J. Villar¹, N. Muñoz¹, R. Rodríguez¹, I. Casado¹, J. Villalta², M. Durán³, M. Monreal⁴, J.A. Ferrón¹ e I. Riete¹

¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

²Hospital Clínic i Provincial, Barcelona. ³Hospital Vall d'Hebron, Barcelona. ⁴Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Introducción: La información acerca de la historia natural de la enfermedad tromboembólica venosa (ETV) postoperatoria se basa fundamentalmente en ensayos clínicos controlados realizados en los últimos 30 años evaluando pautas de profilaxis durante 7-10 días. En dichos estudios se instauraba tratamiento anticoagulante al detectarse una ETV, por lo que se influía en la historia natural de la enfermedad. Más recientemente se ha sugerido que el riesgo de ETV postoperatoria se podría extender durante más tiempo en la práctica clínica habitual.

Objetivos: Evaluar el curso clínico real de la ETV sintomática postoperatoria en nuestro medio, de acuerdo con los datos de un registro prospectivo.

Material y métodos: El registro informatizado de la enfermedad tromboembólica (RIETE) recoge las características de presentación y evolución seguida durante al menos tres meses por los pacientes que presentan ETV sintomática y que son diagnosticados y tratados en los 137 hospitales participantes. Se analizan los datos referentes a la forma y tiempo de presentación de la ETV postoperatoria.

Resultados: Desde marzo de 2001 hasta abril de 2010 se han recogido 3.563 casos con ETV sintomática postoperatoria. La mayoría de casos de ETV se habían sometido a cirugía ortopédica mayor (22,4%), cirugía abdominal por procesos no neoplásicos (14,5%) y cirugía oncológica (13%). De todos los casos con ETV postoperatoria, el 35% no habían recibido profilaxis antitrombótica. Los que lo hicieron recibieron heparinas de bajo peso molecular con una duración media de 15 días. El intervalo medio transcurrido entre la intervención y el diagnóstico de la ETV fue de 22 ± 16 días tras cirugía ortopédica mayor y de 24 ± 16 días tras cirugía oncológica, mientras que la duración media de la profilaxis fue de 20,1 y 12,4 días, respectivamente. A continuación se detallan la incidencia acumulada de presentación de embolismo pulmonar (EP) mortal y hemorragia fatal en los pacientes con ETV postoperatoria desde el momento de la intervención. La mortalidad global entre los pacientes que sufrieron ETV ascendió al 4,3% en los tres primeros meses tras la intervención. De éstos pacientes que fallecieron, el 27% lo hicieron por un EP o por una hemorragia secundaria al tratamiento anticoagulante.

Días transcurridos desde la intervención

	7	15	30	60	90	120	150
Embolia pulmonar mortal (n = 30)	3,3%	33%	60%	83%	90%	97%	100%
Hemorragia mortal (n = 13)	7,7%	23%	23%	62%	92%	100%	100%

Discusión: Los datos de RIETE, el mayor registro prospectivo y activo del mundo demuestran que la historia natural de la ETV la práctica clínica cotidiana parece diferente a la observada en los estudios clínicos controlados. En efecto, llama la atención que el tiempo medio entra la cirugía y el diagnóstico de la ETV se sitúe alrededor de las tres semanas, por encima de la duración media de la profilaxis. Asimismo, es de destacar que el 40% de los casos que fallecen por EP lo hagan después de la 4.^a semana del postoperatorio. Otro hallazgo importante, no valorado suficientemente, es el del riesgo de hemorragia grave o incluso mortal como consecuencia de la necesidad de utilizar anticoagulantes para tratar una complicación potencialmente evitable.

O-344. TRATAMIENTO DE LA RECIDIVA VARICOSA. RESULTADOS A CORTO PLAZO DE LA ESCLEROSIS CON MICROESPUMA ECODIRIGIDA

G. Morales Cuenca, A. Moreno Egea y J.L. Aguayo Albasini

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia

Introducción: La cirugía de varices presenta una tasa de recidiva superior al 50%. La reintervención suele ser compleja y se acompaña de pobres resultados. La esclerosis con espuma ecodirigida se ha propuesto como el tratamiento de elección en estos pacientes. El objetivo de este trabajo es evaluar la efectividad y la seguridad de dicho tratamiento en una consulta monográfica de varices dentro de servicio de cirugía general.

Material y métodos: Entre enero-2008 y octubre-2009 se han tratado 60 piernas (52 pacientes) con varices recidivas mediante esclerosis con microespuma de polidocanol a diferentes concentraciones según diámetro y localización de la variz. A todos los pacientes además de una historia clínica detallada y una exploración física, se les realizaba un estudio funcional mediante ecodoppler color. Se realizaron un número variable de sesiones, espaciadas como mínimo 2 semanas. Todos los pacientes fueron revisados a los 15 días de cada sesión para drenar el "esclero" y/o practicar nueva esclerosis, y posteriormente cada 6 meses, realizándoseles en cada visita un control ecográfico.

Resultados: La esclerosis se realizó en la consulta y tuvo una duración media de 18 minutos. Fue muy bien tolerada por los pacientes (ninguno refirió dolor), y no hemos registrado complicaciones inmediatas tras la esclerosis. Por el contrario, todos los pacientes refirieron molestias secundarias a la formación del "esclero" en las varices más subcutáneas, que mejoraron con su drenaje. El número medio de sesiones fue de 1.9 por pierna oscilando entre 1 y 3. A los 6 meses el 92% de los pacientes presentaban un resultado satisfactorio, y el 100% estaba satisfecho del resultado.

Conclusiones: En el manejo de los pacientes con recidiva varicosa, la esclerosis con microespuma ecodirigida es una técnica segura y bien tolerada, que obtiene unos resultados muy satisfactorios a corto plazo.

O-345. NUEVO ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA VENOSA: ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA VNUS CLOSURE

C. García-Madrid¹, J.O. Pastor Manrique², E. Sala Planell²
y F. Gómez Blasco²

¹Centro Médico Teknon, Hospital Clínic, Barcelona.
²Centro Médico Teknon, Barcelona.

Introducción: La ablación por radiofrecuencia endovenosa (RF) de la vena safena interna (VSI) constituye una nueva alternativa a la cirugía convencional y endoláser en el tratamiento de las varices. En el presente trabajo analizamos nuestra experiencia con el sistema VNUS Closure®.

Material y métodos: Estudio prospectivo y descriptivo. Entre 2006 y 2010, 125 extremidades fueron intervenidas en 111 pacientes (84 mujeres, edad media 57 años) en clase clínica CEAP 2-6 secundaria a reflujo de la VSI. Se utilizó el catéter PLUS (n = 40) y FAST (última generación) (n = 85). Seguimiento clínico y ecográfico a la semana, 3, 6, 12 meses y anualmente. Variables evaluadas: oclusión de los segmentos tratados, reflujo, recidiva varicosa y satisfacción del paciente. Seguimiento medio de 25 meses (rango 1-48).

Resultados: 73% (91/125) de procedimientos realizados bajo anestesia tumescente con retorno inmediato a la actividad normal. 100% de éxito técnico y clínico inmediato. Tiempo medio de ablación de 14 min (PLUS) y 2,5 min (FAST). Segmento medio de vena tratada 32 ± 8 cm. El seguimiento con eco-Doppler mostró oclusión mantenida del 98%. En el estudio ecográfico de rutina se detectó HITT no oclusiva en 4 pacientes. Ausencia de neovascularización inguinal. No quemaduras, ni neuritis.

Conclusiones: La ablación térmica por RF Closure de la VSI constituye un procedimiento altamente eficaz y duradero. El catéter FAST de última generación reduce el tiempo y simplifica el procedimiento. La RF realizada bajo anestesia tumescente permite un retorno precoz a la actividad normal con óptimos resultados y elevada satisfacción para el paciente.

O-346. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS ESTENOSIS YUXTAANASTOMÓTICAS DE LAS FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS RADIOCEFÁLICAS. NUEVA FÍSTULA RADIOCEFÁLICA PROXIMAL

M. Jiménez Toscano, P. Jiménez Almonacid,
M. Lasala, J.A. Rueda, M. Ramos Fernández,
L. Vega López, J. Martín-Cavanna, C. Fiuza,
F. Ochando Cerda, J.M. Fernández Cebrián y A. Quintans

Fundación Hospital Alcorcón, Madrid.

Introducción: Según las guías nacionales e internacionales las fístulas radiocefálicas son de elección para la diálisis de pacientes con insuficiencia renal crónica. La complicación más frecuente de dichos accesos es la disfunción por estenosis yuxtaanastomótica. Tanto la radiología endovascular como la cirugía son válidas para su reparación, existiendo en la actualidad debate sobre cuál debe ser el tratamiento de elección.

Material y métodos: Realizamos un estudio prospectivo incluyendo todos los pacientes con fístulas radiocefálicas que presentaron disfunción (bajo flujo o trombosis) secundaria a estenosis yuxtaanastomótica entre 1998 y 2009 (n = 96). En todos los casos se realizó una nueva anastomosis laterolateral proximal a la estenosis. El diagnóstico de disfunción por bajo flujo se confirmó mediante fistulografía mientras que el de trombosis fue clínico. Se recogieron todos los datos relacionados con la intervención de forma prospectiva en un protocolo específico de acceso vascular dentro de la historia clínica que está informatizada en nuestro centro. El seguimiento de los pacientes concluyó con el

final de la vida del acceso o del paciente. Analizamos aquí las complicaciones y la permeabilidad, tanto primaria como secundaria, del procedimiento utilizando con curvas de supervivencia de Kaplan Meier.

Resultados: En el periodo de este estudio se realizaron 96 fístulas radiocefálicas proximales en 96 pacientes con disfunción por estenosis yuxtaanastomótica en su fístula radiocefálica. El tiempo medio de seguimiento de los pacientes fue de 57,27 meses (IC al 95% de 47,53-67,02). El 68,4% fueron varones. La edad media de los pacientes fue de 67,5 años. Las reparaciones se realizaron de forma programada por bajo flujo en el 70,5% de los casos y de manera urgente en el 29,5 restante por trombosis. En 14 pacientes se requirieron en el seguimiento 16 nuevos procedimientos (12 fístulas proximales y 4 interposiciones de PTFE) para mantener permeabilidad de la fístula. La tasa de ambulatorización fue del 92%. El éxito inicial del procedimiento fue del 100% sin ninguna complicación durante los mismos. La permeabilidad secundaria de las fístulas que han precisado reparación radiocefálica proximal desde la primera intervención fue del 95%, 93,2%, 93,2%, 89,1% y 86,6% a los 1, 2, 3, 4 y 5 años respectivamente. La permeabilidad desde la reparación fue del 89,4%, 75%, 70,4%, 65% y 56% a los 1, 2, 3, 4 y 5 años respectivamente. Incluyendo los 14 procedimientos alternativos la permeabilidad fue 93,7%, 92,1%, 89,6% 87%, y 82,6% a los 1, 2, 3, 4 y 5 años respectivamente. La permeabilidad es superior si las reparaciones se realizaron de forma programada alcanzando el 96,5%, 94,5%, 91,5%, 88,4% y 83,5% a los 1, 2, 3, 4 y 5 años aunque la diferencia entre permeabilidad tras reparación urgente y programada no fue estadísticamente significativa. 37 pacientes fallecieron con su FAV permeable.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la reparación quirúrgica de las estenosis yuxtaanastomóticas en las fístulas radiocefálicas mediante una nueva anastomosis proximal consigue unos excelentes porcentajes de permeabilidad con poca necesidad de procedimientos asociados y complicaciones.

O-347. ¿RECIBEN LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS DE ALTO RIESGO UNA PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA ADECUADA DURANTE SU INGRESO HOSPITALARIO? RESULTADOS DEL ESTUDIO ENDORSE

J.I. Arcelus¹, J. Villar¹, N. Muñoz¹, E. Olmos¹, C. Moreno¹,
J.L. Ramos² e I. Endorse¹

¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

²Hospital General Universitario, Getafe.

Introducción: El primer ensayo clínico que demostró que la profilaxis reduce el riesgo de muerte por enfermedad tromboembólica venosa postoperatoria (ETV) se remonta a 1975. Desde entonces, más de 50 ensayos clínicos han confirmado que la tromboprofilaxis es eficaz y segura en cirugía. Sin embargo, carecemos de datos recientes sobre el grado de riesgo trombótico y utilización real de profilaxis en pacientes quirúrgicos hospitalizados.

Objetivos: Evaluar el riesgo potencial de sufrir ETV postoperatoria, así como la utilización y calidad de la profilaxis utilizada a nivel internacional y en España.

Material y métodos: El estudio ENDORSE, de tipo prospectivo multicéntrico, observacional de corte se llevó a cabo en 358 hospitales de 32 países. Se analizan los datos correspondientes a las historias clínicas de los pacientes de más de 17 años de edad sometidos a cirugía mayor (con anestesia general o epidural de más de 45 minutos de duración) en los hospitales participantes, prestando especial interés a la presencia de factores de riesgo y al grado de adecuación de la profilaxis recibida con las recomendaciones del ACCP publicadas en 2004.

Resultados: De los más de 68.000 pacientes evaluados a nivel global, 18.461 (27 %) se habían sometido a cirugía mayor. El 92 % de éstos presentaba un riesgo elevado de ETV postoperatoria y el 62 % recibieron profilaxis adecuada. A continuación se detallan los resultados correspondientes a los 657 pacientes ingresados en los 20 hospitales españoles participantes y se compara con los resultados globales según el tipo de cirugía practicado (tabla). Mediante regresión logística multivariable se identificaron varios factores asociados con la utilización de profilaxis: tipo de cirugía (especialmente ortopédica y oncológica), obesidad, historia de ETV previa, inmovilización, enfermedad reumática o inflamatoria y presencia de catéter venoso central. El porcentaje de utilización de profilaxis farmacológica fue de 68 % en los operados por cáncer, frente a 52 % en los operados por patología no neoplásica. La utilización global de métodos mecánicos de forma aislada fue de 10 %, y en combinación con los métodos farmacológicos en torno al 20 %. Es de destacar la muy escasa utilización de estos métodos en España (0,5 %), a pesar de que el porcentaje de pacientes quirúrgicos con contraindicaciones para recibir fármacos anticoagulantes ascendió al 10 %.

Porcentaje de pacientes que recibieron profilaxis adecuada y tipo de cirugía

	Ortopédica	Abdomen/tórax	Urología/ginecología	Vascular	Otras
España	99 %	87 %	71 %	66 %	74 %
Global	86 %	67 %	54 %	67 %	54 %

Conclusiones: Aunque el riesgo potencial de presentación de ETV postoperatoria es muy elevado, más de un tercio de los pacientes de alto riesgo no recibieron profilaxis adecuada en los hospitales participantes en el estudio. Los resultados demuestran que la utilización de profilaxis en los pacientes quirúrgicos ingresados en los hospitales españoles fue superior a la media global, sobre todo por lo que se refiere a cirugía ortopédica mayor y abdominotorácica. Sin embargo la situación resultó mucho peor en los servicios de urología, ginecología y vascular. Es también llamativa la muy escasa utilización de métodos mecánicos, incluso en pacientes con alto riesgo trombotico y hemorrágico, en los que representan la única alternativa para la prevención de la ETV.

O-348. TERAPIA COMPRESIVA EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA. IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO

G. Morales Cuenca, A. Moreno Egea y J.L. Aguayo Albasini

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Introducción: Aunque existe evidencia sobre la eficacia de la terapia compresiva (TC) en el manejo de la Insuficiencia Venosa Crónica (IVC) muchos pacientes con IVC avanzada (grados CEAP 2-6) no sólo no la usan, sino que son reacios a su uso cuando se les prescribe su médico de primaria o su cirujano-flebológico. El objetivo del estudio es analizar las causas de incumplimiento y actuar sobre ellas.

Material y métodos: A 100 pacientes consecutivos que acudían a la consulta de varices de nuestro servicio de cirugía sin usar TC se les realizó una encuesta sobre los factores que influían en su no utilización. Después se les explico la importancia de su

uso, la gran variedad de posibilidades, y se prescribieron medias adaptadas a sus circunstancias y/o preferencias (estéticas, económicas, etc.). En una revisión a un año se comprobó el grado de adhesión a la terapia compresiva.

Resultados: El sexo masculino y la menor edad se asocian a un menor uso de la TC. El 86 % de los pacientes habían usado ocasionalmente TC, pero la habían abandonado por mala tolerancia (68 %), o por pensar que ya no le eran necesarias (18 %). El 14 % restante nunca habían usado medias. En cuanto al seguimiento al año, sólo fue posible en 90 casos, con un grado de adhesión al tratamiento del 94 %.

Conclusiones: Un tratamiento individualizado, haciéndole ver al paciente la importancia de la TC, y adaptándole la media más idónea, consigue un grado de adhesión del 94 %.

O-349. ¿RECIBEN LOS PACIENTES EUROPEOS SOMETIDOS A CIRUGÍA ORTOPÉDICA MAYOR UNA PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA DE DURACIÓN ADECUADA? RESULTADOS DEL REGISTRO ETHOS

J.I. Arcelus, J. Villar, N. Muñoz, J. Turiño, J.A. Ferrón e I. Ethos

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: El riesgo de presentación de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) tras cirugía ortopédica mayor (COM) es elevado y persiste durante varias semanas tras la intervención. Así, las guías de práctica clínica recomiendan actualmente prolongar la profilaxis con heparinas de bajo peso molecular entre 2 y 4 semanas, dependiendo de la intervención practicada. Sin embargo, no existen hasta la fecha datos fiables sobre la duración real de la profilaxis recibida por estos pacientes y su grado de seguimiento de la prescripción recibida.

Objetivos: Evaluar mediante un estudio observacional, longitudinal y prospectivo las pautas y duración de la profilaxis de la ETV y el cumplimiento por parte de los pacientes con la prescripción recibida en varios países europeos.

Material y métodos: El estudio ETHOS incluyó en el momento del alta hospitalaria a los pacientes consecutivos sometidos a prótesis total de cadera (PTC), prótesis de rodilla (PR) y cirugía por fractura de cadera (CFC) en 161 hospitales de 17 países europeos. Se analizaron variables acerca de las características de los pacientes, profilaxis prescrita al alta y utilización real de dicha profilaxis por los pacientes, utilizando para ello las historias clínicas y un diario que se entregaba a los pacientes. Para valorar si la prescripción al alta era adecuada se tuvieron en cuenta las recomendaciones de la 7.ª Conferencia del ACCP.

Resultados: En total fueron incluidos y evaluados 4.388 pacientes (edad media 65 ± 12 años), de los que el 35 % eran varones. Se prescribió profilaxis de al menos 28 días tras el alta al 63 % de los sometidos a cirugía de cadera y de más de 10 días al 90 % de los sometidos a PR. De acuerdo con los datos de los 3.939 pacientes con diarios evaluables, la duración media en días de la profilaxis recibida fue de $28,7 \pm 13$ tras PTC, $28,4 \pm 14$ tras PR y $29,3 \pm 14$ tras CFC. La profilaxis recibida tras el alta se consideró adecuada en el 89 % tras PR, 61 % tras PTC y 55 % tras CFC. En general, la mayoría de las veces las diferencias entre la profilaxis recibida y las recomendaciones de las guías se debieron más a una insuficiente prescripción al alta que a una falta de seguimiento o rechazo por parte de los pacientes. El 88 % de los pacientes se inyectaron más del 80 % de las dosis de heparina descritas. Las diferencias en las pautas de profilaxis prescrita fueron muy llamativas entre los diferentes países participantes en el estudio.

Discusión: Este estudio ponen de manifiesto que existen diferencias entre lo que recomiendan las guías, la profilaxis que se prescribe y al realmente reciben los pacientes europeos sometidos a cirugía ortopédica mayor. Es de destacar que la principal discrepancia radica en una prescripción de pautas de profilaxis de duración insuficiente o inadecuada al alta de los pacientes. En general, el grado de seguimiento por parte de los pacientes fue mejor de lo esperado.

O-350. ESTUDIO PROSPECTIVO DE LA SAFENECTOMÍA CORTA FRENTE A LARGA EN LA CIRUGÍA DE LAS VARICES. RESULTADOS PRELIMINARES

J. Sánchez Beorlegui, F. Lamata Hernández, E. Monsalve Laguna, P. Díez Férrez, A. Aspiroz Sancho y R. Cabezali Sánchez

Fundación Hospital Calahorra, Calahorra.

Objetivos: El tratamiento quirúrgico de las varices es una de las intervenciones más frecuentes para los cirujanos generales. Las complicaciones neurológicas y hemorrágicas asociadas a la safenectomía son frecuentes y, en ocasiones, causan alteraciones del curso postoperatorio normal y disconfort de larga duración. Además dificultan la ambulatorización del proceso. En la presente comunicación analizamos prospectivamente los resultados que ofrecen la safenectomía corta versus la larga en enfermos tratados quirúrgicamente de varices.

Material y métodos: Se analizan prospectivamente un total de 83 enfermos tratados de varices C2 y C3 (International Consensus Committee on Venous Disease) con insuficiencia de la válvula ostial demostrada por Doppler color y safena dilatada en el muslo. Todos los pacientes fueron operados por el mismo cirujano. En todos los casos se practicó crosectomía reglada del cayado safeno con ligadura individualizada de colaterales, incluidas las subfasciales, ligadura/sutura alta del cayado, tratamiento de las safenas accesorias en el canal safeno, flebectomía segmentaria de tributarias dilatadas y vendaje compresivo húmedo. En un grupo A se realizó paso de proximal a distal de fleboextractor, sección de la safena en la perforante de Boyd, justo antes del tramo subfascial y stripping de distal a proximal. En el grupo B se practicó disección de la vena safena en el maléolo interno, paso de distal a proximal del fleboextractor y stripping largo distal/proximal. Se registraron los hematomas inguinales y en muslo en la revisión a la semana de la operación y en la revisión mensual las parestesias/disestesias, dolor neurológico y las alteraciones cutáneas o tróficas, además del resultado clínico.

Resultados: Se trataron 83 pacientes de entre 24 y 68 años, 47 en el grupo A y 36 en el B, considerándose válidos para el estudio 41 y 32 respectivamente. El porcentaje total de ambulatorización fue del 63%. A la semana de la intervención se registraron 1 hematoma inguinal en el grupo A y 1 linforragia con seroma en el B y 0 y 2 hematomas en muslo, respectivamente. En la revisión mensual manifestaron dolor neurológico en cara interna de pierna y/o tobillo 0 pacientes en el grupo A y 5 (16%) en el B, parestesias/disestesias distales 1 y 7 (22%) y alteraciones cutáneas 0 y 3 (todos ellos edema). Los resultados clínicos y el alivio de los síntomas atribuibles a la insuficiencia venosa fueron similares.

Conclusiones: En ausencia de insuficiencia infrapatelar del tronco principal de la vena safena interna diagnosticado por Doppler, el stripping corto de la misma y una serie de maniobras preventivas, son capaces de minimizar las complicaciones y ofrecer idénticos resultados clínicos, permitiendo la fácil ambulatorización del proceso. Una mayor casuística nos permitirá confirmar estas conclusiones preliminares.

PÓSTERS

P-331. TRATAMIENTO FIBRINOLÍTICO INTRAARTERIAL ASOCIADO A ANGIOPLASTIA PERCUTÁNEA EN PACIENTES CON ISQUEMIA AGUDA DE MIEMBROS INFERIORES

V. Borrego Estella, S. Saudí Moro, J.L. Moya Andía, M.J. Ariño Serrano, M. Pérez Sánchez Cuadrado, M. Gracia Mateo, C. Gracia Roche, G. Pérez Navarro, A. Serrablo Requejo, M. Herrero López y J. Martínez Bernard

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: Mostrar nuestra experiencia en el tratamiento de la isquemia aguda de miembros inferiores mediante la perfusión de urokinasa intraarterial asociada a angioplastia percutánea y stent si precisa.

Material y métodos: Estudio retrospectivo (recogida de datos prospectiva). Periodo de estudio: julio 1997-marzo 2007. Total pacientes: 34 de 108 casos totales tratados mediante fibrinólisis intraarterial. Edad media: 63,1 (rango 38-90). Sexo: 100% varones. Factores de riesgo: tabaquismo 70,6%, HTA 41,2%, dislipemia 29,4%, diabetes 20,6%. En el 55,9% se había realizado previamente cirugía de revascularización. Tiempo de isquemia: menos de 24 horas 38,2%, 1-7 días 41,2%, 7-14 días 5,9%, más de 2 semanas 14,7%. Protocolo: Punción contralateral, cateterización intratrombo, bolo de 250.000 u de urokinasa, perfusión de 100.000 u/hora, control coagulación cada 6 horas, control arteriográfico cada 24 horas, heparinización tras fibrinólisis. Tiempo de fibrinólisis: 24 horas 76,5%, 48 horas 17,6%, 72 horas 5,9%. Además de PTA se implantó stent en el 26,5% de los casos.

Resultados: (A los 2 años): permeabilidad primaria: 90,1% y secundaria: 93,9%, salvamento de extremidad: 93,7%, supervivencia: 84,2%. Seguimiento medio 26,35 meses (rango 6-116).

Conclusiones: La fibrinólisis asociada a la angioplastia percutánea, con o sin stent, ofrece una buena permeabilidad con una baja morbi-mortalidad, por lo que puede considerarse como tratamiento de elección de elección en pacientes con isquemia aguda de miembros inferiores sin amenaza inmediata de la extremidad (niveles I y IIa de TASC II).

P-332. ISQUEMIA MESENTÉRICA MASIVA POR DISECCIÓN DE AORTA TIPO A DURANTE EL PARTO VAGINAL

M. Garcés Albir, J. Calvete Chornet, J.L. Molina Rodríguez, M. Adrianzen Vargas, R. Parreño Arenas y J. Ortega Serrano

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción: La disección de aorta aguda durante el periodo del parto es un fenómeno infrecuente pero reconocido y supone una urgencia vital tanto para la madre como para el feto. Entre factores de riesgo descritos relacionados con esta patología se citan las vasculitis, enfermedades del tejido conectivo (síndrome de Marfan) y enfermedades cardíacas congénitas (coartación o válvula aórtica bicúspide). Presentamos una forma inusual de disección de aórtica tipo A asociada a isquemia mesentérica aguda masiva.

Caso clínico: Mujer de 31 años en estudio por vasculitis cerebral y embarazo a término sin complicaciones. Durante el esfuerzo del parto, hacia tres días, refiere un dolor torácico agudo de gran intensidad que cede tras el mismo. A las 48 horas comienza con dolor abdominal difuso, vómitos y distensión abdominal. En la exploración física inicial destaca distensión y signos de irritación peritoneal. En la TAC toraco-abdominal con contraste in-

travenoso se observa disección de aorta tipo A que se extiende desde la válvula aórtica hasta la bifurcación de ambas arterias ilíacas, isquemia intestinal parcheada, placas de necrosis en ambos riñones y hepáticas y aire portal. Se decide cirugía combinada cardiovascular y abdominal urgente, practicándose sustitución protésica de la aorta ascendente y del cayado, y una laparotomía exploradora que evidencia una isquemia intestinal parcheada, desde duodeno a primera porción de íleon, con necrosis segmentaria de unos 20 cm y signos de isquemia hepática aguda. Se realiza resección intestinal sin anastomosis con cierre temporal del abdomen con un sistema de *open vacuum* para una segunda revisión. A las 36 horas de la primera intervención, y dada la inestabilidad de la paciente, se decide revisar en quirófano comprobando la necrosis isquémica masiva desde el duodeno al resto del intestino delgado, colon derecho, hígado y ambos riñones. La autopsia evidenció una trombosis aguda del tronco celiaco y en la arteria mesentérica superior.

Discusión: La disección de aorta durante el embarazo y el periodo del parto ha sido descrita en la literatura, si bien no existe referencia de la asociación de ambas situaciones con la isquemia mesentérica aguda. La mayoría de las disecciones aórticas ocurren en el tercer trimestre del embarazo en relación a las importantes alteraciones hemodinámicas que se sufren: aumento del volumen circulatorio, del gasto cardíaco y de la presión arterial sistémica. La compresión del útero grávido sobre la aorta y ambas arterias ilíacas, especialmente en decúbito supino, aumenta el volumen de eyección hacia la aorta ascendente predisponiendo a la lesión inicial de la íntima. En nuestro caso la isquemia mesentérica se justifica por la trombosis del tronco celiaco y la arteria mesentérica superior. Es importante la sospecha clínica y un diagnóstico y tratamiento precoz con el fin de disminuir la alta morbi-mortalidad asociada a esta patología.

P-333. TROMBOSIS VENOSA MESENTÉRICA

I.P. Moreiras, E. Iglesias, P. Montoto, R. González, M.S. Ali, R. Guillán, J.M. Couselo y F. Arija

Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo.

Objetivos: Revisar el manejo de la trombosis venosa mesentérica y recordar, que aunque infrecuente, es una de las posibles causas de abdomen agudo.

Material y métodos: Se presentan 3 casos clínicos tratados de forma consecutiva entre los meses de octubre y diciembre del 2009 por el servicio de Cirugía. **Caso 1:** hombre de 72 años, EPOC y hábito enólico. Clínica: astenia, dolor y distensión abdominal desde hace 1 mes; náuseas en las últimas 48h. Exploración: distensión abdominal, peristaltismo disminuido y circulación colateral. Pruebas Complementarias: leucocitosis ($14.500/\text{mm}^3$) y neutrofilia con una amilasa de 321, en la ecografía se observa cirrosis y ascitis. Diagnóstico al ingreso: cirrosis de probable origen enólico con descompensación hidrópica. Evolución: a las 48 h del ingreso el paciente presenta fallo multiorgánico que requiere ingreso en UCI. Se realiza TAC abdominal en el que se visualiza trombosis venosa mesentérica. Tratamiento: inicialmente conservador con reposo intestinal y anticoagulación. **Caso 2:** mujer de 44 años sin antecedentes de interés. Clínica: dolor abdominal cólico, náuseas y febrícula de 1 semana de evolución. Exploración: dolor difuso a la palpación profunda sin signos de irritación peritoneal. Pruebas complementarias: visualización de trombosis venosa mesentérica en TAC. Tratamiento: conservador (reposo intestinal y anticoagulación). **Caso 3:** mujer de 29 años, anticonceptivos transdérmicos. Clínica: dolor epigástrico irradiado a espalda acompañado de náuseas de 1 semana de evolución. Exploración: ligera distensión, dolor a la palpación en epigastrio sin signos de irritación peritoneal. Pruebas comple-

mentarias: leucocitosis ($14.000/\text{mm}^3$) y leve neutrofilia. En la ecografía se visualiza trombo a nivel portal que se confirma con TAC. Tratamiento: reposo intestinal y anticoagulación.

Resultados: **Caso 1:** mala evolución clínica con tratamiento conservador precisando intervenciones múltiples por isquemia intestinal que requirieron resección. Progresión de la trombosis. Fallecimiento a los 21 días de ingreso. **Caso 2 y caso 3:** evolución satisfactoria con tratamiento médico siendo alta a los 6 y 19 días respectivamente con anticoagulación domiciliaria.

Conclusiones: La trombosis mesentérica es una patología infrecuente, menos del 10% de las isquemias mesentéricas, con presentación clínica variable e inespecífica siendo el dolor abdominal el síntoma más frecuente tal y como se presenta en estos tres casos. Dichas características pueden favorecer una demora diagnóstica. Antecedentes protrombóticos deben inducir a sospecharla. Aunque en ocasiones puede visualizarse ecográficamente, la prueba de elección es el TAC, también indicada para el seguimiento. El diagnóstico precoz mejora el pronóstico y hace viable un manejo conservador con tratamiento de causa subyacente, reposo intestinal y anticoagulación, precisándose cirugía en casos evolucionados con signos de irritación peritoneal compatibles con necrosis intestinal. A pesar de la ausencia de antecedentes protrombóticos es de suma importancia investigar el factor desencadenante, dado que es secundaria a otro proceso hasta en un 60% de los casos. Todo ello condicionará la necesidad o no de anticoagulación crónica.

P-334. EMBOLIA TUMORAL MULTISISTÉMICA: PRESENTACIÓN CLÍNICA COMO ISQUEMIA ARTERIAL DE MIEMBROS INFERIORES. A PROPÓSITO DE UN CASO

F.A. Vergara Suárez, I. Sánchez y P. Lara

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Objetivos: Analizar de forma descriptiva un caso clínico de embolia tumoral multisistémica, que tuvo como presentación clínica inicial una isquemia arterial de miembros inferiores, relatando su enfoque diagnóstico, tratamiento y seguimiento clínico.

Material y métodos: Se trata de un paciente varón de 50 años quien acude a urgencias por cuadro clínico de 2 horas de evolución de inicio abrupto caracterizado por dolor, palidez y disminución de la temperatura de miembros inferiores. Como antecedentes destaca ex fumador hacía 5 años de 1 paquete día, tiroidectomía total hace 2 años por Ca papilar de tiroides en seguimiento por endocrinología. Al examen físico al ingreso, no pulsos pedios ni poplíteos, disminución de temperatura e hipotensión de extremidades. Se solicita estudio radiológico, para descartar posible embolia arterial o disección aórtica. TAC arterial informa una oclusión completa de arterias poplíteas y de femorales profundas en su tercio medio-distal. Observan además una masa hiliar derecha de $4,3 \times 3,6$ cm que infiltra venas pulmonares derechas, en contacto con diafragma. Defecto de repliación de tercio medio de arteria mesentérica superior sin signos de sufrimiento de asas intestinales. Infartos renales y del bazo. Se realiza embolectomía de arterias poplíteas y femorales, obteniendo masas blanquecinas de consistencia blanda, compatibles con émbolos tumorales.

Resultados: Paciente quien presenta un postoperatorio tórpido. Aparece sintomatología neurológica, por lo cual se solicita TAC cerebral que informa metástasis cerebrales hemorrágicas. El resultado de la anatomía patológica de los émbolos reporta necrosis tumoral con escasas células claras, CKAE 1-3 y TTF-1 positivas, tiroglobulina negativa, pudiendo ser de origen pulmonar o tiroideo. Se realiza biopsia bronquial, PAAF de masa y adenopatías hiliares. Las cuales informan como carcinoma no microcítico.

co evidenciando además núcleos de aspecto esmerilado que no descarta recidiva de carcinoma papilar de tiroides y la PAAF de la masa y adenopatías reporta un posible origen tiroideo de la lesión. Se realizó interconsulta a oncología para continuar seguimiento, y se decide dar tratamiento paliativo.

Conclusiones: Revisando la literatura hallamos casos clínicos de embolias tumorales secundarias principalmente a patología primaria maligna de pulmón. Al estar en contacto con aurícula y grandes vasos, esta puede soltar émbolos que se alojan en las arterias. En este caso se evidencia una masa hiliar en contacto con venas pulmonares como origen de la patología. La biopsia bronquial da como resultado un carcinoma no microcítico, aunque dado el antecedente del paciente de un cáncer papilar de tiroides, la PAAF de las adenopatías hiliares, revisando la tiroglobulina en sangre la cual es elevada y las expresiones de marcadores no se puede descartar que haya una recidiva de la neoplasia papilar de tiroides sincrónica con el cáncer de pulmón.

P-335. ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA: UN RETO MULTIDISCIPLINAR

E.L. Martínez Gallego, I. Pérez Moreiras, E. Iglesias Porto, C. Rubio Taboada, R. González López, A.E. Álvarez Gutiérrez, J.D. Prieto González, F.J. Rielo Arias, J.M. Couselo Villanueva y J.L. Durán Mariño

Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo.

Objetivos: La isquemia mesentérica aguda (IMA), ocurre aproximadamente en un 0,1% de los ingresos hospitalarios. La causa mayoritaria de la misma, en torno a un 50% de los casos, es la oclusión arterial por embolia de la arteria mesentérica superior (AMS). La mortalidad asociada en estudios publicados en los últimos diez años, se encontraba entre el 80-95% citándose recientemente, tasas del 60%, todavía muy elevadas. En este panel se presentan tres casos clínicos de IMA, por embolia arterial, tratados en los últimos seis meses en nuestro hospital.

Material y métodos: Se trata de tres pacientes varones, de 89, 77 y 72 años de edad, que acuden por dolor abdominal difuso, vómitos y rectorragia de horas de evolución. Como antecedentes personales, resaltar la fibrilación auricular que estaba presente en los tres casos, estando dos de ellos a tratamiento con anticoagulación oral (ACO) y uno con antiagregación. En las pruebas complementarias destaca la presencia de una leucocitosis importante, en torno a 20.000 leucocitos, y un INR < 2, que refleja una ACO inadecuada. Con la sospecha de IMA de causa embólica se realiza un angioTAC, objetivando la oclusión de la AMS en los tres casos. Se realiza intervención quirúrgica urgente, mediante laparotomía media exploradora, embolectomía de AMS y cierre mediante laparostomía para revisión intestinal.

Resultados: En todos los casos, a las 48 horas se procede al "second look", observando la viabilidad de las asas, sin ser preciso resección intestinal. El postoperatorio es favorable, siendo restablecida la ACO y dados de alta los tres pacientes.

Conclusiones: La IMA sigue teniendo elevadas tasas de morbimortalidad. Su prevalencia aumenta progresivamente, ligada al envejecimiento de la población y a la mayor esperanza de vida de pacientes con graves enfermedades cardiovasculares. Las tasas de supervivencia aumentan conforme los pacientes se diagnostican y se tratan en las primeras 24 horas; se trata, por lo tanto, de una patología urgente que requiere un diagnóstico y tratamiento precoz. Para ello hay que identificar los factores de riesgo y tener un alto índice de sospecha. La angioTAC, rápida y efectiva, presentando a la vez una alta disponibilidad en la urgencia (no así como la arteriografía, considerada hasta ahora el "gold standard"), resulta un método diagnóstico de gran utilidad en el manejo urgente de la IMA. Para finalizar, incidir en la im-

portancia de un enfoque multidisciplinar, que comienza con el Médico de Urgencias que valora en primer lugar al paciente, el Cirujano General que sospecha la entidad, el Radiólogo que nos confirma el diagnóstico mediante la prueba de imagen, y en último lugar, el cirujano vascular que procede a la revascularización, embolectomía temprana, en estos casos.

P-336. TROMBOSIS VENOSA MESENTÉRICA COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO

C. Arcos Quirós, M.J. Sánchez Melo, R. González Heredia, M. Muteb, A. Pey Camps, P. Fernández Balaguer, C. Celis Pinilla, J.L. Domínguez Tristancho, M. de Casas Linero, J.L. Santonja Garriga y G. García Fidalgo

Hospital de Mérida, Mérida.

Introducción: La trombosis venosa mesentérica es una entidad de baja frecuencia, pero de gran importancia, pudiendo ser responsable de hasta el 5-10% de los casos de isquemia mesentérica aguda. Con respecto a la etiología, el 20% son idiopáticas y en el 80% restante se suele identificar un factor etiológico específico. Su forma de presentación suele ser variable e inespecífica, pudiendo debutar como un abdomen agudo, tal como muestra el caso que presentamos.

Caso clínico: Paciente de 51 años con antecedentes personales de TVP en mmii y en tratamiento con anticoagulantes (se realizó estudio hematológico que fue normal), que acudió por dolor abdominal de una semana de evolución, sin sintomatología acompañante. Al examen presentaba un dolor abdominal difuso, aunque de mayor intensidad a la palpación en flanco derecho. Se realizó hemograma, bioquímica, coagulación, EKG y ecografía abdominal, sin hallazgos significativos, y una tomografía computarizada, donde en fase venosa, a la altura de la salida de la vena mesentérica superior se observaba una ausencia de intensificación de la luz y ausencia de contraste de la vena mesentérica superior en comparación con la vena esplénica y la porta. A las 24 horas el paciente presentó un aumento del dolor abdominal y signos de irritación peritoneal, decidiéndose realizar una laparotomía exploradora, hallándose la raíz del mesenterio engrosada y empastada, el íleon terminal con signos de inflamación, y en borde mesentérico venas varicosas a tensión. Se practicó apendicetomía y toma de biopsias de vena y arteria mesentéricas distales. El estudio anatómopatológico confirmó la trombosis venosa mesentérica. El postoperatorio cursó sin incidencias, siendo dado de alta con tratamiento anticoagulante.

Discusión: La trombosis venosa mesentérica es una entidad de baja frecuencia, pero de gran importancia, ya que puede ser responsable de hasta el 5-10% de los casos de isquemia mesentérica aguda. Con respecto a la etiología, el 20% son idiopáticas, como muestra el caso presentado, pero en el 80% restante se suele identificar un factor etiológico específico, como son los estados de hipercoagulabilidad hereditarios (mutación del gen del factor V de Leiden, mutación del gen de la protrombina, resistencia a proteína C/s...) o adquiridos (sd. antifosfolípido, embarazo, uso anticonceptivos orales, neoplasias), hipertensión portal, trauma abdominal, procesos inflamatorios. En algunos trabajos, se señala que existe un predominio masculino, y la edad media de presentación suele ser de 48-60 años. Centrándonos en la clínica, es variable e inespecífica, en ocasiones, puede debutar como un abdomen agudo, como el caso presentado; no obstante los síntomas más frecuentes son el dolor abdominal y los vómitos. Para el diagnóstico es fundamental la realización de pruebas de imagen, ya que la sospecha clínica inicial es dificultosa si el paciente no presenta antecedentes personales de interés. En relación al tratamiento, está indicada la administración de anticoagulantes, salvo que exista necrosis intestinal, en cuyo caso el tratamiento es quirúrgico. La mortalidad se puede

dar en el 20-50% de los casos, estando en relación con el grado de obstrucción, presencia de colaterales, comorbilidades y retraso en el diagnóstico.

P-337. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DISTAL APLICADO COMO PRIMERA OPCIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA ISQUEMIA CRÍTICA DE MIEMBROS INFERIORES

I. López de Maturana Carrasco, F. Acín, C. Varela, B. Paz, A. López Quintana, S. Bleda y L. Esparza

Hospital General Universitario, Getafe.

Objetivos: Describir nuestra experiencia con el tratamiento endoluminal distal aplicado como primera opción en pacientes con isquemia crítica de miembros inferiores.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de 117 procedimientos endovasculares distales primarios realizados entre 1999 y 2009. La edad media fue de 70,9 ($\pm 10,305$) años. El 62,4% eran varones, el 86,3% eran diabéticos y el 22,2% padecían insuficiencia renal crónica. La indicación clínica fue lesiones tróficas en 102 (87,2%) pacientes y dolor de reposo isquémico (12,8%). Las úlceras isquémicas fueron clasificadas como "limitadas" (dedos o cabeza de metatarsiano) siendo estas un 74,8% o "extensas". Se especificó también si las lesiones presentaban exposición ósea (22,5%), si estaban infectadas (38,2%) y si se afectaba el talón (15,7%). Se realizó una clasificación anatómica de las lesiones siendo TASC D 108 (92,3%). Se definió éxito técnico como la consecución de un vaso de salida distal al pie. Se analizó la incidencia de complicaciones en todos los procedimientos. Se comparó el Índice Tobillo-Brazo (ITB) pre y postoperatorio mediante el test de Wilcoxon. Se estableció la necesidad de conversión a bypass. Se determinó libertad de reintervención sobre lesión objetivo (libertad de TLR) y sobre vaso objetivo (libertad de TVR), tasa de cicatrización de la úlcera isquémica, salvación de extremidad y supervivencia según el método de Kaplan-Meier.

Resultados: Se realizó tratamiento combinado del sector femoropoplíteo en 66 (56,4%) intervenciones. Se trató un solo vaso distal por procedimiento en 53 (45,3%), 2 en 49 (41,9%) y 3 en 14 (12,0%) ocasiones. Se obtuvo éxito técnico del procedimiento en 103 (88,0%) casos. La tasa de salvación de extremidad en un seguimiento a 8 años fue de 74,2% (EE = 0,06) y la supervivencia a 8 años fue del 33,4% (EE = 0,1). El tiempo de libertad de TLR a los 8 años fue del 80,0% (EE = 0,04) y de TVR del 67,4% (EE = 0,06). Fue necesaria la conversión a bypass distal en el 19,7% de los pacientes. Se objetivó una tasa de cicatrización de lesiones tróficas a 12 meses del 60% (EE = 0,06), con aparición de nuevas lesiones tróficas en el 23,5%. El ITB postoperatorio fue mayor que el preoperatorio ($0,803 \pm 0,158$ vs $0,557 \pm 0,208$ $p < 0,01$). Se recogió una tasa de complicaciones generales postoperatorias del 9,4%, locales del 11,1% e intraoperatorias del 6,8%. Se requirió una reintervención durante el ingreso en el 4,3%.

Conclusiones: Los procedimientos endovasculares distales aplicados como primera opción son efectivos en el tratamiento de la isquemia crítica de miembros inferiores, presentando una baja incidencia de complicaciones.

P-338. ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL COMPLICADO: FÍSTULA AORTOCAVA

C.A. Blanco

Hospital Clínico Universitario, Salamanca.

Introducción: La rotura de un aneurisma de aorta es un hecho relativamente frecuente, no así que se asocie a una fístula aortocava. Ésta puede dar una sintomatología característica: fallo

cardíaco por aumento de flujo, hemorragia rectal o urinaria y fallo del SNC. Algunos autores recomiendan una cirugía inmediata, en tanto que otros son favorables a un estudio angiográfico y preparación del paciente. En nuestro caso, se realizó cirugía inmediata al diagnóstico.

Material y métodos: Se trata de un varón de 78 años con antecedentes de cardiopatía isquémica y bradicardia sinusal. Remitido desde hospital de 4.º nivel por dolor de inicio brusco en hipogastrio, irradiado a ambas fosas ilíacas y región lumbar; acompañado de palidez y sudoración. A la exploración destaca palidez mucocutánea, con molestias abdominales sin signos de irritación peritoneal. Los pulsos se encuentran presentes. En la TAC abdominal se aprecia un aneurisma de la aorta abdominal con extensión a iliaca derecha de $74 \times 7,8$ cm con trombo mural extenso. Fístula aortocava por extravasación de contraste al eje venoso. Se intervino al paciente de manera urgente y se apreció una fístula aortocava de gran tamaño, con una pared de la vena cava muy friable, por lo que se realizó un bypass aorto-biiliaco junto con un bypass cavo-cava. El paciente evolucionó satisfactoriamente, siendo alta 8 días después de la cirugía.

Discusión: Las fístulas de aorta abdominal a vena cava son una rara complicación relacionada con cirugía, traumatismos o espontáneamente en aneurismas. La incidencia de fístula aortocava es aproximadamente del 1% en enfermos intervenidos de aneurismas aórticos abdominales y del 4% en operados de aneurisma aórtico roto. El signo más importante es una insuficiencia cardíaca. Las extremidades inferiores pueden estar edematosas, frías y cianóticas como consecuencia del aumento de la presión venosa y la disminución de la circulación arterial. En muchos pacientes, como en nuestro caso clínico, existe dolor abdominal o de espalda.

Conclusiones: El éxito de la cirugía radica en el adecuado manejo hemodinámico del paciente, con sueroterapia y control de la fístula en todo momento. El cierre de la misma se ha de hacer por vía endoaneurismática, o como en nuestro caso, si no es posible, realizando bypass cavo-cava. La mortalidad intraoperatoria es en torno al 40%.

P-339. CORDÓN VENOSO SUBCUTÁNEO COMO MANIFESTACIÓN DE TROMBOSIS DE VENA CAVA INFERIOR

E. Canelles Corell, S. Figueroa Almanzar, M. Bruna Esteban, B. Tormos Tronqual, M. Lorenzo Liñán, G. Martín Martín, I. Artigues Sánchez de Rojas y J.V. Roig Vila

Hospital General Universitario, Valencia.

Objetivos: Comunicación de un caso muy infrecuente de trombosis de vena cava inferior en la infancia con manifestación posterior de cordón venoso subcutáneo.

Material y métodos: Revisión en MEDLINE del material publicado sobre trombosis o agenesia de vena cava inferior, y comparación con lo hallado en nuestro caso, atendido en 2008 en nuestro hospital.

Resultados: Hay muy poco material en la literatura acerca de agenesia de vena cava inferior, así como de trombosis de la misma con posterior recanalización colateral en forma de cordón venoso subcutáneo dilatado. En nuestro hospital no se ha dado el caso, de nuevo, de tratar a un paciente con una patología similar, ya que la casuística es extremadamente reducida. El caso que se presenta es el único observado en nuestro centro. Varón de 16 años que consulta por aumento del volumen de un cordón venoso subcutáneo en flanco derecho que presentaba desde su etapa neonatal. Durante ese período necesitó medidas de soporte agresivas en la Unidad de Cuidados Intensivos y cateterizaciones venosas centrales prolongadas, apareciendo una dilatación venosa subcutánea en flanco derecho. Presentó trom-

bosis venosa renal izquierda con atrofia renal posterior que obligó a una nefrectomía al año de vida. En una cavografía practicada entonces se evidenció una trombosis completa de la vena cava inferior, con importante circulación colateral por el sistema venoso superficial abdominal derecho y sistema ácigos del lado izquierdo. El paciente mejoró progresivamente con recuperación total y permaneciendo asintomático y sin ningún control evolutivo. En nuestra consulta se realizó una exploración física exhaustiva y en la angiorresonancia magnética y flebotomografía computarizada se puso de manifiesto una ausencia de la vena cava inferior y ambas venas ilíacas, evidenciando el retorno venoso en el lado derecho desde la vena femoral a través de dicha vena varicosa hasta la vena axilar ipsilateral y por el lado izquierdo desde la vena femoral por la venas para-vertebrales hacia el sistema ácigos y hemiácigos. El paciente permanece clínicamente asintomático y sin signos de insuficiencia venosa, por lo que hemos optado por la observación y control evolutivo.

Conclusiones: La incidencia de la trombosis renal sintomática en recién nacidos es muy baja, siendo su asociación con la oclusión completa de la vena cava inferior mucho más infrecuente. La aparición de amplias venas colaterales que drenan en el sistema de las ácigos, como ocurre en nuestro paciente, en cuadros de oclusión de la cava inferior ha sido descrita de forma anecdótica en la literatura. En muchas ocasiones el diagnóstico es difícil y suelen requerirse pruebas de imagen como las cavografías o flebotomografías para determinar la localización de la oclusión y el trayecto de la circulación colateral. Cuando el diagnóstico se establece de forma precoz, el tratamiento consiste en la administración de fibrinolíticos y anticoagulantes. En el caso que presentamos el diagnóstico se realizó de forma tardía, una vez establecida una buena circulación colateral, por lo que no ha sido necesaria ninguna acción terapéutica.

P-340. TROMBOSIS DE LA ARTERIA RADIAL. UNA CAUSA INFRECUENTE DE DISFUNCIÓN DE FÍSTULAS RADIOCEFÁLICAS PARA HEMODIÁLISIS

L. Vega López, M. Jiménez Toscano, M. Ramos Fernández, P. Jiménez Almonacid, M.A. Lasala, J.A. Rueda Orgaz, M. Pardo de Lama, B. Fernández Escudero, J. Martín Cavanna y A. Quintans Rodríguez

Fundación Hospital Alcorcón, Madrid.

Introducción: La fístula arteriovenosa (FAV) radiocefálica sigue siendo el acceso vascular para hemodiálisis de elección por su baja incidencia de complicaciones. La trombosis es la complicación más frecuente de la FAV, siendo secundaria en la mayoría de los casos a la presencia de estenosis yuxta anastomótica. En la actualidad existe un extenso debate sobre cuál es el mejor manejo tratamiento (quirúrgico o radiológico) de este tipo de estenosis. Se presenta un caso inusual de disfunción de una FAV radiocefálica que precisó reparación quirúrgica.

Caso clínico: Nuestro caso es un varón de 51 años con antecedentes personales de fumador, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica secundaria a amiloidosis AA secundaria a su vez a colitis ulcerosa, pancolectomía a los 27 años. Se realiza una FAV radiocefálica en situación de prediálisis en 1994 objetivándose datos de disfunción (bajo flujo) en 2009. Se realiza flebografía diagnóstica (octubre/09) que evidencia trombosis arteria radial proximal y relleno de la fístula tardío por vía retrógrada a través del arco palmar. Se decide tratamiento quirúrgico con el objetivo de mejorar el flujo y mantener las mismas zonas de punción realizándose interposición cubitocefálica con PTFE de 6 mm, bajo anestesia local y en régimen ambulatorio. Tras seguimiento de 7 meses se comprueba excelente funcionamiento de la FAV, con aumento del flujo de la misma y

acortamiento del tiempo de diálisis. No han aparecido durante el seguimiento signos clínicos ni físicos de isquemia.

Discusión: El principal argumento de tratar precozmente las estenosis del acceso vascular es el de disminuir la tasa de trombosis, cuya aparición debe considerarse una urgencia médica que precisa trombectomía o trombolisis precoz para restablecer la permeabilidad del acceso vascular trombosado. Todas aquellas estenosis que impliquen una reducción del calibre del vaso superior al 50% o que supongan alteraciones de parámetros analíticos deben ser tratadas. Las opciones del tratamiento de las estenosis de manera global son dos, la angioplastia transluminal percutánea (ATP) y la revisión quirúrgica. La ATP permite preservar el árbol vascular además de ser diagnóstico (fistulografía), reservándose la revisión quirúrgica para recidivas, estenosis largas o persistencia. En nuestro caso, se desestimó inicialmente la ATP ya que se trataba de una fístula radiocefálica distal con anastomosis yuxtaanastomótica con trombosis arterial, optándose por la reparación quirúrgica protésica con PTFE. En el caso de las estenosis yuxtaanastomóticas de FAV autólogo existe debate sobre el abordaje terapéutico ya que existen buenos resultados con ambas opciones. Creemos, sin embargo, que se debe individualizar cada caso y, como en nuestro centro, tomar las decisiones de manera consensuada en sesión multidisciplinaria (nefrología, radiología, cirugía).

P-341. FÍSTULA AORTOCAVA A TRAVÉS DE UN VASO ABERRANTE

P. Blanes Ortí, S. Valverde García, M.E. Rimbau Muñoz, J. Juliá Montoya y P. Lozano Vilardell

Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca.

Objetivos: La fístula aortocava (FAC) es una patología infrecuente y usualmente asociada con un aneurisma de aorta abdominal (AAA). Las referencias de FAC congénitas son escasas. Presentamos un caso de comunicación entre aorta y cava suprahepática mediante un vaso aberrante.

Caso clínico: Varón de 56 años que acude a urgencias por episodios de repetición de dolor interescapular con irradiación a ambos hemotórax, asociado a miocardiopatía dilatada de años de evolución con disnea a moderados esfuerzos (fracción de eyección 45%). Padece hipertensión arterial en tratamiento con betabloqueantes, síndrome de apnea obstructiva del sueño en tratamiento con CPAP e insuficiencia renal crónica con riñón derecho hipoplásico. Niega traumatismos previos graves. La auscultación cardiopulmonar revela un soplo sistólico, la palpación abdominal es normal, sin masas ni megalias. A la exploración vascular se objetivan pulsos a todos los niveles y un soplo epigástrico. En la angiotomografía computarizada (TC) se observan signos de sobrecarga cardiaca derecha e hipertensión pulmonar; shunt arteriovenoso con una arteria sistémica anómala (diámetro 1,8 cm) que se origina en aorta abdominal, adyacente al origen de la arteria mesentérica superior, y drena a vena cava inferior suprahepática. La arteriografía de aorta confirma los hallazgos de la TC. Dada la afectación crónica de las funciones cardiaca y renal secundarias al shunt arteriovenoso, se propone para tratamiento endovascular. Se lleva a cabo por punción femoral derecha y se realiza una cateterización selectiva y exclusión del vaso anómalo con dos endoprótesis tipo Amplatzer® (AGA Medical, Goleen Valley, MN) de 22 y 18mm de diámetro, tres coils de 15 x 15 y 5 coils de 5 x 8.

Resultados: El postoperatorio cursa sin complicaciones. El enfermo permanece asintomático y la TC de control a los 2 meses confirma la exclusión de la fístula aortocava sin signos de fuga.

Conclusiones: La FAC generalmente es secundaria a otro proceso aórtico y la mayoría son diagnosticadas en el contexto del crecimiento o rotura de un AAA infrarrenal (80-90%). Otras cau-

sas son inflamaciones aórticas (10-20%) como aortitis secundaria a aneurismas sifilíticos, luéticos, enfermedad de Marfan y Elhers-Danlos o traumatismos abdominales penetrantes. Las FAC primarias crónicas son una entidad poco común siendo descritos algunos casos en niños. En este caso se presenta una fístula primaria en un adulto, de origen indeterminado cuyo crecimiento progresivo a lo largo del tiempo permitió tolerar el gran hiperflujo secundario a la comunicación arteriovenosa sin provocar descompensación cardiaca. A pesar de la escasa literatura médica en el tratamiento de esta patología y, teniendo en cuenta la alta morbi-mortalidad asociada a la cirugía convencional, el tratamiento endovascular es una opción terapéutica atractiva y exitosa.

P-342. TRATAMIENTO ENDOLUMINAL CON STENT DE LA TROMBOSIS VENOSA AXILAR

F. Blanco Antona¹, F. Lozano Sánchez¹, E. Díaz Reques¹, A. Sánchez Casado¹, L. Blanco Antona¹, S. Bahamonde Cabria², R. Peláez¹ y A. Gómez Alonso¹

¹Complejo Hospitalario, Salamanca. ²Complejo Hospitalario, Zamora.

Introducción: El tratamiento de la trombosis venosa axilar o subclavia es multimodal, incluyendo la trombolisis directa con catéter, la descompresión quirúrgica, la angioplastia y la anticoagulación oral. Actualmente las técnicas quirúrgicas percutáneas permiten un buen tratamiento de este tipo de lesiones, a la vez que minimizan los riesgos y complicaciones de una cirugía convencional. Presentamos 2 casos tratados en nuestro servicio con angioplastia y stent venosos.

Casos clínicos: Nuestro primer caso es un varón de 55 años con antecedentes de carcinoma epidermoide de cavum tratado con quimio y radioterapia que comenzó, tras la retirada del reservorio en subclavia derecha, a presentar un edema en esclavina, por lo que se realiza un escáner de control que demuestra trombosis en vena cava superior y tronco venoso innominado. La flebografía diagnóstico-terapéutica confirmó el diagnóstico, y durante la misma se colocaron stents solapados. Un mes después la flebografía de control demostró revascularización de los ejes venosos y disminución de flujo en la circulación colateral. El segundo caso es una mujer de 60 años con antecedentes de insuficiencia renal en tratamiento con hemodiálisis a la cual se le realizaron varias fistulas en ambas extremidades superiores, que comenzó con clínica de edema en brazo derecho y cianosis en la mano. Se realizó flebografía de dicha extremidad, evidenciándose en la misma una oclusión del eje venoso axilo-subclavio con importante circulación colateral, por lo que se colocaron varios stents solapados.

Conclusiones: La colocación de stents venosos es una buena opción de tratamiento para la trombosis de la vena axilar-subclavia.

P-343. MIGRACIÓN INTRACARDÍACA DE PROYECTIL TRAS HERIDA POR ARMA DE FUEGO EN EL MUSLO EN UN NIÑO

J.M. Peraza Casajús, I. Bodega Quiroga, J. Olmeda Rodríguez, G. Hernández y A. Pérez-Piqueras

Hospital Central de la Defensa Gómez-Ulla, Madrid.

Objetivos: Exponer la actitud de un cirujano general ante una herida por arma de fuego en el muslo con migración intracardíaca de un proyectil en un niño.

Material y métodos: Varón de 11 años que acude a urgencias en situación de shock hemorrágico, secundario a herida por arma

de fuego a nivel del muslo derecho, donde se aprecia fractura multifragmentaria de fémur derecho y gran cantidad de perdigones a nivel femoral. La exploración física mostraba una TA 60/30 mmHg, palidez, herida anfractuosa en muslo derecho, pulsos presentes y simétricos y exploración de tórax y abdomen anodina. Se realizaron: analítica, radiografía de tórax, abdomen y cadera derecha, electrocardiograma, TAC toracoabdominopélvico, ecocardiografía y aortoarteriografía. En la radiografía fémur y cadera derechos se apreció una fractura multifragmentaria de fémur derecho y gran cantidad de perdigones a nivel femoral. La radiografía de tórax mostró una imagen metálica puntiforme superpuesta a la 9.ª vértebra dorsal. Se realizó una TC torácica con ventana mediastínica, apreciándose un artefacto en estrella que se interpretó como un cuerpo extraño metálico puntiforme compatible con perdigón en la zona de la válvula tricúspide. El paciente fue intervenido, observando gran destroz muscular de glúteos medio y mínimo, recto anterior y tensor de la fascia lata y sección de arterias perforantes, que se ligaron. Se procedió a la exploración, limpieza y estabilización de la fractura abierta. En la exploración del muslo derecho, se objetivó un gran hematoma y 5 orificios en vena femoral común y superficial derechas, que se repararon con sutura directa. Se realizó fasciotomía y cierre parcial de la herida. Se realizó también laparotomía exploratoria que no objetivó puntos de sangrado ni lesión de vísceras.

Resultados y conclusiones: El paciente permaneció estable, con buena evolución postoperatoria y no mostró signos de arritmia, endocarditis o embolia pulmonar, por lo que se decidió no extraer el proyectil. Los perdigones son proyectiles de pequeño tamaño que pueden permanecer parcial o totalmente incrustados en el miocardio o el pericardio, así como libres en las cavidades cardíacas o el espacio pericárdico. Pueden llegar al corazón directamente atravesando la pared torácica, o bien, mediante su embolización a través del sistema circulatorio. Las manifestaciones clínicas que asocian pueden ser de insuficiencia cardíaca, taponamiento, arritmias, pericarditis o fenómenos embólicos, dependiendo de la cantidad de proyectiles y su localización. Sin embargo, los perdigones alojados en el miocardio también pueden ser clínicamente y hemodinámicamente bien tolerados. El cirujano general, ante una herida por arma de fuego, debe buscar lesiones hemorrágicas o embólicas, arteriales o venosas en los territorios vasculares que se encuentren afectados, mediante la exploración física y la solicitud de pruebas complementarias.

P-344. CIRUGÍA VASCULAR EN CIRUGÍA PANCREÁTICA: CIRUGÍA EN EQUIPO

E.L. Martínez Gallego, E. Iglesias Porto, I. Pérez Moreiras, J. Pena Holguín, M. Alvite Canosa, P. Montoto Santomé, I. Monjero Ares, M. Salem Ali, L.M. Franco Núñez, J.L. Durán Mariño y J.M. Couselo Villanueva

Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo.

Objetivos: Dentro de las neoplasias malignas de páncreas, el adenocarcinoma (ADC) ductal es el tipo más frecuente, situándose entre las primeras causas de muerte por cáncer. Su localización más habitual es la cabeza de la glándula pancreática, siendo la cirugía el único tratamiento con intención curativa. Los criterios de resecabilidad de una tumoración de la cabeza del páncreas han cambiado a lo largo de los años; aún así, a pesar de las mejoras en la técnica quirúrgica la supervivencia media es de doce a veinte meses. Se presenta el caso de un paciente sometido a duodenopancreatectomía total (DPT) con resección parcial de la vena mesentérica superior (VMS) y reconstrucción con injerto autólogo de vena safena.

Material y métodos: Se trata de una mujer de 66 años, con cuadro de ictericia obstructiva, que tras el estudio complementario

se diagnóstica de una estenosis neoplásica del colédoco. La TAC abdominal resulta compatible con neoplasia de cabeza de páncreas, de 1,5cm, en contacto con VMS, abarcándola en un tercio de su circunferencia. La ecoendoscopia alta visualiza una tumoración de 25 x 15 mm, que contacta con la VMS, sin afectación de otras estructuras vasculares. Se decide intervención quirúrgica, en la que se encuentra una glándula pancreática de consistencia pétrea, con una tumoración en la cabeza que infiltra lateral y parcialmente la VMS. Se lleva a cabo colecistectomía, DPT (dado el resultado positivo para focos de malignidad de la biopsia intraoperatoria del borde de resección inicial y el aspecto macroscópico que presentaba la glándula) y resección parcial de la VMS, reparándola mediante un injerto autólogo de vena safena, por parte del servicio de Cirugía Vascular. Se finaliza con reconstrucción del tránsito intestinal con gastroyeyunostomía y coledocoyeyunostomía en Y de Roux.

Resultados: En el postoperatorio la paciente evolucionó de forma favorable desde el punto de vista quirúrgico. El resultado anatomopatológico definitivo fue de ADC ductal pancreático estadio IIA (pT3 pN0 pM0).

Discusión: En el pasado, la infiltración del sistema venoso porto-mesentérico, constituía una contraindicación para la resección, ya que se consideraba que la enfermedad estaba localmente avanzada, el pronóstico era peor y el riesgo operatorio, mayor. En estos casos la realización aislada de una duodenopancreatectomía no ofrecía más ventajas que un procedimiento paliativo. La invasión tumoral de la vena Porta o de la VMS es un hecho frecuente en pacientes con ADC de cabeza de páncreas debido a la estrecha relación anatómica entre la cabeza pancreática y el sistema portal. La duodenopancreatectomía combinada con resección venosa mesentérica, realizada de manera seleccionada y por equipos quirúrgicos experimentados (en un hospital de segundo nivel como el nuestro, un abordaje multidisciplinar entre varios servicios quirúrgicos, Cirugía General con el apoyo de Cirugía Vascular), presenta la misma morbimortalidad y supervivencia a largo plazo que la duodenopancreatectomía sin resección vascular.

P-345. ANEURISMAS DE ARTERIAS VISCERALES: NUESTRA EXPERIENCIA

S. Leturio Fernández, C. González Serrano, C. Loureiro González, I. Cruz González, M. García Carrillo, E. Etxebarria Beitia, A. Gómez Palacios e I. Iturburu Belmonte

Hospital Basurto, Bilbao.

Objetivos: Establecer nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento de los aneurismas de arterias viscerales.

Material y métodos: Estudio retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de los pacientes diagnosticados de aneurismas viscerales entre 1995 y 2009. Examinando la clínica, diagnóstico y tratamiento.

Resultados: Se diagnosticaron 21 aneurismas viscerales, 12 fueron mujeres y 9 hombres (edad media de 59 años). 11 fueron aneurismas de la arteria esplénica, 5 de la arteria hepática, 2 de la arteria gastroduodenal, 1 del tronco celiaco, 1 de la arteria gástrica y de la cólica media. 16 aneurismas fueron sintomáticos principalmente con dolor abdominal y HDA, 5 de ellos debutaron con rotura. El diagnóstico fue realizado con angio-TAC en la mayoría de los casos y complementado con arteriografía. En 6 aneurismas se optó por el tratamiento conservador y seguimiento mediante prueba de imagen. 5 fueron embolizados y 10 intervenidos quirúrgicamente. Se realizó ligadura en 6 aneurismas, aneurismorrafia en 2 y aneurismectomía más anastomosis T-T en 1. De los 6 aneurismas de la arteria esplénica en 4 hubo que realizar esplenectomía. 2 fallecieron tras el acto quirúrgico y el resto evolucionaron favorablemente.

Discusión: Los aneurismas viscerales son una patología poco frecuente con una incidencia del 0,01-0,2%. Su importancia radica en su frecuente aparición como urgencia vital. La técnica quirúrgica se decide en base a la morfología arterial, localización del aneurisma, experiencia del cirujano y urgencia quirúrgica.

P-346. ROTURA ESPONTÁNEA DE ANEURISMA DE ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL

E. Canelles Corell, M. Cantos Pallarés, C. Mulas Fernández, V. Gumbau Puchol, C. Martínez Pérez, I. Artigues Sánchez de Rojas y J.V. Roig Vila

Hospital General Universitario, Valencia.

Objetivos: Presentar un caso de rotura espontánea de aneurisma de arteria femoral superficial, intervenido en nuestro Hospital, de interés por su poca frecuencia de presentación y el requerimiento de un manejo urgente de la patología.

Material y métodos: Aporte de un caso atendido en nuestro centro, con revisión sistemática de la literatura publicada en MEDLINE referente a patología similar a la citada.

Resultados: El caso que presentamos en esta comunicación trata de una patología de presentación infrecuente, muy poco registrada en la bibliografía, con un buen pronóstico si el manejo es expedito. Varón de 86 años con antecedentes de HTA y cardiopatía isquémica que consulta por presentar edema, dolor y eritema en cara interna del muslo izquierdo de 3 días de evolución. La exploración evidencia un aumento de diámetro del muslo y de la temperatura local. En la analítica destaca un hematocrito de 27%. Se realiza un eco-doppler y un angio-TC, que pone de manifiesto una dilatación aneurismática de la femoral superficial distal de 8 cm de diámetro con trombosis de la vena femoral por compresión junto con un aneurisma de aorta de 9 cm y dilatación de la femoral superficial contralateral de 2 cm. Se evidencia así mismo la existencia de líquido intersticial en muslo y pierna. En la intervención se confirma la existencia de sangre extravasada y la rotura del aneurisma, realizando exclusión del mismo y by-pass femoropoplíteo con prótesis de PTFE de 8 mm. El paciente evoluciona satisfactoriamente durante el postoperatorio, siendo dado de alta a los 8 días sin incidencias. A los 3 meses permanece asintomático, con normalización del muslo, rechazando el tratamiento de su aneurisma aórtico.

Conclusiones: Los aneurismas de arteria femoral superficial son poco frecuentes y de diagnóstico tardío debido a la situación anatómica de la arteria en el canal de Hunter. Por este motivo aparecen en edades avanzadas, suelen ser de gran tamaño y su presentación más frecuente es la rotura (35-40%). Frecuentemente asociados a aneurisma aórtico (40%), su tratamiento consiste en la exclusión y revascularización del miembro mediante cirugía o técnica endovascular. Los resultados en cuanto a supervivencia y salvamento de extremidad son muy buenos (95%).

P-347. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE SEUDOANEURISMA DE ARTERIA SUBCLAVIA SECUNDARIO A HERIDA POR ARMA BLANCA

V. Borrego Estella, S. Saudí Moro, J.L. Moya Andía, M.J. Ariño Serrano, M. Pérez Sánchez Cuadrado, M. Gracia Mateo, C. Gracia Roche, R. Cerdán Pascual, G. Pérez Navarro, R. Cerdán Pascual y A. Serrablo Requejo

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: Los traumatismos de la arteria subclavia son poco frecuentes siendo su principal etiología la lesión penetrante. Las lesiones a este nivel se asocian a una alta mortalidad y las prue-

bas diagnósticas se deben reservar para el paciente hemodinámicamente estable.

Material y métodos: Paciente varón de 55 años de edad sin antecedentes de interés, trasladado en UCI móvil al Servicio de Urgencias en estado de shock hipovolémico por agresión con arma blanca a nivel de horquilla esternal. Avisado el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, tras valorar al paciente solicita colaboración al equipo de guardia del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.

Resultados: Se procede a intervenir de urgencia por vía cervical transversa anterior al observar hematoma sofocante con compromiso de la vía aérea. Se observa sección trasversal del tiroides a expensas de su LTD, con sangrado profuso de arteria tiroidea media e inferior y del lecho tiroideo, por lo que se decide hemitiroidectomía derecha. El paciente también presentaba sección de vena subclavia derecha por lo que se decidió de igual modo abordaje a través de toracotomía derecha por hemotórax. En postoperatorio y tras la extubación, se observa infarto cerebeloso y corticosubcortical derechos junto con necrosis de 3º dedo de mano derecha. La clínica conjuntamente con un soplo rudo subclavio derecho hace sospechar de posible pseudoaneurisma de la arteria subclavia que se confirma mediante arteriografía. Ante estos hallazgos y la situación clínica estable del paciente, se implanta un *stent* en la arteria subclavia y embolización del pseudoaneurisma con coils.

Conclusiones: Las técnicas de imagen conjuntamente con la clínica son imprescindibles en el diagnóstico de lesiones secundarias a traumatismos para plantear el tratamiento quirúrgico diferido más adecuado siempre que la situación clínica del paciente lo permita. En situaciones de shock hipovolémico se debe plantear la cirugía de forma urgente.

P-348. SEUDOANEURISMA DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR SECUNDARIO A QUISTE DE CABEZA DE PÁNCREAS. UNA FORMA DE PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO

J.L. Rueda Martínez, A. Martínez Monsalve, A.S. Valero Liñán, A. Prat Calero, M. Abad Martínez, J.A. González Masiá, P. Cascales Sánchez, J.M. Moreno Resina y A. Masegosa Medina

Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.

Objetivos: Los aneurismas de las arterias viscerales constituyen una entidad infrecuente con una incidencia estimada en estudios *post mortem* del 0,01-0,2% y una prevalencia estimada inferior al 1%. Se presenta el caso de un paciente con un pseudoaneurisma de arteria mesentérica superior secundario a una tumoración quística de cabeza de páncreas.

Material y métodos: Paciente varón de 45 años que acude a urgencias por dolor abdominal. Como antecedentes personales presentaba fibrilación auricular en tratamiento con Sintrom, pancreatitis y hepatopatía crónicas de etiología enólica. Refería dolor abdominal de 5 días de evolución y un episodio de melenas. A la exploración física presenta estabilidad hemodinámica, con intensa palidez de piel y mucosas. Abdomen doloroso a la palpación de forma difusa con discretos signos de irritación peritoneal. En las pruebas complementarias destaca una hemoglobina total de 5,9 g/dl, INR 12. TC abdominal: masa de 4 x 5 cm en cabeza pancreática, que desplaza y comprime la arteria mesentérica superior, con contenido líquido en su interior y que se rellena parcialmente de contraste, diagnosticándose de pseudoaneurisma de arteria mesentérica superior secundario a quiste pancreático.

Resultados: Tras ingreso en Cirugía General se transfundieron tres concentrados de hematíes y se corrigió la coagulación. En sesión clínica conjunta con los servicios de Cirugía Vascular y

Radiodiagnóstico se decidió y se realizó embolización con microcoils.



Conclusiones: Es excepcionalmente raro este tipo de complicaciones, donde la erosión arterial secundaria al quiste, provoca un sangrado que se acaba conteniendo debido a la propia presión intraquística. A pesar de tratarse de una afección poco frecuente, es conocida tanto por cirujanos generales como por los propios cirujanos vasculares, por lo tanto se debe pensar en ella ante síntomas como la hemorragia digestiva o dolores abdominales y epigástricos de etiología poco clara, ya que casi el 30% de los casos se presenta de forma sintomática. La colaboración de varios especialistas (cirujano general, cirujano vascular, radiólogo intervencionista) es decisiva en algunos casos, especialmente en aquellos que debutan en forma de rotura. En un caso de estas características, con un paciente estable y con una coagulopatía asociada, el tratamiento debe ser lo más rápido e inocuo posible, siendo la embolización selectiva de primera elección.

P-349. ROTURA DE ANEURISMA DE LA ARTERIA ESPLÉNICA. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

E. Romera Barba, A. Ríos Zambudio, R. García Pérez, E. Amate Tortosa, M. Ramírez Faraco, A. Sánchez Pérez, B. Abellán Rosique, J. Castañer Ramón-Llin, B. Febrero Sánchez y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: Los aneurismas de la arteria esplénica (AAE) son los aneurismas viscerales más frecuentes y los terceros después de los aórticos y los ilíacos. Aparecen como hallazgo en el 1% de las angiografías y en el 10% de las autopsias. Su complicación más frecuente es la rotura, que ocurre en un 5% de los casos constituyendo una emergencia quirúrgica.

Objetivos: Presentamos dos casos de aneurisma de la arteria esplénica comentando aspectos epidemiológicos, diagnósticos y su manejo terapéutico.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 37 años con antecedentes personales de fibrosis hepática congénita que acudió a urgencias por dolor abdominal epigástrico. En la exploración destacaba palidez muco-cutánea y tendencia a la hipotensión, con abdomen distendido doloroso de forma difusa a la palpación. La analítica mostraba un hematocrito del 29% y Hb 8,9 g/dl. La ecografía y el TC informaron de hepatoesplenomegalia, líquido libre y tres colecciones redondeadas rellenas de contraste compatibles con aneurismas de la arteria esplénica. Se realizó arteriografía selectiva apreciando a 4 cm del origen de la arteria esplénica un gran aneurisma de 10 cm, y otros dos de menor tamaño cerca del hilio esplénico, que se intentaron embolizar con trombina y coils metálicos. Ante el fracaso de dicha técnica y la inestabili-

dad de la paciente se decidió intervención quirúrgica urgente hallando hemoperitoneo de 2 litros y los tres aneurismas descritos, desplazando lateralmente el marco duodenal y el hilio hepático, uno de ellos parcialmente roto. Se realizó ligadura transfixiva de la arteria esplénica en su origen, exéresis de los aneurismas y esplenectomía. La paciente evolucionó favorablemente siendo alta al 15 día postoperatorio. Caso 2: varón de 61 años con antecedentes personales de HTA y AAE de 6 cm pendiente de tratamiento endovascular. Consultó en urgencias por dolor torácico irradiado a epigastrio. A la exploración destacaba tendencia a la hipotensión, sudoración profusa y abdomen distendido doloroso a la palpación de forma difusa. Se realizó TC hallando aumento de tamaño del aneurisma, líquido libre y hematoma retroperitoneal. Ante la inestabilidad del paciente se decidió laparotomía urgente hallando hemoperitoneo de 3 litros y aneurisma de la arteria esplénica de 12 cm cerca de su origen en el tronco celiaco roto. Se realizó resección del aneurisma, con clampaje aórtico, y esplenectomía. El paciente evolucionó favorablemente siendo alta al 17 día postoperatorio.

Discusión: Los AAE son los más frecuentes dentro de los aneurismas viscerales y se localizan principalmente en el tercio medio y distal de la misma. Son más frecuentes en mujeres. Suelen ser asintomáticos y diagnosticarse de forma accidental al realizar estudios de imagen. La clínica aparece cuando se rompe el aneurisma, dando lugar a un cuadro de dolor abdominal en epigastrio o hipocondrio izquierdo y shock hipovolémico. El gold estándar para el diagnóstico es la arteriografía. Los aneurismas rotos constituyen una urgencia quirúrgica. La resección del aneurisma con esplenectomía o esplenopancreatectomía distal y la exéresis del aneurisma son los procedimientos de elección. El tratamiento endovascular mediante embolización con coils se presenta en la actualidad como alternativa al tratamiento quirúrgico con menor morbilidad y eficacia similar, siendo de elección en el caso de los AAE no rotos.

P-350. MANEJO DE LOS ANEURISMAS DE LA ARTERIA HEPÁTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Leturio Fernández, R. Vega Manrique, I. Cruz González, S. Ruiz Carballo, M. García Carrillo, A. Zorraquino González, I. Díez del Val, I. Iturburu Belmonte y A. Gómez Palacios

Hospital Basurto, Bilbao.

Introducción: Los aneurismas viscerales son una patología poco frecuente con una incidencia del 0,01-0,2%. Su importancia radica en su aparición como urgencia vital; en el 22% de los casos como rotura. Presentamos el caso clínico de un aneurisma de la arteria hepática diagnosticado de forma casual.

Caso clínico: Varón de 78 años que acudió al servicio de urgencias por dolor lumbar de 7-8 meses de evolución, acompañado de pérdida de peso y apetito. La exploración física fue anodina, exceptuando severa limitación para la movilidad de la columna dorso-lumbar. Se realizó TAC toraco-abdomino-pélvico objetivándose aplastamiento de cuerpos vertebrales dorso-lumbares y como hallazgo casual aneurisma de la arteria hepática. Dado el hallazgo se solicitó angio-TAC de aorta abdominal para completar el estudio. Fue informado de aneurisma fusiforme de la arteria hepática distal, en la bifurcación de la arteria hepática derecha e izquierda con diámetro máximo de 3,3 cm en extensión longitudinal 4,2 cm. Tras desestimarse el tratamiento endovascular dada la localización distal del aneurisma y el riesgo de necrosis hepática se decidió tratamiento quirúrgico reparador. Durante su ingreso el paciente presentó deterioro clínico progresivo por lo que se optó tratamiento conservador.

Discusión: La arteria hepática es el segundo lugar más frecuente (20%) de localización de los aneurismas de arterias viscerales (AAV). Su etiología, es similar al resto de los AAV: aterosclerosis

(32%), degeneración medio-intimal (24%), traumatismo (22%), micosis (5%) y otros. En el 80% de los casos su localización es extrahepática, principalmente en la arteria hepática común, el 20% restante son intrahepáticos y su principal etiología son los traumatismos. Al igual que en el resto de los AAV la mayoría son asintomáticos. Entre los sintomáticos, las manifestaciones más frecuentes son el dolor abdominal localizado en epigastrio o hipocondrio derecho (55%) y la hemorragia intestinal o hemobilia (46%). La ictericia ocurre en el 10% de los casos. La exploración física suele ser anodina, excepcionalmente se objetiva masa pulsátil o soplo abdominal. El riesgo de rotura es mayor que en el resto, pudiendo ocurrir en un 40-85% de los casos con una tasa de mortalidad muy elevada (35-85%). Algunos factores se han relacionado con mayor riesgo de rotura como: múltiples aneurismas, etiología no arterioesclerótica, PAN, displasia fibromuscular o un tamaño ≥ 2 cm. En cuanto al diagnóstico, la arteriografía es la prueba de elección ya que aporta datos sobre la localización y anatomía vascular. El tratamiento ha sido quirúrgico hasta la aparición de las técnicas endovasculares. Las técnicas van desde la ligadura-exclusión, aneurismectomía hasta la revascularización mediante injerto o by-pass. En los aneurismas de localización intrahepática la embolización se considera la técnica de elección.

Conclusiones: La realización de una adecuada estrategia quirúrgica se asocia a una mayor tasa de supervivencia y menor número de complicaciones.

P-351. RESECCIÓN DE ANEURISMA DE ARTERIA ESPLÉNICA ROTO CON PRESERVACIÓN DEL BAZO

R. Rodríguez Fernández, J. Díez Izquierdo, L. Arriero Ollero, T. Balsa Marín, S. Martínez Cortijo, T. Calderón Duque, E. Ortega Ortega, M. García Aparicio, A. López López, R. Garrido Escudero y J. Timón Peralta

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, Toledo.

Introducción: Los aneurismas de la arteria esplénica (AAE) constituyen una patología poco frecuente, aunque suponen el 60% de todos los aneurismas viscerales. Normalmente se manifiestan como hallazgos casuales en angiografías (1%) y autopsias (10%), ya que en la mayoría de los casos son asintomáticos. Su complicación más importante es la rotura, que ocurre en el 5%. Hay situaciones que aumentan el riesgo: aneurismas mayores de 2 cm, gestación, hipertensión portal y trasplante hepático. La mortalidad es del 36% aunque puede alcanzar el 75% en las gestantes.

Caso clínico: Se presenta un caso de AAE roto en un paciente de 75 años con antecedentes de HTA, FA, cardiopatía isquémica e hipercolesterolemia, que acude a urgencias por dolor abdominal de inicio brusco acompañado de náuseas, palidez y sudoración profusa. Hipotensión y taquicardia. Se realiza TC abdominal encontrando tumoración en retroperitoneo con sangrado activo. Se indica cirugía urgente, objetivando gran hematoma retroperitoneal y AAE en tercio proximal sangrando activamente. Se decide clampaje aórtico para control del sangrado. Ligadura de a. esplénica y resección del aneurisma, preservando integridad del bazo. El paciente presenta un postoperatorio tórpido, con aparición de una fistula pancreática y formación de absceso periesplénico. Transcurrido un mes desde la primera cirugía y ante el empeoramiento clínico progresivo se decide reintervenir. Se realiza drenaje del absceso y esplenectomía por lesión iatrogénica. El paciente evoluciona posteriormente de forma favorable. Las manifestaciones clínicas de un AAE son diversas. Ante su rotura, la clínica es inespecífica, lo más habitual es el dolor agudo epigástrico acompañado de náuseas y vómitos que no mejoran con el tratamiento habitual, seguido de inestabilidad hemodinámica. Aunque no siempre debutan de una forma tan

evidente como el caso que se presenta. El AAE puede erosionar la pared posterior gástrica y ocasionar una hemorragia digestiva, o fistulizar hacia el conducto pancreático, dando lugar a un cuadro conocido como hemossucus pancreaticus. El tratamiento quirúrgico de los AAE no sintomáticos es selectivo en función de su tamaño (> 2 cm) y factores de riesgo que aumentan la probabilidad de rotura. La cirugía electiva endovascular sería el tratamiento de elección por su baja morbilidad. En caso de cirugía urgente en paciente con inestabilidad hemodinámica, el control vascular con una ligadura de la arteria esplénica sería prioritario, seguido de esplenectomía si fuera necesario. La preservación del bazo, es un tema controvertido. En aneurismas proximales, sin lesión del bazo, se debe intentar conservar siempre que sea posible, teniendo en cuenta que éste mantendría su viabilidad a través de la irrigación de los vasos cortos gástricos.

P-352. HEMORRAGIA SUPRARRENAL UNILATERAL ESPONTÁNEA COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO

F.M. González Valverde¹, J.L. Vázquez Rojas², M. Ruiz Marín¹, E. Peña Ros¹, F. Menarguez Pina², M. Ramírez Faraco¹, E. Terol Garaulet¹, M.F. Candel Arenas¹ y A. Albarracín Marín-Blázquez¹

¹Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

²Hospital Nuestra Señora del Rosell, Cartagena, Murcia.

Introducción: La hemorragia suprarrenal unilateral es un raro cuadro clínico que puede ser provocado por muy diversos factores. La presencia de una dilatación aneurismática en la arteria capsular inferior como causa probable del sangrado ha sido descrita y documentada muy pocas veces en la literatura médica.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 42 años con HTA no controlada que acudió a urgencias por presentar una crisis hipertensiva acompañada de dolor intenso en hipocondrio izquierdo, mareo y sudoración. Su temperatura era de 37 °C, pulso 86 lpm, Tensión arterial de 170/100 y en la analítica sólo destacaba una hemoglobina de 7,5 g/dl y 12.300 leucocitos. La concentración en suero de hormonal adrenal (medida con posterioridad) era normal. La exploración física mostraba defensa en el vacío izquierdo y dolor lumbar que causaba severa afectación al paciente. Se realizó un TAC abdominal que mostraba una colección de 15 × 11 × 9 cm de predominio perirrenal con mala delimitación del polo superior del riñón izquierdo sugestivo de corresponder a un hematoma por fragmentación o estallido del parénquima renal sin poder determinar la causa del mismo. El paciente ingresó en UCI donde fue estabilizado y remitido a la Unidad de Radiología Vascular para arteriografía renal y posible embolización. La arteriografía urgente detectó una arteria capsular patológica con dilatación aneurismática en la glándula adrenal izquierda como causa del sangrado y se procedió a su embolización con micropartículas. A los 9 días el paciente sufrió nuevo episodio de sangrado con shock hipovolémico que precisó intervención quirúrgica urgente encontrando hemoperitoneo y un gran hematoma suprarrenal izquierdo. Tras la suprarrenalectomía el paciente recuperó una buena situación clínica y fue dado de alta tras un postoperatorio normal.

Discusión: Se realiza un acercamiento al origen y los mecanismos implicados en el desarrollo de los aneurismas arteriales viscerales así como una actualización sobre su manejo. La principal manifestación es el dolor intenso súbito en la región lumbar afectada (con mayor frecuencia la derecha). Los síntomas y signos progresan rápidamente hacia dolor toraco-abdominal, náuseas, sudación e hipovolemia. El tratamiento es sintomático y en principio conservador. Comprende el reposo absoluto y mantenimiento de las constantes, junto con analgesia potente y embolización del aneurisma. La familiarización del cirujano con las manifestaciones clínicas de la hemorragia suprarrenal es-

pontánea, fundamental para su reconocimiento precoz y adecuado tratamiento, es el objetivo de esta comunicación.

P-353. AFRONTAMIENTO PRIMARIO CON ELÁSTICOS VASCULARES EN EL MANEJO DEL CIERRE PROGRESIVO DE FASCIOTOMÍAS

A. Reyes Duschner¹, S. Siegel Almedras¹, J. Torres Rojas¹, C. Derosas Arriagada², R. Julio Araya³, L. Maríné Massa⁴, F. Acuña Donoso¹, C. Saavedra Vedia², R. Obando Herrera² y C. Lemus Rivera²

¹Hospital San José, Chile. ²Universidad de Santiago de Chile, Chile.

³Hospital Salvador, Chile. ⁴Universidad Católica de Chile, Chile.

Introducción: Frente al cada vez más frecuente manejo del trauma vascular en extremidades, es que nos vemos enfrentados a múltiples tipos de lesiones que comprometen arterias y venas, asociados extenso compromiso de partes blandas o a reintervenciones post trauma. Es por esto que se presenta el manejo asociado de la fasciotomía con elásticos como método de prevención o tratamiento del síndrome compartimental.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo y prospectivo, se siguieron 24 casos de pacientes que requirieron fasciotomías desde octubre de 2007 hasta junio de 2009 a los que se les instaló elásticos vasculares, fijados a la piel con clips, y se realizó ajuste progresivo y diario de éstos desde el día posterior a la intervención si las condiciones de tensión de la extremidad afectada así lo permitían.

Resultados: Se describen un total de 24 casos, 21 eran hombres (87 %) con una edad promedio de 25,83 ± 8,84 años. El 54,17 % de las lesiones fueron exclusivamente arteriales, el 4,17 % venosas y el 41,67 % de ambos vasos simultáneamente. El mecanismo del trauma más frecuente es por arma de fuego correspondiendo al 50 % de los casos siendo la extremidad inferior la más lesionada (83,3 %). En 7 casos, se realizó fasciotomía de 4 compartimientos, en 11 pacientes fasciotomías de 2 compartimientos y el resto sólo de 1, manejándose 56 fasciotomías en total. 2 pacientes requirieron injerto dermoepidérmico. La hospitalización promedio de 12,38 ± 4,33 días y con un tiempo de cierre promedio de 9,5 ± 3,31 días. No se observó mortalidad ni complicaciones infecciosas asociadas al procedimiento.

Conclusiones: El manejo de fasciotomías con elásticos se presenta como un método seguro de manejo de las fasciotomías disminuyendo el tiempo de cierre y las comorbilidades asociadas al trauma vascular.

P-354. PERFORACIÓN ILEAL POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

M. Arana, M. Calle, Y. Kataryniuk, I. Martínez, I. Álvarez, M.A. Ulacia y A. Colina

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Introducción: La infección gastrointestinal es común en pacientes que reciben tratamiento inmunosupresor, sida o enfermedad inflamatoria intestinal; siendo poco frecuente la afectación del intestino delgado (4,3 %) y muy infrecuente la perforación ileal. Resulta imprescindible la alta sospecha clínica en dichos pacientes, comenzando con tratamiento antiviral precoz, y en casos de perforación, cirugía urgente, ya que está agravado con una alta tasa de mortalidad.

Caso clínico: Mujer de 54 años, dislipémica, hipertensa de larga evolución y trasplantada renal hace 8 meses. Ingresó en el

Servicio de Nefrología por deterioro de la función renal. Tras el trasplante renal, con triple terapia inmunosupresora, desarrolló un rechazo agudo tardío a los 6 meses, que respondió con corticoides. El motivo de este ingreso fue un cuadro de astenia, dolor epigástrico postingesta, creatinina de 2,6, leve leucopenia, sin alteraciones ecográficas. Ante la sospecha inicial de infección por CMV se solicitó antigenemia, que resultó positiva, y se instauró tratamiento con ganciclovir. Su evolución posterior consistió en un empeoramiento clínico, con un abdomen agudo, realizándose un TAC urgente, el cual informó de lengüetas de líquido libre y desestructuración de la pared cólica en la región ileocecal. Se indicó una laparotomía urgente, cuyos hallazgos resultaron de múltiples perforaciones ileales y una colecistitis aguda alitiásica. La anatomía patológica informó de enteritis aguda con ulceración y perforación de la pared ileal. A su vez el estudio con inmunoperoxidasas confirmó el diagnóstico de enteritis aguda por CMV. Fue dada de alta asintomática, tras superar un posible cuadro de microangiopatía trombótica secundaria, posiblemente por el uso de Takrolimus intravenoso.

Discusión: La infección por CMV es común en los humanos, afectando al 40 % de los adultos. En personas sanas, suele cursar de forma asintomática o clínica leve; sin embargo, en pacientes con déficit inmune, es conocido como un patógeno altamente letal, que puede afectar a cualquier órgano. La afectación gastrointestinal es muy frecuente (bien sola o en el contexto de una infección generalizada). Suele afectar a una región del intestino, siendo habitual la cólica ($\approx 47\%$). La afectación del intestino delgado es más rara ($\approx 4,3\%$). Su presentación clínica característica sería en forma de hemorragia gastrointestinal, fiebre, dolor abdominal, pérdida de peso y diarrea acuosa. Debido a la alta incidencia de enteritis por CMV en pacientes inmunocomprometidos, ante la mínima sospecha hay que realizar una endoscopia y una serología. Los hallazgos endoscópicos varían desde cambios inflamatorios mínimos hasta ulceración con vasculitis o hemorragia masiva y perforación. El TAC demuestra lesiones mucosas con ulceración, formación de fistulas, estenosis de la luz, rigidez y engrosamiento de la pared intestinal. El diagnóstico puede ser establecido demostrando cuerpos de inclusión del CMV en la biopsia (inmunoperoxidasas) y se confirma con un test serológico positivo para CMV o bien demostrando el DNA del CMV cuando el resto de los hallazgos no sean concluyentes. Si se confirma la infección por CMV, debe iniciarse tratamiento con ganciclovir, y ante la perforación intestinal, se requiere tratamiento quirúrgico precoz. Resaltar siempre la importancia de la alta sospecha clínica.

P-355. TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA EN EL ÁMBITO DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA VASCULAR

S. Lozano Alonso, J.P. Linares Palomino, J. Parra Ruiz, A. Peña Monje y E. Ros Díe

Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Objetivos: Conocer la prevalencia de infección por *Staphylococcus aureus* (SA) sensible a meticilina (SASM) y resistente (SARM). Analizar esfuerzo de tratamiento relacionado con estancias, amputaciones, mortalidad y costes sanitarios.

Pacientes y métodos: Estudio de cohortes de todos los pacientes con diagnóstico de infección por SA en los dos últimos años.

Resultados: No existieron diferencias en las características clínicas de los 123 pacientes con SASM y SARM excepto para la

insuficiencia renal, más frecuente en los pacientes con SARM. Globalmente, la infección más frecuente fue el pie diabético (77 %). La tasa de SARM fue del 37,4 %. La tasa de infecciones por SARM de origen nosocomial fue del (30,5 %). Tanto estancia media (32 vs 22 d), días bajo antibioterapia específica (22,5 vs 9 d), como número de cultivos positivos tras tratamiento específico (2,9 vs 1,7) fueron superiores en pacientes con SARM ($p = 0,02$; $p = 0,0001$, $p = 0,04$, respectivamente). No hubo diferencias en las tasas de revascularización y amputación menor, pero si en la de amputación mayor, 40 % vs 16 %, con un riesgo de pérdida de extremidad por SARM de 2,5 (IC95 %: 1,3-4,7). La mortalidad fue superior en el grupo de SARM (10 % vs 5 %), sin alcanzar significación. Los costes por paciente de antibioterapia (682 € vs 134 €), estancia (26.194 € vs 18.851 €) y global (28.054 € vs 19.935 €) fueron significativamente superiores en las infecciones por SARM ($p = 0,003$; $p = 0,025$; $p = 0,021$, respectivamente).

Conclusiones: La infección por SAMR no sólo supone un mayor coste sanitario derivado de estancias prolongadas, antibioterapia e intervenciones, sino también un mayor riesgo de muerte y amputación.

P-356. SHUNT PERITONEO-YUGULAR: TRATAMIENTO PALIATIVO ALTERNATIVO EN ASCITIS REFRACTARIA POSRADIOTERAPIA

F. Blanco Antona¹, A. Henarejos¹, F.C. Parreño Manchado¹, F. Gutiérrez Conde¹, R. Sánchez Jiménez¹, S. Bahamonde Cabria², L. Blanco Antona¹ y A. Gómez Alonso¹

¹Complejo Hospitalario, Salamanca. ²Complejo Hospitalario, Zamora.

Introducción: La presencia de líquido libre en cavidad peritoneal (ascitis) es una manifestación asociada a diversas causas, tales como cirrosis, insuficiencia cardíaca congestiva, nefrosis, trombosis de la vena porta, carcinomatosis diseminada, radioterapia, etc. Los pacientes con ascitis refractarias al tratamiento médico clásico (diuréticos) están sujetos a paracentesis evacuadoras periódicas, que cada vez se hacen más frecuentes, ya que la cavidad peritoneal se rellena en un corto periodo de tiempo. Esto conlleva riesgos tales como trastornos hidroelectrolíticos, hipoproteïnemia, sobreinfección de la ascitis etc., que requieren medidas terapéuticas adicionales. La calidad de vida de estos pacientes se encuentra mermada debido a la distensión abdominal, la saciedad inmediata y la dificultad respiratoria, y son sólo aliviados temporalmente mediante una paracentesis terapéutica. El shunt peritoneo venoso consiste en la colocación de un sistema de catéter multiperforado en la cavidad peritoneal, que sirve para drenaje del líquido ascítico. Este catéter comunica con una válvula de doble membrana (Denver Ascites Shunt®), que a su vez está unida a otro catéter que, tunelizado subcutáneamente, conduce la ascitis al sistema venoso a través de un acceso a nivel de la vena yugular interna, la vena subclavia, o la vena femoral hacia la vena cava superior o inferior. El acceso femoral está reservado para aquellos pacientes que tengan las venas yugulares "ocupadas" por puertos venosos para quimioterapia, catéteres venosos centrales, o en los que exista un antecedente de mastectomía radical, con fibrosis post radioterapia.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 66 años, tratada con radioterapia y braquiterapia por un carcinoma de cérvix hace 17 años, que fue remitida desde el Servicio de Oncología para descartar carcinomatosis peritoneal debido a la presencia de una ascitis quílosa refractaria. Mediante laparoscopia-laparotomía exploradora con resección intestinal para

biopsia, se obtuvo el diagnóstico de linfangiectasia intestinal crónica post-radioterapia, sin objetivarse lesiones tumorales. Durante el seguimiento post-operatorio en consulta externa, la paciente precisó paracentesis evacuadoras reiteradas, por lo que se propuso la colocación de un *shunt* peritoneo-venoso. Se practicó intervención quirúrgica realizándose eventroplastia y colocación de *shunt* peritoneo-yugular izquierdo, sin complicaciones inmediatas. El seguimiento en consulta demostró una mejoría de la sintomatología y de la calidad de vida por disminución de la ascitis, sin necesidad de nuevas paracentesis.

Conclusiones: El *shunt* peritoneo-venoso se ha utilizado habitualmente como tratamiento paliativo de la ascitis refractaria en casos de carcinomatosis peritoneal avanzada, tal y como se describe en la literatura. Consideramos que puede ser útil como tratamiento alternativo de recurso para casos de ascitis de origen no maligno.

P-357. ABSCESO INGUINAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD DE WEGENER

S. Pérez Bru, M. Mella Laborde, C. Nofuentes Riera, E. Soliveres Soliveres, R.R. Smilevska, M. Gil Santos, M. Morales Calderón y S. García García

Hospital Universitario San Juan, Alicante.

Introducción: La granulomatosis de Wegener es una vasculitis granulomatosa necrosante que afecta principalmente a las vías respiratorias superiores e inferiores y los glomerulos renales. Las manifestaciones clínicas iniciales más frecuentes son las que afectan a dichas localizaciones, junto con un cuadro general de astenia, anorexia y pérdida de peso. Pueden aparecer lesiones en otras localizaciones, entre las que destacan las articulares, oculares, cutáneas y neurológicas. Presentamos un caso en el que la paciente presenta una serie de manifestaciones poco comunes en el curso inicial de esta patología, precisando una alto índice de sospecha para conseguir al diagnóstico.

Caso clínico: Mujer de 31 años que acude a urgencias de nuestro hospital por presentar úlcera necrótica en talón pie izquierdo junto con absceso inguinal. Se realiza desbridamiento de la úlcera y drenaje y lavado del absceso inguinal, sin incidencias. Tras una evolución favorable, es dada de alta y remitida a consultas externas de enfermedades infecciosas. La paciente acude de nuevo a urgencias 15 días después por episodio de fascitis miembro inferior izquierdo. A la exploración presenta conjuntivas eritematosas, aftas orales y petequias en miembros superiores. Ingresa a cargo de la Unidad de Enfermedades infecciosas y es estudiada por los servicios de Dermatología, Reumatología, Oftalmología y Cirugía General con la sospecha de vasculitis. En el estudio de laboratorio se demuestra elevación de parámetros inflamatorios, anemia ferropénica y positividad para ANCA. Posteriormente se realizan pruebas de imagen para descartar complicaciones osteoarticulares y pulmonares, siendo todas negativas. El 5.º día de ingreso, la paciente presenta episodio de hematuria y epistaxis, con descenso de 2 puntos de hemoglobina, precisando transfusión de 2 concentrados de hemáties. Su evolución posterior es tórpida, añadiéndose a la sintomatología actual varios episodios de expectoración de restos hemáticos y disnea. En TAC torácico-abdominal se evidencia patrón intersticial bilateral de predominio en lóbulos superiores, sin nódulos ni adenopatías, junto con derrame pleural bilateral. El 7.º día de ingreso, ante el aumento de los niveles de creatinina con persistencia de hematuria y proteinuria, y con diagnóstico de presunción de enfermedad de Wegener, se decide traslado a servicio de Nefrología.

Conclusiones: Se desconoce la etiología de la granulomatosis de Wegener, pero se acepta que en su patogenia participa el sistema inmune. Las lesiones histológicas de las vías respiratorias y del parénquima pulmonar se caracterizan por la presencia de granulomas necrosantes con abundantes células gigantes multinucleadas y por una vasculitis necrosante que afecta pequeñas arterias y venas. La sospecha diagnóstica se fundamenta en la presencia de las manifestaciones clínicas típicas de la enfermedad en el tracto respiratorio y/o en el riñón. El diagnóstico es clinicopatológico con soporte serológico. En este caso que se ha presentado, las manifestaciones típicas aparecieron con posterioridad a las menos habituales, retardando el diagnóstico de presunción.

CARCINOMATOSIS PERITONEAL

COMUNICACIONES ORALES

O-001. PELVIPERITONECTOMÍA + PROSTATECTOMÍA + AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL CON PRESERVACIÓN DE VEJIGA + OMENTOPLASTIA (TÉCNICA DE CAMPBELL MODIFICADA) EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE RECTO CON INFILTRACIÓN PROSTÁTICA

A. Gómez Portilla¹, J. Echevarría¹, J. Extramiana¹, J. Larrinaga¹, A. Saiz¹, C. Martínez de Lecea², C. Gómez Martínez de Lecea³, E. Martín¹, E. López de Heredia¹, L. Magrachs¹ e I. Cendoya¹

¹Hospital Santiago Apóstol, Vitoria. ²USP La Esperanza, Vitoria.

³Facultad de Medicina, Universidad de Navarra, Pamplona.

Introducción: El cáncer colo-rectal es el 2.º tumor en frecuencia en Europa. En el 5-10% de los casos, se presentan como cáncer localmente avanzado con infiltración directa de órganos urológicos y/o ginecológicos vecinos. Cuando la infiltración afecta a la vejiga o a la próstata, la exanteriorización pelviana es el tratamiento con el que se consiguen mayores probabilidades de supervivencia a los 5 años. En casos seleccionados de infiltración exclusivamente prostática, es posible preservar la vejiga, realizando una prostatectomía radical y resección anterior/amputación abdominoperineal oncológica en bloque cumpliendo con los requisitos quirúrgicos oncológicos y mejorando de forma importante la calidad de vida del paciente, al mantener la función vesical y la micción uretral. Debido a la escasa bibliografía existente, describimos la técnica quirúrgica utilizada, que presenta diferencias sustanciales con la cirugía de recto y de próstata estándares y precisa de una total coordinación de cirujanos y urólogos.

Objetivos: Presentar la técnica de Campbell modificada para la resección en bloque del recto y próstata, mediante (pelvipерitонeотомía + prostatectomía radical + amputación abdominoperineal en bloque + omentoplastia).

Material y métodos: Varón de 68 años de edad, sin antecedentes de interés, con clínica inespecífica de síndrome constitucional, síndrome prostático y rectorragias de 6 meses de evolución. El estudio mediante exploración clínica, colonoscopia, cistoscopia, TAC y RMN, permite llegar al diagnóstico de cáncer de recto localmente avanzado, con infiltración exclusivamente prostática y de uretra membranosa. Tratado con radioquimioterapia neoadyuvante con 45 Gy (potenciada con flupirimidinas), es