



XXIX Congreso Nacional de Cirugía

Madrid, 12-15 de noviembre de 2012

ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

COMUNICACIONES ORALES

O-085. ¿ES POSIBLE MEJORAR LA SUPERVIVENCIA EN LA ISQUEMIA INTESTINAL?

A. Serracant Barrera, J.M. Hidalgo Rosas, G. Cánovas Moreno, C. Corredera Cantarín, C.J. Gómez Díaz y S. Navarro Soto

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Objetivos: La isquemia mesentérica aguda (IMA) es una entidad relativamente frecuente en personas de edad avanzada. Tradicionalmente, la única opción terapéutica consistía en una intervención quirúrgica, que en el mejor de los casos realizaba una resección intestinal más o menos masiva. Los avances en radiología intervencionista están cambiando las opciones que tienen estos pacientes lo cual crea la necesidad de un protocolo y un diagnóstico más precoz.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo, en el cual se han revisado los casos de IMA de nuestro centro entre enero 2009 hasta diciembre 2011. Se registraron variables analíticas, signos de irritación peritoneal, hallazgos por Tomografía computarizada (TC) y tratamiento llevado a cabo (cirugía vs intervención).

Resultados: En el periodo descrito ingresaron en nuestro centro 62 casos de IMA, con una edad mediana de 78 años (50% hombres/50% mujeres). La etiología más frecuente fue la arterial trombótica (20%). Clínicamente destacaba la ausencia de peritonismo en más del 50% de los casos detectándose por imagen tras un diagnóstico de sospecha por dolor abdominal y presencia de factores de riesgo (80% de los casos). Analíticamente se evidenció un aumento del ácido láctico (51%) y leucocitosis (75%), siendo de poca utilidad la determinación de creatiniquinasa. De los 10 pacientes con peritonismo, en el TC se objetivó en un 70% de los casos hipocaptación de contraste mural intestinal, un 40% gas mural y sólo un 20% gas portal. Se realizó cirugía en el 60% con una alta mortalidad en todos los casos (50% exitus operados/100% no quirúrgicos). De los 52 pacientes sin peritonismo, en el TC abdominal se objetivó en un 57% hipocaptación de contraste mural, en un 20% gas mural y un 18% gas portal. Se realizó cirugía en el 70% (61% exitus operados/31% no quirúrgicos). Solamente en 6 casos se practicó arteriografía realizándose 6 fibrinolisis mecánicas, 5 farmacológicas y 2 perfusiones de nimodipino.

Conclusiones: La IMA está gravada con una alta tasa de morbi-mortalidad. El diagnóstico precoz, motivado por un alto índice de sospecha, permite el uso, en pacientes sin irritación peritoneal, de técnicas de radiología intervencionista que repermeabilicen los vasos afectados. La implementación, por tanto, de un algoritmo diagnóstico-terapéutico a partir del cual se decide laparotomía exploradora versus arteriografía es, en la actualidad, la piedra angular de una mejoría en la supervivencia de estos pacientes.

O-086. CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENOSA PRIMARIA DE LA ISLA DE GRAN CANARIA EN RELACIÓN AL GRADO CLÍNICO DE LA CEAP Y OTROS FACTORES (GRANCANEINS)

F. Ortega Santana¹, F. Ruano Ferrer², J.M. Limiñana Cañal¹ y A. Ortega Centol³

¹Universidad de las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

²Servicio Canario de la Salud. ³Clinica de Varices, Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Presentar el proyecto GRANCANEINS y analizar las características de la calidad de vida de la población de Gran Canaria con Insuficiencia Venosa primaria.

Material y métodos: Pacientes: 256 pacientes con insuficiencia venosa primaria comprendidos en las categorías C1 a C6 de la CEAP, residentes en la isla de Gran Canaria. Gran Canaria es una isla de 832.397 habitantes y GRANCANEINS (GRAN CANaria VEnous INsufficiency Study) es un proyecto que nació en el año 2003 con el objetivo general de combinar estudios de carácter asistencial, de investigación clínica y de investigación básica, siempre en el ámbito de la insuficiencia venosa. Con ello pretendemos ir conociendo progresivamente las características de estos pacientes, en principio en la isla de Gran Canaria y, a ser posible, extenderlo en el futuro a la totalidad del archipiélago canario, estableciendo las similitudes y diferencias que puedan existir con otras poblaciones ya estudiadas. Al tiempo que se realiza la historia clínica y la exploración los datos se incorporan directamente en una base desarrollada al efecto con el software FileMaker Pro 11, de tal manera que quedan almacenados y listos para su exportación y análisis estadístico con una mínima manipulación. Ello permite la planificación de estudios prospectivos y retrospectivos, algunos de ellos ya en marcha. Calidad de vida: los 256 pacientes estudiados, 183 mujeres y 73 hombres, pertenecían a toda la geografía insular, tenían una edad media de $58 \pm 10,86$ años y cumplían los criterios de inclusión y exclusión propuestos en el estudio RELIEF. La ocupación laboral del 42,6% de ellos requería prolongadas jornadas en bipedestación, su índice de masa corporal medio era de $37,24 \pm 21,50$ y la mayoría se encontraba en las categorías clínicas C2 (31,5%) y C3 (38,3%) de la CEAP. A todos se les aplicó el test de vida específico de la insuficiencia venosa, CIVIQ, obteniéndose una puntuación global $36,5 \pm 21,06$. Los datos se analizaron usando el T-test, la ANOVA, el test χ^2 , la Correlación de Pearson y el test de Student-Newman-Keuls. Los resultados del CIVIQ y de cada una de sus cuatro dimensiones se compararon para el sexo, los grupos de edad, el tipo de trabajo, la clasificación clínica de la CEAP y el índice de masa corporal.

Resultados: Los resultados del test CIVIQ no mostraron diferencias significativas al comparar el sexo, la edad y el índice de masa corporal. Se apreció una alta correlación estadística entre cada una de las cuatro dimensiones del CIVIQ ($p < 0,001$), diferencias significativas en lo referente a la percepción del dolor entre los pacientes que realizaban actividades sedentarias frente a los que realizaban trabajos con esfuerzo físico ($p < 0,003$) y al comparar el grado C1 con los grados C2-6 de la CEAP, tanto al

analizar el resultado global como los resultados parciales del CIVIQ (p < 0,001).

Conclusiones: Éste es el primer estudio dedicado al conocimiento de la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia venosa que residen en la isla de Gran Canaria. Sus resultados se comparan con los de otros estudios.

O-087. TRATAMIENTO DE VARICES POR RADIOFRECUENCIA MEDIANTE PROCEDIMIENTO VENEFIT™

G. Morales Cuenca y F. Abadía Sánchez

Hospital Mesa del Castillo, Murcia.

Objetivos: La eliminación del reflujo de las venas safenas (VS) mediante radiofrecuencia (RF) endovenosa con catéter ClosureFast® (Procedimiento Venefit™), se ha convertido en una alternativa ventajosa al stripping convencional en el tratamiento de pacientes con varices. Presentamos nuestra experiencia con este procedimiento.

Material y métodos: Estudio prospectivo y descriptivo. Desde marzo/2011 a marzo/2012 tratamos en régimen ambulatorio 74 VS insuficientes (66 VS internas y 8 VS externas) en 38 pacientes (27 mujeres, edad media 45 años) con estadio clínico CEAP ≥ 2. En todos los casos se realizó cierre de la VS insuficiente mediante catéter VNUS ClosureFast®, asociado a flebectomías de las venas colaterales varicosas según técnica de Miller. Se programó una revisión clínica y ecográfica a la semana, y a los 1, 6, y 12 meses, para investigar la existencia de reflujo ecográfico en el segmento de la VS tratada, así como las complicaciones y la satisfacción del paciente. Asimismo se investigó el consumo de analgésicos, y la duración de la baja laboral del paciente. El follow-up medio fue de 5 meses (1-12).

Resultados: En 37 de los 38 pacientes (97%) se pudieron tratar satisfactoriamente las VS insuficientes por RF. En 1 caso fue necesario completar el tratamiento de una VS interna mediante esclerosis con espuma ecoguadada al no poder progresarse el catéter hasta el cayado. El seguimiento ecográfico mostró una oclusión mantenida del 99% (solo fallo, a los 6 meses, el caso tratado con espuma, por lo que podemos considerar que el éxito de la RF es del 100%). 37/38 (99%) pacientes están muy satisfechos (solo una paciente está parcialmente satisfecha por una flebitis mantenida como consecuencia del tratamiento de una safena interna subcutánea). No se han producido quemaduras, ni neuritis. Sólo 12 pacientes (32%) precisaron analgesia con paracetamol durante las primeras 48 horas (sobre todo en relación con una compresión postoperatoria excesiva que ya hemos corregido). La incorporación laboral (excluyendo los días festivos) se realizó como media a los 2.5 días de la cirugía.

Conclusiones: El tratamiento de los ejes safenos insuficientes con RF mediante el procedimiento Venefit™, asociado a flebectomías, es una técnica muy segura y obtiene unos excelentes resultados a corto plazo tanto a nivel de safena interna como externa. El hecho de que se puedan tratar simultáneamente más de un eje con mínima morbilidad y baja laboral, es otro argumento a favor de esta técnica, ya que el ahorro en gastos de quirófano y días de baja laboral, amortiza suficientemente el coste del catéter.

O-088. COSTE ESTIMADO DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN EUROPA

J.I. Arcelus, J. Villar, N. Muñoz, J. Turiño, A. Bustos, A. Paz, J. Jorge, A. Vílchez y J.A. Ferrón

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: La enfermedad tromboembólica venosa (ETV), que incluye la trombosis venosa profunda (TVP), la embolia pulmonar (EP) y sus secuelas crónicas, como el síndrome posttrombótico (SPT), representa un problema de salud pública dada su elevada incidencia y gravedad potencial. De hecho, se estima que la ETV causa más muertes cada año en la Unión Europea que la suma del cáncer de mama, SIDA y accidentes en carretera. La incidencia de la ETV y su gravedad en Europa han sido evaluados por el proyecto VITAE (VTE Impact Assessment Group in Europe), pero no disponemos de datos fiables sobre sus repercusiones económicas.

Objetivos: Evaluar el impacto económico de la ETV en varios países europeos, incluyendo España.

Material y métodos: Analizando los datos epidemiológicos del proyecto VITAE, así como diversos datos procedentes de bases oficiales, se calculan los costes directos del manejo de la ETV en seis países europeos (Ale-

mania, Francia, Reino Unido, Italia, España y Suecia) para el año 2008. El modelo incluye los costes para el sector público, expresados en euros, de la prevención, tratamiento de la enfermedad en fase aguda y crónica, así como de sus complicaciones y secuelas.

Resultados: El coste directo estimado de la ETV, adquirida en la comunidad o en el hospital, ascendió a de 1.230 y 2.280 millones de euros, respectivamente, en los seis países estudiados (total: 3.510 millones), y de 85,27 y 108,82 millones de euros en España (total: 194,2 millones). El coste del tratamiento del SPT en los seis países ascendió a 314,2 millones de euros. Se estima que dos tercios del coste total fue debido al tratamiento hospitalario de la TVP y EP. Por su parte, el coste de la profilaxis antitrombótica durante la estancia hospitalaria representó el 14% del total del gasto del manejo de la ETV adquirida en el hospital. Un análisis de sensibilidad reveló que si se extendiese la adopción de medidas profilácticas a otros 4,5 millones de ciudadanos europeos, se podrían ahorrar 178 millones de euros y evitar 41.279 fallecimientos relacionados con la ETV.

Conclusiones: Este estudio aporta una estimación reciente y hasta ahora inédita sobre el coste del manejo de la ETV y sus secuelas en varios países de la Unión Europea. Nuestro análisis probablemente infravalore el impacto económico total, al no incluir los costes indirectos, muy elevados en lo que se refiere a las secuelas crónicas, como el SPT. Así así, los resultados ponen de manifiesto el elevado impacto económico que supone esta enfermedad para los sistemas públicos de salud, así como la importancia de llevar a cabo una adecuada profilaxis en los pacientes de alto riesgo, que resultaría coste-efectiva, ahorrando muchos millones de euros en un momento de crisis económica como el que sufrimos. Además, la adopción racional de profilaxis en los pacientes de alto riesgo permitiría reducir la morbilidad relacionada con la ETV y evitar muchas muertes.

O-089. EXPOSICIÓN A LA RADIACIÓN EN EL EVAR: DOSIS A PACIENTE Y DOSIS OCUPACIONAL

A. Saiz Jerez, I. Martínez López, E. Vañó Carruana, L. Sánchez Hervás, M. Hernando Rydings, S. González Sánchez, S. Revuelta Suero, M. Hernández Mateo y F.J. Serrano Hernando

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Analizar la dosis de radiación recibida por el paciente así como la dosis ocupacional durante la reparación endovascular del aneurisma de aorta abdominal (EVAR) empleando un arco móvil.

Material y métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyen 42 pacientes tratados de forma electiva mediante EVAR entre enero de 2011 y enero de 2012. Se han analizado los datos dosimétricos aportados por el equipo Phillips Pulsera en cada procedimiento, aplicando factores de corrección (atenuación de la mesa y retrodispersión). Se ha registrado la dosis a la entrada en piel y el producto dosis área (PDA). Así mismo, en 7 procedimientos, se ha medido la dosis ocupacional (sobre el delantal plomado del cirujano, para estimar dosis en cristalino) mediante dosímetros electrónicos y se ha comparado con la dosis registrada en el arco del equipo.

Resultados: Se realizaron un total de 42 procedimientos (38 endoprótesis aortobiliácas (90,4%) y 4 aortomoniliácas (9,6%)), siendo en la muestra la edad media 75 ± 7 años y el IMC medio $26,7 \pm 3,1 \text{ kg/m}^2$. Los valores dosimétricos fueron: tiempo de fluoroscopia medio 28 ± 13 min, dosis a la entrada en piel $346 \pm 185 \text{ mGy}$ (mediana 350, tercer cuartil 444 mGy) y producto dosis área $64 \pm 31 \text{ Gy.cm}^2$ (mediana 64,3 Gy.cm², tercer cuartil 80,5 Gy.cm²). La dosis en cristalino estimada por procedimiento fue $134 \pm 66 \text{ microSv}$, siendo la dosis ocupacional media un 16% de la registrada en el arco.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en nuestro centro están por debajo de los rangos citados por la Comisión Internacional de Protección Radiológica para procedimientos endoluminales en Cirugía Vascular.

O-090. REVASCULARIZACIÓN EN LAS OCCLUSIONES ILÍACAS

R. Puigmacià Mingueil, R. Riera Vázquez, S. Valverde García, M. Blanquer Jerez, E. Manuel-Rimbau Muñoz, O. Merino Mairal y P. Lozano Vilardell

Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca.

Objetivos: Evaluar los resultados de la revascularización endovascular en las oclusiones ilíacas crónicas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo. Serie de 75 pacientes (66 hombres y 9 mujeres), tratados entre 2005-2011. Se analizan los datos demográficos, localización de la lesión, clínica del paciente, material utilizado, vía de acceso, tasa de éxito, complicaciones y permeabilidad. El seguimiento fue clínico, doppler y mediante técnicas de imagen. Análisis estadístico mediante estudios descriptivo y de frecuencia, y tablas de Kaplan-Meyer.

Resultados: Tasa de éxito inicial 84%. Se incluyeron 45 oclusiones de ilíacas comunes completas, 14 externas, 12 ejes ilíacos completos y 4 recanalizaciones segmentarias. Los abordajes fueron 72 femorales y 3 humerales. Se realizaron 3 ATP simples, se colocaron 4 stents recubiertos y 68 stents libres. Se contabilizaron 6 complicaciones operatorias y 4 exitus no relacionados con el procedimiento. Se mejoró la clínica del paciente en el 92% de los casos, con una mejoría media del ITB de 0,35 (DE ± 0,24). El seguimiento medio fue de 30 meses (DE ± 25,6). La tasa de permeabilidad primaria al año, 2 años y 3 años fue del 95%, 89% y 82% respectivamente. La tasa libre de TVR fue del 95%, 84% y 79% al año, 2 años y 3 años respectivamente.

Conclusiones: El tratamiento endovascular de las oclusiones ilíacas es un buen método y con poca comorbilidad asociada, reproducible y con una estancia hospitalaria corta.

O-091. SUSTITUCIÓN AÓRTICA MEDIANTE ABORDAJE HÍBRIDO LAPAROSCÓPICO Y ENDOLUMINAL: RESULTADOS PRELIMINARES EN MODELO EXPERIMENTAL PORCINO

F.M. Sánchez-Margallo, L. Correa-Martín, M.A. Sánchez-Hurtado y F. Sun

Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón, Cáceres.

Objetivos: En la actualidad el tratamiento de las patologías aórticas es factible mediante dos tipos de abordaje mínimamente invasivos: laparoscópico y endovascular. Con este estudio pretendemos estandarizar y comprobar la factibilidad de la colocación de una prótesis aórtica combinando ambos tipos de técnicas intentando reducir los tiempos de oclusión aórtica y eliminar la posible migración de la prótesis y la aparición de fugas sanguíneas.

Material y métodos: Para el estudio se han utilizado 5 cerdos hembras, raza Large White, con un peso comprendido entre 40-45 kg. El trabajo se inició con un estudio preoperatorio previo mediante la combinación de ultrasonografía percutánea (ecografía en modo B, power Doppler y dúplex Doppler), angiografía con sustracción digital (DSA), ultrasonografía intravascular (IVUS) y TAC. En todos ellos se realizó una sustitución de la aorta infrarenal mediante la interposición de una prótesis comercial de ePTFE con un sistema de autofijación. El seguimiento postoperatorio de los animales incluyó los estudios de ecografía, angiografía, IVUS y TAC a los 7 días, 15 días, 30 días y 60 días tras el procedimiento quirúrgico.

Resultados: La sustitución aórtica mediante abordaje laparoscópico-endoluminal se realizó con éxito en todos los animales del estudio. No se produjeron complicaciones mayores que hiciesen necesaria la conversión del abordaje quirúrgico a cirugía abierta. El tiempo quirúrgico medio fue de 132 ± 10.30 minutos incluyendo la fase laparoscópica del procedimiento, desde el inicio del neumoperitoneo hasta el cierre del último punto de la piel. El tiempo de disección aórtico fue de 41.28 ± 3.56 minutos. El tiempo de ausencia de flujo caudal por acción de la sutura mecánica lineal fue de 38.11 ± 1.27 minutos. La colocación de la prótesis se realizó en un tiempo medio de 36.57 ± 3.42 minutos. Los estudios ecográficos no muestran alteraciones en el flujo vascular en la aorta. Los resultados angiográficos y de TAC mostraron una alta permeabilidad. No obstante en dos de los cinco animales se observó hiperplasia de la túnica íntima que desencadenó la aparición de estenosis aórtica.

Conclusiones: La técnica de sustitución aórtica mediante abordaje híbrido simplifica considerablemente el curso de la cirugía aórtica mediante abordajes mínimamente invasivos. Consideramos que es una técnica factible aunque es necesaria una elaborada curva de aprendizaje con un alto grado de compenetración del personal de los equipos laparoscópico y endoluminal. Son necesarios más estudios con modelos experimentales para intentar reducir el tiempo de clampado y de cirugía y evitar posibles complicaciones postoperatorias.

O-092. SÍNDROME DE ATRAPAMIENTO DE LA ARTERIA POPLÍTEA. NUESTRA EXPERIENCIA

M. Guillén, L.M. Salmerón Febres, S. Lozano Alonso, A. Bravo Molina, J.P. Linares Palomino y E. Ros-Díe

Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

Objetivos: El síndrome de atrapamiento de la arteria poplítea es una entidad poco frecuente cuya prevalencia varía desde el 0.17 al 3.5% en la población general. Presentamos nuestra experiencia médica-quirúrgica durante los últimos 20 años.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo desarrollado desde noviembre de 1992 hasta abril de 2012. Se han intervenido 9 casos de síndrome de atrapamiento poplíteo que corresponden a 7 pacientes (dos fueron intervenidos de ambas extremidades), todos ellos varones con una edad media de 23 años (rango 17-54).

Resultados: Tipos (según la clasificación de Insua-Rich): un tipo I, cuatro tipo II y cuatro tipos III. Clínica: 2 asintomáticos, 5 claudicantes, 1 dolor de reposo y 1 isquemia aguda. Maniobras de atrapamiento: positivas en todos los casos, con disminución del índice tobillo-brazo en 7 pacientes. Diagnóstico: 1 arteriografía, 2 angioTAC, 6 con angioRMN y RMN de partes blandas. Cirugía: 9 abordajes posteriores con liberación del segmento de arteria poplítea estenosado, en 3 casos se asoció un bypass corto con injerto autólogo. Postoperatorio y seguimiento: Sin incidencias. Procedimientos permeables en la actualidad tras un seguimiento medio de 12 años (rango 1-16).

Conclusiones: El síndrome de atrapamiento de la arteria poplítea es una entidad poco frecuente, la mayor parte de los pacientes consultan por clínica de claudicación, siendo el resultado quirúrgico satisfactorio. Los métodos diagnósticos han cambiado desde la aparición de la RMN y sus diferentes modalidades (angioRMN). En nuestra experiencia, la miotomía del tendón de inserción anómalo, asociada o no a la realización de un bypass corto poplíteo-poplíteo, es el tratamiento quirúrgico de elección.

PÓSTERS

P-483. EXPOSICIÓN ÓSEA A NIVEL DIGITAL EN PACIENTES DIABÉTICOS NEUROPÁTICOS. ¿SÓLO NOS QUEDA LA AMPUTACIÓN? ESTUDIO PROSPECTIVO EN LA UNIDAD DE PIE DIABÉTICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL (CÁDIZ)

A. Camacho Ramírez, A. Díaz Godoy, M. Balbuena García, E. Sancho Maraver, J. Falckenheimer, A. Romero Palacio, A. Nabjeb Alassad, M.A. Urbano, V. Vega Ruiz y M. Velasco García

Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, Cádiz.

Introducción: Los pacientes diabéticos de tiempo de evolución pueden desarrollar neuropatía a nivel de miembros inferiores con alto riesgo de ulceración y exposición de estructuras óseas. El tratamiento conservador de estas úlceras con hueso expuesto mediante antibioterapia, curas y descarga plantea una tasa de fracasos importantes acabando finalmente muchos de ellos con amputaciones digitales. Presentamos una serie de nueve pacientes neuropáticos no isquémicos tratados con desbridamiento local enérgico, consiguiéndose la resolución "ad integrum" de la úlcera y evitando con ello la amputación digital.

Material y métodos: Nueve pacientes, cinco mujeres y cuatro varones, con edad media de 66 años (35-79), diabéticos tipo I (2) y II (7), al menos un pulso distal presente pedio y/o tibial posterior e ITB (0.9-1.1). Acuden por lesiones digitales con hueso expuesto (probe bone test positivo) de 25 días de evolución (10-60) a nivel de falange distal en seis casos y tres en cara lateral. Para el tratamiento de estos pacientes una vez descartada la isquemia como causa primaria se tomaron cultivos y se procedió a descargas de antepié con ortesis adecuada. El desbridamiento se realizó previo bloqueo digital con anestesia local y en ambiente estéril limpíeza con gubia resecando el hueso superficial enviándose el material a cultivo. Las curas se han llevado a cabo por nuestra enfermera de la Unidad de Pie diabético, antibioterapia empírica (amoxicilina/clavulánico) modificándose según los resultados del cultivo y de la evolución clínica. Se ha man-

tenido el antibiótico al menos 6 semanas o hasta la cobertura ósea por tejido de granulación con una media de 45 días (42-52).

Resultados: Uno de los paciente requirió un segundo desbridamiento local a los 12 días, a cuatro hubo que modificar la antibioterapia según antibiograma. Se consiguió el cierre de las úlceras de los nueve pacientes a los 67 días (55-80), sin recidiva a los 82 días (182-20).

Conclusiones: Ante lesiones digitales no isquémicas en paciente diabéticos y derivados a unidades específicas se pueden conseguir disminuir la tasa de amputaciones digitales. La preservación digital evitará, junto al tratamiento ortopédico adecuado subluxaciones de dedos contiguos y por tanto menos posibilidades de ulceraciones por alteraciones en la biomecánica del pie.

P-484. EXPERIENCIA EN BIOPSIA DE LA ARTERIA TEMPORAL

M. Guillén Fernández, L.M. Salmerón Febres, J.B. Cuenca Manteca, S. Lozano Alonso, A. Bravo Molina y E. Ros-Díe

Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

Objetivos: Es conocido el carácter segmentario de la arteritis de células gigantes (ACG) y su afectación vascular diferente a los vasos temporales. Analizamos los índices de validez de la biopsia de la arteria temporal (BAT) y describimos nuestra experiencia en cuanto a dicho procedimiento.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo desarrollado desde enero-2.005 hasta enero-2.012. Se realizaron 47 BAT en 45 pacientes con una edad media de 72 años (rango 58-89). La solicitud de este procedimiento se llevó a cabo por parte del servicio de Medicina Interna. En todos los casos el diagnóstico pre-operatorio fue ACG. Los procedimientos se han realizado en régimen de cirugía mayor ambulatoria. Ninguno de los pacientes se encontraba en tratamiento corticoidal en el momento de la biopsia. La vía de abordaje elegida en la mayor parte de los casos fue la pre-auricular (82%). Se extrajeron segmentos entre 20 y 35 mm. Las muestras fueron enviadas al servicio de Anatomía patológica.

Resultados: Índices de validez interna: sensibilidad 60% y especificidad 90,9%. Índices de validez externa: valor predictivo positivo 88,2% y valor predictivo negativo 66,7%. No hubo biopsias erróneas. En dos casos se realizó una segunda BAT contralateral con resultado negativo. No se han registrado complicaciones de la herida quirúrgica.

Conclusiones: La BAT es un procedimiento sencillo de escasa morbilidad. Sin embargo, un resultado negativo no permite descartar la ACG. Sería prudente replantear la estrategia diagnóstica otorgando protagonismo a las pruebas de imagen, en especial, al diagnóstico vascular mínimamente invasivo (ecografía-doppler).

P-485. PIE DIABÉTICO ISQUÉMICO. ¿CUÁL ES EL MANEJO EN UN HOSPITAL SIN CIRUJANO VASCULAR? RESULTADOS TRAS UN AÑO DE ANDADURA DE LA UNIDAD DE PIE DIABÉTICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL (CÁDIZ)

A. Camacho Ramírez, A. Díaz Godoy, V. Vega Ruiz, J. Falckenheimer, J. Álvarez Medialdea, M. Balbuena García, C. Pérez Alberca, A. Nabjeb Alassad, E. Sancho Maraver, M.A. Urbano Delgado y M. Velasco García

Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, Cádiz.

Introducción: El pie diabético es una entidad compleja y a veces menospreciada. A tal efecto se han ido creando unidades específicas que integran el diagnóstico y manejo del mismo, la piedra angular clásicamente ha sido el cirujano vascular, sin embargo en muchos hospitales se carece de tal representación, asumiendo éste papel otras especialidades, fundamentalmente cirujanos generales y traumatólogos. El objetivo de éste póster es presentar el manejo que se lleva a cabo en nuestro hospital con la ausencia física de éste especialista.

Material y métodos: El eje central de las unidades de pie diabético en el Servicio Andaluz de Salud corresponde al Servicio de Endocrinología, está apoyado por los diferentes servicios intrahospitalarios implicados en su manejo e interactuando con Atención Primaria. En el H.U.P.R. (Cádiz) se han nombrado responsables numerosarios de las especialidades que pertenecen a la Unidad de Pie Diabético. La fisiopatología del pie diabético a efectos prácticos se puede dividir en dos grandes grupos, aquellos que poseen componente isquémico (asociando o no trastornos de sensibilidad) y los no isquémicos. El problema sobreviene por la ausencia de la fi-

gura del Cirujano Vascular como es en nuestro caso, siendo los encargados del manejo de aquellos que poseen componente isquémico. Ante la ausencia de C. Vascular y para coordinación de dichos pacientes se ha elaborado en nuestro hospital un protocolo y manejo del pie diabético isquémico consensuado con nuestro hospital de referencia (H.U. Puerta del Mar-Cádiz), en el que se especifican pruebas a realizar (Doppler y/o ITB, con o sin arteriografía/angioTAC/angioRM), horarios y urgencia de envío de pacientes.

Resultados: Durante el año 2011 se han valorado un total de 114 pacientes, derivándose desde nuestra unidad un total de 24 pacientes por sospecha de cuadros de origen isquémicos, en paciente con buena calidad de vida previa y deambulación conservada. La edad media ha sido de 79,9 (58-84), catorce varones y diez mujeres, quedando a cargo del Servicio de Cirugía Vascular once pacientes.

Conclusiones: Es perfectamente viable el manejo del paciente diabético en un hospital carente de cirujanos vasculares con la premisa de mantener un contacto pre establecido y fluido. La atención y respuesta al paciente a nivel intra y extrahospitalario ha mejorado de forma significativa gracias a la protocolización y coordinación interniveles y entre especialistas. Al conseguir delimitar el número de integrantes se ha conseguido un trato más personalizado.

P-486. ABDOMEN AGUDO POR COMPLICACIÓN DE ANEURISMA MICÓTICO MESENTÉRICO

R. Rodríguez Fernández, J.A. Asanza Llorente, A. Herrero Domingo, M. Tena Dávila, E. Sánchez Díaz, T. Balsa Marín, J. Díez Izquierdo, T. Calderón Duque, L. Arriero Ollero, C. Carballo López y L. Gómez Ruiz

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

Introducción: El aneurisma micótico es una complicación rara de la endocarditis infecciosa (EI) debida a la embolización de los vasa vasorum en las zonas de bifurcación arterial. El dolor abdominal es el modo de presentación más frecuente del embolismo mesentérico (hasta el 41% en algunas series). Su localización en la arteria mesentérica superior representa el 8% de todos los aneurismas micóticos. Suelen ser asintomáticos o producir sintomatología por masa expansiva que obliga a realizar diagnóstico diferencial con patología abdominal. Su ruptura da lugar a abdomen agudo.

Caso clínico: Se presenta un caso de abdomen agudo por aneurisma micótico complicado de rama yeyunal. Varón de 83 años que presenta fiebre, cefalea, alteraciones del comportamiento y síndrome constitucional de dos meses de evolución. En RMN craneal se objetivan malformaciones vasculares en región frontal. Tras ecocardiograma se diagnostica endocarditis mitral. En hemocultivos seriados se aísla *Streptococcus anginosus*. Se inicia tratamiento antibiótico. En días sucesivos el paciente refiere cuadro progresivo de dolor abdominal. Se realiza TAC observando pseudoaneurisma en rama yeyunal proximal a la arteria mesentérica superior, hematoma en meso y líquido libre intraabdominal. Se interviene quirúrgicamente de forma urgente, encontrando masa retroperitoneal en raíz de meso que afecta y engloba un asa yeyunal proximal. Líquido libre purulento. Se realiza sección de yeyuno a nivel proximal y distal de la zona afectada y ligadura de dos ramas yeyunales proximales adheridas a la masa. La evolución postoperatoria es tórpida, inicialmente se recupera del cuadro abdominal, pero presenta claro deterioro clínico progresivo, sobretodo neurológico asociado a alteraciones del lenguaje. Se produce el exitus a las dos semanas de la cirugía. No se realizó necropsia. La anatomía patológica de la pieza extirpada es informada como formación de aspecto quístico de 4 cm a nivel del meso, que se encuentra ocupada por un material de aspecto laminar de coloración blanquecina con áreas hemáticas. El área descrita anteriormente parece comunicarse a través de un trayecto fino de 0,2 cm de diámetro con otra cavidad quística en contacto con la pared del yeyuno, y que a su vez se comunica con la mucosa a través de un pequeño orificio. En exudado peritoneal también se aísla *S. anginosus*. *S. anginosus* forma parte de la flora habitual del tracto gastrointestinal. Se relaciona frecuentemente con bacteriemias, endocarditis y abscesos ocultos (25% de complicaciones supurativas). La EI puede generar émbolos sépticos que afectan al SNC en 20-40% y constituir la primera y única manifestación.

Discusión: Nos encontramos ante un caso de EI con foco abdominal (divertículo complicado, perforación, etc.), que debutó con manifestaciones neurológicas y que desarrolló un aneurisma micótico por lesión de una arteria yeyunal y posterior abdomen agudo. Sin embargo, este pseudoa-

neurisma fue generado por proximidad a una lesión crónica y abscesificada de la pared yeyunal, tal y como confirma la anatomía patológica, y no por émbolos sépticos. Es en este punto donde radica su importancia científica y lo excepcional de este caso.

P-487. TRATAMIENTO NO ETIOLÓGICO DE HERIDAS CON PLASMA RICO EN PLAQUETAS

J.A. Guerra Bautista¹, C. Ruda Buzón², M. Escamilla Cardeñoso¹, M.J. Medina Pérez¹ y A.K. Moalla Massa¹

¹Hospital de la Merced, Osuna. ²A.S. Osuna, Sevilla.

Introducción: Los factores de crecimiento derivados de las plaquetas o plasma rico en plaquetas (PRP), están abriendo nuevos campos de aplicación en lesiones óseas, osteocondrales, musculotendinosas, articulares, corneales y nerviosas. La estrategia terapéutica de mayor eficacia en heridas y sobretodo en úlceras de la extremidad inferior es aquella que incide sobre su etiología y que muestra capacidad para resolverla, ya sea de forma temporal o definitiva. Establecido este criterio fundamental, resulta por otra parte absolutamente cierto que un porcentaje no inferior al 60% de las úlceras de extremidad inferior tienen una difícil solución etiológica y que otras, a pesar de un resultado terapéutico inicial aceptable, evolucionan de una forma lenta hacia su cicatrización. El presente estudio se justifica en base a la necesidad de mejorar los resultados clínicos del tratamiento no etiológico de las heridas mediante la aplicación de factores de crecimiento derivado de las plaquetas que mejore los resultados de los procedimientos más habituales.

Material y métodos: Se realiza ensayo clínico a 9 pacientes con heridas de diferente etiología (4 etiología quirúrgica, 1 úlcera de Martorell, 2 etiología venosa, 1 etiología isquémica y 1 etiología neuropática) en proceso de cicatrización por segunda intención. Se prepara un plasma rico en plaquetas y factores de crecimiento a partir de la sangre del paciente, minutos antes de realizar la aplicación en heridas. Este plasma incluye un número elevado de plaquetas que contienen factores de crecimiento y otras proteínas que inciden en las heridas acelerando significativamente la reparación de éstas. Durante dos semanas se realiza cura diaria de las heridas según los principios básicos del cuidado de la herida. Se midieron la superficie de la herida al principio y al cabo de dos semanas. Se anota el porcentaje de área cicatrizada. Despues de dos semanas de curas estándar se expone la herida al protocolo objeto del estudio: Limpieza con suero fisiológico, aplicación de PRP en el lecho de la herida una vez por semana y cura estándar cada dos días, calculando la superficie de la herida el día 14. Se anota el porcentaje de área cicatrizada. Se recogen y anotan los datos referentes a la aparición de efectos adversos tras la aplicación de PRP.

Resultados: Los resultados muestran una mayor superficie cicatrizada en las heridas tras la aplicación de PRP. La media del "porcentaje área cicatrizada antes de la aplicación de PRP" es de 16,456, mientras que la media del "porcentaje área cicatrizada después de la aplicación de PRP" es de 54,144. Para realizar el contraste de igualdad entre medias utilizamos la prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras relacionadas, dando como resultado que puede afirmarse que el porcentaje de cicatrización difiere significativamente entre los dos grupos con una $p = 0,012$ a favor de la cura donde se aplica PRP. No se evidenció la aparición de efectos adversos tras la aplicación de PRP.

Conclusiones: 1. La aplicación local de plasma rico en plaquetas en heridas reduce el tiempo de cicatrización frente a las curas tradicionales mediante un mecanismo que reproduce y acelera las etapas fisiológicas de la reparación tisular en toda la variedad etiológica estudiada. 2. El empleo de plasma rico en plaquetas en heridas ha demostrado ser una técnica segura y sin riesgos en la que no se ha evidenciado la aparición de efectos adversos. 3. El protocolo de obtención de plasma rico en plaquetas resulta ser una técnica sencilla, fácilmente reproducible en el ámbito de sala de curas de centro de salud u hospital que no requiere grandes volúmenes de sangre y sin los riesgos asociados al uso de hemoderivados externos.

P-488. LEIOMIOSARCOMA DE VENA CAVA

M.L. Reyes Díaz, J.A. López Ruiz, F.J. del Río Lafuente, L. Sánchez Moreno, J. López Pérez y F. Oliva Mompeán

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: Los tumores venosos son difíciles de diagnosticar, raros, la mayoría de las veces malignos y con mal pronóstico. El leiomiosarcoma de

la vena cava inferior es un tumor infrecuente (0,5%) que nace en las células musculares de la capa media, la mayoría de las veces de hallazgo incidental debido a su clínica insidiosa, como una masa de crecimiento retroperitoneal, lento. El tratamiento de este tipo de tumores es controvertido, aceptado universalmente la necesidad de una cirugía extirpativa lo más extensa posible y que en ocasiones requiere un proceso de reparación vascular de alta complejidad. Presentamos el caso de una mujer con tumoración retroperitoneal en la que se confirma la presencia de leiomiosarcoma de vena cava.

Caso clínico: mujer de 81 años en estudio por dolor en fosa renal derecha; mediante ecografía abdominal se identifica gran masa sólida de 13 cm de diámetro sagital que conlleva dilatación y ocupación de la luz de vena cava inferior y renal derecha. Se decide realización de TAC y RNM donde se confirma dicha masa retroperitoneal de aspecto tumoral con imágenes sugestiva de necrosis en su interior, se procede a la realización de punción con aguja fina (PAAF) con resultado de leiomiosarcoma pleomórfico. Se programa intervención quirúrgica realizándose exérésis de tumor retroperitoneal en bloque, resección parcial de vena cava inferior y realización de bypass de safena derecha de vena renal izquierda a vena cava inferior más nefrectomía derecha + metastasectomía atípica de segmentos IV y VI. Con resultado anatomo-patológico de leiomiosarcoma de 15 cm mal delimitado que infiltra riñón, sistema pielocalicial y sistema venoso de hilos renales.

Conclusiones: Sólo el 2% de los leiomiosarcomas son de origen vascular. Debido a su rareza no existen guías de consenso claras en relación con dicha patología. La mayoría de los casos del 75-90% se producen en mujeres, con pico de incidencia entre los 50-60 años. Su asiento más frecuente es el segmento medio de la cava. A pesar del tratamiento quirúrgico (donde la necesidad de reparación vascular viene dada por la existencia o no de colaterales, que depende de la velocidad de crecimiento del tumor), suelen presentar mal pronóstico (supervivencia de 28-37 meses).

P-489. ISQUEMIA INTESTINAL DE ORIGEN VENOSO CONSECUENCIA DE LA MUTACIÓN G20210A DEL GEN DE LA PROTROMBINA

J.A. García Marín, R. Lirón Ruiz, J.G. Martín Lorenzo, J.A. Torralba Martínez, M.P. Guillén Paredes, M.L. García García, M.A. Verdu Fernández y J.L. Aguayo Albasini

Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia.

Introducción: La isquemia intestinal de origen venoso es un cuadro relativamente raro en el que hasta en un 80% de los casos se detecta algún factor predisponente. Entre ellos, los estados congénitos de hipercoagulabilidad ocupan un lugar destacado y es necesario tenerlos en cuenta. Exponemos un caso clínico diagnosticado y tratado en nuestro hospital.

Caso clínico: Mujer de 59 años con IMC de 28 que fue colecistectomizada desarrollando en el postoperatorio un tromboembolismo pulmonar bilateral submasivo que precisó anticoagulación. Tras el estudio fue diagnosticada de ser portadora en heterocigosis del polimorfismo G20210A de la protrombina. Acude al hospital por cuadro de abdomen agudo con marcado dolor abdominal y acidosis metabólica dos meses después de retirarse la anticoagulación oral. Se realiza angioTC abdominal, poniendo de manifiesto un trombo en la vena mesentérica superior y vena ileocólica con neumatosis intestinal. Se practicó laparotomía media, descubriendo necrosis de yeyuno desde 20 cm del ángulo de Treitz hasta dos metros antes de la válvula ileocecal. Se realizó resección masiva y anastomosis terminoterminal. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones. Actualmente la paciente continúa con anticoagulación oral permanente.

Discusión: La prevalencia del polimorfismo G20210A de la protrombina se estima entre un 0,7 y 6,5%. Está presente en el 40% de los casos de trombosis del eje esplenoportal. Dada la mortalidad del cuadro (27%) es preciso un alto índice de sospecha y el consiguiente tratamiento precoz. El Gold estándar para el diagnóstico es la TC con contraste. El 50% de los pacientes precisan laparotomía media, la mayoría con resección intestinal y muchos un second-look si hay dudas sobre la viabilidad intestinal. Salvo contraindicación absoluta, todos los pacientes deben recibir anticoagulación oral de por vida para prevenir nuevos eventos, incluso tras el primer episodio trombótico sea éste quirúrgico o no.

P-490. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA TASA DE AMPUTACIONES EN PACIENTE CON PIE DIABÉTICO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS. REPERCUSIÓN TRAS LA CREACIÓN DE LA UNIDAD DE PIE DIABÉTICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL (CÁDIZ)

A. Camacho Ramírez, A. Díaz Godoy, A. Martínez Vieira, J. Álvarez Medialdea, J. Falckenheimer, M. Balbuena García, C. Pérez Alberca, A. Nabjeb Alassad, E. Sancho Maraver, V. Vega Ruiz y M. Velasco García

Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, Cádiz.

Introducción: La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que provoca a largo plazo lesión de órganos diana, el momento en la aparición depende del tipo de diabetes y del control glucémico por parte del paciente. El pie diabético comprende un importante caballo de batalla siendo el causante del mayor número de amputaciones no traumáticas de miembros inferiores.

Material y métodos: Presentamos la evolución en los últimos cinco años del número de amputaciones de pie diabético que se han llevado a cabo en el servicio de cirugía general desde 2007 al 2011. La unidad de Pie diabético del HUPR se constituyó oficialmente en enero de 2011 comenzando a trabajar en el último trimestre del 2010. Se ha llevado a cabo una difusión a nivel intrahospitalario y en los centro de salud dependiente del hospital de los circuitos creados para la atención de estos pacientes. La base de datos utilizada ha sido el programa informático Bahía 2000, utilizando el CIE con código 84.10 al 84.19. Las amputaciones se pueden clasificar en dos grandes grupos, las amputaciones menores (84.10 a 84.12) (dedo, metatarso y atípicas) y las amputaciones mayores (84.13 a 84.19), las realizadas a nivel suprancondilea y las transtibiales o infracondileas fundamentalmente.

Resultados: El número total de amputaciones globales de miembro inferior en el servicio de cirugía general desde el 2007 al 2011 han sido; 26, 18, 16, 33 y 35. En virtud del tipo de amputaciones mayores y menores, el número de amputaciones desde el 2007 al 2011 han sido para el primer grupo; 9, 7, 7, 9, 14 y para el segundo; 17, 11, 9, 24, 21.

Conclusiones: Con el paso de los últimos años se ha objetivado un incremento en el número de pacientes que han requerido amputaciones, y de forma significativo en los últimos dos años. El aumento del número de pacientes intervenidos puede ser debido al efecto llamada por conocimiento de los profesionales tras la red creada para atención de estos enfermos. De la misma forma pacientes que se desplazan a otros hospitales tras conocer la existencia de la Unidad han sido derivados o bien han acudido de forma voluntaria. Es de esperar que estas cifras tiendan a estabilizarse y posiblemente a descender en los próximos años ya que la coordinación entre atención primaria y especializada se hará más fluida y podrán evitarse un porcentaje de amputaciones gracias al diagnóstico y tratamiento multidisciplinar más precoz.

P-491. ICTUS IDIOPÁTICO EN ADULTO JOVEN

M. Guillén Fernández, L.M. Salmerón Febres, B. Vera Arroyo, S. Lozano Alonso, A. Bravo Molina y E. Ros-Díe

Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: El ictus criptogenético representa un 40% del total de los cuadros ictales de etiología isquémica, se asocia a pacientes adultos jóvenes sin factores de riesgo cardiovascular y en un 35% de los casos parece deberse a un fenómeno de embolismo paradójico.

Material y métodos: Hombre de 46 años, sin factores de riesgo cardiovascular, diagnosticado de ictus isquémico de arteria cerebral media derecha por tomografía axial computarizada craneal.

Resultados: Como antecedentes personales: cuadro compatible con trombosis venosa profunda de miembro inferior derecho y disnea de pequeños esfuerzos junto con dolor centrotorácico no opresivo una semana antes. Tras ecografía-doppler de extremidad inferior derecha y tomografía axial computarizada con contraste endovenoso para región torácica, se confirma la presencia de enfermedad tromboembólica venosa en ambos niveles. Finalmente, ante la posibilidad de un fenómeno de embolismo paradójico se realiza un ecocardiograma transesofágico: hipertensión pulmonar severa y paso de burbujas de ecocontraste desde la aurícula derecha a la izquierda, hallazgo compatible con foramen oval permeable. El paciente fue tratado con heparina de bajo peso molecular a dosis antiagregantes durante 6 meses. Actualmente, se encuentra antiagregado,

no ha presentado nuevos episodios ictales, ha recuperado la movilidad del hemicuerpo izquierdo y no presenta indicios de síndrome postrombótico.

Conclusiones: Ante un ictus isquémico idiopático, sobre todo si se trata de adultos jóvenes que carecen de factores de riesgo cardiovascular, debemos de sospechar como posible etiología del cuadro un fenómeno de embolia paradójica y descartar, por tanto, la presencia de enfermedad tromboembólica venosa y de foramen oval permeable.

P-492. FÍSTULA AORTO-ENTÉRICA TRAS TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

G. Jiménez Riera, S. García Ruiz, C. Méndez García, C. Martín, J.M. Sánchez Rodríguez, J. Ponce, M. Canalejo, E. Bataller, J.J. Castilla, F. Gómez Tadeo y A. Sánchez Guzmán

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La reparación endovascular de los aneurismas de aorta abdominal (AAA) tiene como objetivo la exclusión del aneurisma del sistema circulatorio, mediante la inserción a distancia de un dispositivo tubular impermeable, autosustentable por stents metálicos, que se "sella" en los segmentos proximal y distal mediante su propia fuerza radial.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 71 años, con los antecedentes de HTA, obesidad, dislipemia, cardiopatía isquémica crónica revascularizada, insuficiencia renal leve y exfumador, que fue sometido a reparación endovascular de AAA infrarrenal con una endoprótesis aorto-monoiliaca derecha y bypass fémoro-femoral derecha-izquierda. Dos años después ingresa por cuadro de malestar general, fiebre, dolor lumbar e hipogástrico, y fracaso renal agudo. La TC objetiva crecimiento del saco aneurismático de 8,1 a 9,2 cm sin demostrar imagen de endofugas en TC previas de seguimiento, e imagen compatible con fistula aorto-entérica (desplazamiento anterior de la tercera porción duodenal a causa del aneurisma, sin plano graso de separación, con gas en saco aneurismático) y datos de posible infección protésica.

Resultados: Se decide intervención quirúrgica confirmándose la existencia de la fistula aorto-duodenal, realizándose bypass axilo-prótesis femoral derecha, apertura del aneurisma (con absceso en hematoma intraabdominal), exéresis de la prótesis y plastia de yeyuno sobre el duodeno. El postoperatorio inmediato cursa con estabilidad hemodinámica hasta el séptimo día, comenzando con fiebre, dolor abdominal y emisión de material sero-purulento por drenaje abdominal. Se realiza nueva TC de abdomen confirmando la existencia de absceso retroperitoneal que se drena quirúrgicamente. Evoluciona de forma desfavorable, siendo exitus Al décimo día postoperatorio a causa de fallo multiorgánico secundario a shock séptico.

Conclusiones: El tratamiento endovascular de AAA se asocia a complicaciones propias de este procedimiento: Lesión del acceso arterial, microembolización, desplazamiento, mal posicionamiento, desgaste o desgarro de la prótesis, oclusión de las ramas arteriales principales, endofuga, síndrome "post-implantación", compresión, estenosis u oclusión de los brazos, infección o trombosis de la prótesis, *Kinking*, fistulas aorto-entéricas, crecimiento o rotura del aneurisma. Las fistulas aorto-entéricas (FAE) pueden manifestarse como hemorragia digestiva, sepsis o dolor abdominal. Aunque son poco frecuentes, su elevada mortalidad las convierte en una complicación temible. Las FAE primarias son muy poco frecuentes. Las secundarias a interposición de injertos protésicos están relativamente bien documentadas. Hasta el momento hay pocos casos publicados de FAE secundarias a AAA tratados de forma endovascular, cuya manifestación típica es la infección y cuadro séptico sin episodios llamativos de sangrado digestivo. Para su tratamiento tradicionalmente se recomendaba la exéresis del injerto infectado y derivación extra-anatómica. Estudios recientes sugieren que algunos pacientes pueden ser tratados de forma conservadora con mantenimiento del injerto. A pesar de ser una técnica menos invasiva, dadas sus complicaciones inherentes, requiere un seguimiento con mayor periodicidad y más complejo que la cirugía abierta o convencional.

P-493. ANGIOSARCOMA ESPLÉNICO PRIMARIO, UNA ENFERMEDAD DE PRONÓSTICO SOMBRÍO

F.J. Ruescas García, A. Jara, V. Muñoz, S. Sánchez, E. García, J.L. Bertelli, R. Valle, D. Padilla, C. Manzanares, B. Menchén y J. Martín

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos: Descripción de un caso clínico con angiosarcoma primario esplénico y revisión de la literatura.

Material y métodos: Mujer de 64 años que consultó por anemia, dolor en hipocondrio izquierdo y pérdida de 3-4 kg en dos meses. En la exploración destacaba una masa palpable de gran tamaño en hipocondrio izquierdo. La analítica mostró anemia ferropénica, leucocitosis con eosinofilia y elevación de PCR y VSG. Marcadores tumorales CA 19.9, CA 125, CA 15.3 y alfa-fetoproteína normales. En la tomografía computarizada se objetivó una masa de 124 x 146 mm dependiente del bazo con calcificaciones en su pared. Se intervino de forma programada realizándose esplenectomía mediante abordaje laparoscópico. La paciente fue dada de alta el quinto día postoperatorio sin complicaciones. El estudio anatomo-patológico de la pieza objetivó un bazo de 1.200 gramos. Microscópicamente se observó proliferación de células fusiformes con moderada atipia y alto índice mitótico, dispuestas en haces entrelazados con áreas de necrosis y células gigantes. La inmunohistoquímica fue positiva para vimentina, pancitoqueratina AE1-AE3 y CD31.

Resultados: El angiosarcoma primario esplénico es una neoplasia infrecuente, desarrollada a partir de células endoteliales, que representa el 1-2% de los sarcomas. La incidencia es de 0,14-0,25 casos por millón de habitantes, sin predominio en cuanto al sexo y con una edad de presentación más frecuente entre la 5^a y 6^a décadas de la vida. En el momento del diagnóstico existe enfermedad metastásica en un 69-100% de los casos, siendo las localizaciones más frecuentes el hígado (41-89%), pulmón (78%), hueso o médula ósea (2-44%) y ganglios linfáticos (3-56%). La presentación clínica es inespecífica, constituyendo el dolor abdominal y la esplenomegalia (77-94%), las manifestaciones más comunes. En un 25-30% de las ocasiones debutó como hemoperitoneo por rotura espontánea esplénica. Las pruebas radiológicas son inespecíficas, confirmando la esplenomegalia, y objetivando lesiones generalmente múltiples, hipointensas o heterogéneas con captación anular del contraste intravenoso. En el estudio anatomo-patológico se han identificado varios patrones vasculares, siendo el más común la proliferación espongiforme o en "panal de abeja" de las células endoteliales, que forman una red vascular irregular. La mayoría expresan al menos un marcador inmunohistoquímico de diferenciación histiocítica (CD68 y/o lisozima) y dos o más marcadores de diferenciación vascular (CD 34, CD31, factor VIII R Ag, VEGFR3). El tratamiento de elección es la esplenectomía. Diversos autores abogan por la utilización de paclitaxel como tratamiento neoadyuvante y adyuvante en angiosarcomas localmente avanzados y en los irresecables al diagnóstico, aunque la literatura no ha demostrado prolongación del tiempo libre de enfermedad ni de supervivencia en estos pacientes. Su pronóstico es sombrío, con una supervivencia media entre 10,3 y 14,4 meses, disminuyendo a 4,4 meses cuando se presentan con un cuadro de rotura esplénica espontánea.

Conclusiones: El angiosarcoma primario esplénico es un tumor poco frecuente, con un comportamiento agresivo y de muy mal pronóstico. Ningún tratamiento quimioterápico ni radioterápico se ha mostrado eficaz en su manejo, tal vez por el escaso número de pacientes que presentan esta patología y la dificultad para extraer conclusiones válidas de los limitados estudios que nos muestra la literatura.

P-494. ABDOMEN AGUDO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UNA PANARTERITIS NODOSA: VASCULITIS APENDICULAR

R. Rodríguez Fernández, J. Timón Peralta, A. Zapata Ingelmo, E. Núñez Cuerda, T. Calderón Duque, R. Garrido Escudero, T. Balsa Marín, L. Arriero Ollero, M. Carballo López, L. Gómez Ruiz y S. Martínez Cortijo

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

Introducción: La panarteritis nodosa (PAN) es una vasculitis necrotizante sistémica caracterizada por afectación de vasos de pequeño y mediano tamaño. Se trata de una enfermedad poco frecuente (2-33 casos/millón), que afecta a adultos de edad media. Se manifiesta con clínica poco específica (60-70% casos) como fiebre, astenia, malestar general, anorexia, pérdida de peso, mialgias, artralgias. Es frecuente la afectación de varios órganos, fundamentalmente riñones, músculos, sistema nervioso periférico, intestino, hígado, pulmón y piel. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica, siendo preciso la demostración anatomo-patológica para el definitivo, lo que puede constituir un reto diagnóstico ante casos con manifestaciones atípicas o que afecten a órganos poco habituales.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 78 años, con dolor abdominal difuso, con focalización en fosa iliaca derecha, que asocia fiebre vespertina y astenia. Refería parestesias en la mano derecha de un mes de evolución y artralgias ocasionales. En la analítica realizada presentaba anemia de trastornos crónicos y aumento de reactantes de fase aguda. Se

realizó ecografía abdominal, TAC y colonoscopia, sin hallazgos patológicos. Los estudios microbiológicos fueron negativos. El paciente evoluciona presentando crisis en FID compatible con apendicitis aguda, por lo que se realiza laparotomía exploradora, sin encontrar patología abdominal, únicamente apéndice ileocecal con base dilatada sin signos macroscópicos de apendicitis. Se realiza apendicectomía. Tras la intervención se mantiene la sintomatología, sin respuesta a antibioterapia empírica. El estudio histológico de la pieza quirúrgica muestra una vasculitis necrotizante compatible con PAN apendicular. Se inicia tratamiento esteroideo e inmunosupresor, con clara mejoría del cuadro clínico.

Discusión: Se ha descrito afectación gastrointestinal en un 34% de los casos de PAN. Se caracteriza por dolor abdominal provocado por el engrosamiento de la íntima y necrosis fibrinoide de arterias de mediano calibre, con intensa infiltración de polimorfonucleares, siendo característica la destrucción de la capa media y de la lámina elástica interna. Se trata de una manifestación grave, que en muchas ocasiones evoluciona simulando otros procesos inflamatorios locales, como en el caso que presentamos, no siendo infrecuente que el diagnóstico se produzca como consecuencia de una cirugía exploratoria urgente o incluso postmortem. El pronóstico de la PAN no tratada es casi siempre mortal. La evolución natural se asocia con fallos orgánicos fulminantes o enfermedad progresiva con recidivas y reagudizaciones. El tratamiento combinado con corticoides e inmunosupresores (ciclofosfamida o azatioprina), ha mejorado el pronóstico, con una tasa de remisiones superior al 90%, por lo que el diagnóstico precoz constituye claramente el objetivo en estos cuadros.

P-495. ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA EN PACIENTE JOVEN SECUNDARIA A ANOMALÍA VASCULAR MESENTÉRICA

S. González García, I. Lobo Machín, A. Bravo Gutiérrez, L. Delgado Plasencia, I. Hernández González, M. Rivas, J.A. del Castro Madrazo y V. Medina Arana

Hospital Universitario de Canarias, La Laguna.

Objetivos: La isquemia mesentérica se origina como consecuencia de una disminución del flujo sanguíneo intestinal, ésta se produce generalmente por una obstrucción embólica, vasoespasmo y/o hipoperfusión de la vascularización mesentérica en pacientes jóvenes. Puede presentarse de forma aguda o crónica, y su origen puede ser arterial o venoso. Presentamos un caso de isquemia intestinal aguda en paciente joven, secundaria a una hipoplasia de la arteria mesentérica superior y agenesia de tronco celiaco congénita, entidad muy poco frecuente.

Caso clínico: Paciente varón de 18 años de edad, fumador, epiléptico y tuberculosis en la infancia, ingresado en el Servicio de Digestivo por un cuadro de dos meses de evolución de dolor epigástrico tipo cólico fundamentalmente posprandial, por el cual había acudido en numerosas ocasiones al servicio de urgencias, acompañado de síndrome constitucional con pérdida de 13 kg de peso en 3 meses. Durante el ingreso se realiza angio-TC objetivándose ausencia de relleno en origen del tronco celiaco y la arteria mesentérica superior (AMS) conservando un mayor desarrollo de la arteria mesentérica inferior, con suplencia a partir de arcada de Riolo que condiciona un relleno retrógrado de la AMS y sus ramas, así como hacia la arteria hepática y ramas de hemitórax. La arteriografía mesentérica confirmó dichos hallazgos. Al 20º día de ingreso el paciente comienza con intenso dolor abdominal, malestar general y leucocitosis de 29000 (89,6% de neutrófilos). En TC de abdomen urgente se observa ausencia de realce de la mayoría de asas intestinales, neumatosis portal e intestinal todo ello sugestivo de isquemia mesentérica aguda. Se indica laparotomía urgente en la que se aprecia infarto intestinal a partir de 1,10 m del ángulo de Treitz englobando ileón y ciego. Se reseca el intestino afecto construyéndose una yeyunostomía terminal; Además se realiza bypass de iliaca izquierda a mesentérica superior mediante prótesis de dacron. La Anatomía Patológica definitiva confirmó el infarto hemorrágico intestinal. El estudio reumatológico no descubrió datos analíticos ni inmunológicos de conectivopatías. A los 3 meses de la primera cirugía se restableció el tránsito intestinal, y en la actualidad, el paciente se encuentra asintomático con recuperación de peso e incorporación a la vida habitual.

Conclusiones: La isquemia mesentérica aguda es una entidad relativamente frecuente en las urgencias hospitalarias apareciendo fundamentalmente en pacientes de edad avanzada como consecuencia de enfermedad tromboembólica y arterioesclerótica. Nos encontramos ante un caso de un paciente joven con isquemia mesentérica secundaria a hipoplasia de mesentérica superior y agenesia de tronco celiaco congénita, donde la realiza-

ción de un TAC estableció el diagnóstico. Una revisión exhaustiva de la bibliografía no nos ha permitido encontrar casos similares.

P-496. PILEFLEBITIS: INUSUAL COMPLICACIÓN TRAS APENDICITIS

G. Bueno Blesa, A.S. Valero Liñán, A. Prat Calero, M. Abad Martínez, B. Moreno Flores, J.A. González Masiá, J.I. Miota de Llama y P. González Masegosa

Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

Objetivos: La pileflebitis es una trombosis séptica del sistema venoso portal asociada a algún proceso infeccioso intraperitoneal. Su desarrollo comienza con la formación de un trombo en venas que drenan el órgano infectado, que se propaga a vasos de mayor calibre donde pueden desprenderse trozos y propagarse en el árbol vascular y a otros órganos, como el hígado formando abscesos. Se identifica causa intraabdominal en el 80% de los casos, 32% de origen colónico y 11% de origen apendicular. Está unida a una alta morbimortalidad (50%), ya que puede evolucionar a una sepsis de foco abdominal.

Material y métodos: Se presenta el caso clínico de un varón de 16 años de edad, intervenido de piloroplastia e hidrocele en la infancia, que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal en hipocondrio derecho de 6 días de evolución. El cuadro se acompaña de fiebre, vómitos, diarrea e ictericia en las últimas 24h. En la exploración destaca ictericia de piel y mucosas, TA 90/49, abdomen doloroso a la palpación en hipocondrio derecho sin signos de irritación peritoneal. Se realizan estudios de laboratorio destacando procalcitonina 127, índice icterico 5, plaquetas 45.000, leucocitos 12.000 con 83% neutrófilos, INR 1.22. Un TAC abdominopélvico informa de apéndice engrosado y adenopatías en FID con alteración de la grasa mesentérica; hepatoesplenomegalia moderada, edema periportal, líquido libre subhepático y trombo en vena mesentérica superior que ocluye parcialmente su luz, extendiéndose hasta la porta y terminando por encima del eje espleno-portal.

Resultados: Con el diagnóstico de apendicitis aguda con pileflebitis se indica cirugía urgente. Se realiza apendicectomía, objetivando apendicitis aguda gangrenosa, y se administra tratamiento antibiótico y anticoagulante con heparina sódica en perfusión continua durante el primer día y en los posteriores con HBPM (60 mg/12h/sc). El paciente evoluciona favorablemente, por lo que es dado de alta el 17º día postoperatorio, en tratamiento con acenocumarol, citado en consultas para seguimiento y control con TAC.

Conclusiones: La pileflebitis es una rara pero fatal complicación de la apendicitis aguda. En la presentación inicial, la mayoría de los pacientes presenta un cuadro insidioso de dolor abdominal más fiebre. La ictericia es infrecuente a menos que se asocie a colangitis o abscesos hepáticos. En los exámenes de laboratorio es frecuente la leucocitosis, coagulopatías y la elevación de las enzimas hepáticas. Los hallazgos radiológicos son de gran utilidad diagnóstica e incluyen los relacionados con el foco primario de infección, con la trombosis portal y con la afectación del tejido periportal hepático. El estudio de elección es la TAC con contraste. Es importante para disminuir la mortalidad un diagnóstico precoz de la enfermedad, identificar el foco infeccioso e iniciar el tratamiento lo más precozmente posible. El tratamiento se basa en la antibioterapia de amplio espectro, el tratamiento quirúrgico del foco infeccioso abdominal y la terapia anticoagulante y trombolítica. No existe consenso respecto al uso de anticoagulantes, la razón de su uso se basa en la prevención de extensión del trombo y sus consecuencias.

P-497. ENFERMEDAD QUÍSTICA ADVENTICIA DE LA ARTERIA POPLÍTEA: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

D. Teixeira, C. Alpoim, A. Mesquita, C. Carrilho y J. Correia Simões

Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães, Portugal.

Introducción: La enfermedad quística adventicia (EQA) es una causa poco frecuente entre las enfermedades vasculares (0,1%) que se presenta con mayor frecuencia con claudicación de la extremidad inferior debido a la estenosis localizada de la arteria poplítea o iliofemoral, como resultado de la invasión de la luz vascular por parte de lo quiste.

Caso clínico: Paciente femenino de 47 años, se refirió a la consulta de Cirugía Vascular por sintomatología de claudicación intermitente con 3 meses de evolución. Paciente sin factores de riesgo cardiovascular, con pulsos poplíteo-distales presentes a la izquierda, suprimidas con la

flexión de la rodilla (signo de Ishikawa), con el índice tobillo-brazo de 1,1 a derecha e izquierda 0,8. Realizada la ecografía Doppler que reveló una formación hipoeocoica quística con 14×7 mm, lo que determina la compresión extrínseca de la arteria poplítea izquierda, con una reducción del calibre de 50-70%. Estudio complementario llevado a cabo con la angio-TAC que justifica el diagnóstico. Sometida a la extirpación de quistes antero-medial y posterior, con la resolución de los síntomas.

Discusión: En pacientes jóvenes y sanos, la cojera que viene con estenosis/occlusión de la arteria poplítea es el síntoma predominante. Afecta predominantemente a varones, 5:1, entre las décadas cuarta y quinta. La incidencia de EQA es aproximadamente 1:1.200 de casos de claudicación o 1:1.000 de arteriografías de las piernas. El diagnóstico y el tratamiento temprano para prevenir la progresión de la trombosis poplítea y la isquemia crítica. Sin embargo, el diagnóstico de esta entidad es difícil. El carácter fluctuante de la gravedad de los síntomas, la aparición repentina después de un ejercicio vigoroso y retraso en la recuperación después de un descanso son los principales síntomas. El diagnóstico se puede hacer uso de la ecografía Doppler, la tomografía computarizada y la resonancia magnética. El tratamiento de elección es la exéresis del quiste con la preservación de la arteria. Aunque la aspiración de contenido quístico y la angioplastia con balón de dilatación puede ser inicialmente propuesto, para aliviar los síntomas, el término no parece ser eficaz. Cuando estas opciones no son viables, se recomienda extirpar el área afectada con cierre de conducto arterioso con el " parche" o interposición de injerto de la vena.

P-498. REVASCULARIZACIÓN DE INTESTINO DELGADO CON INJERTO DE ARTERIA ESPLÉNICA A ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR

F. Fernández Bueno¹, C. López Muñoz¹, L. Carrión Álvarez¹, P. López Fernández¹, M. Hernández García¹, A. Serrano del Moral¹, A. Rivera Díaz¹, E. Tobaruela de Blas¹, J.M. Peraza Casajús², G. Ortega Pérez¹ y F. Pereira Pérez¹

¹Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada. ²Hospital Militar Central Gómez Ulla, Madrid.

Objetivos: La afectación de la arteria mesentérica superior por tumores pancreáticos es uno de los factores limitantes durante las resecciones oncológicas pancreáticas. Pero en algunos casos de contacto del tumor con la AMS sin infiltración de la misma se pueden realizar resecciones parciales de AMS y anastomosis de la misma con diferentes injertos.

Caso clínico: Varón de 69 años remitido por urología, al observar tumoral en páncreas de 4cm durante la revisión ecográfica anual de un carcinoma de células renales grado 1, de 7×5 cm, con infiltración del tejido adiposo perirrenal y del hilio, estadio II de Robson y III de Petkovic en enero 1991. Sin AP relevantes ni médicos ni quirúrgicos salvo los expuestos. En el TC se confirma la presencia de dos masas pancreáticas localizadas en el proceso uncinado ($5,4 \times 2,9$ cm) y cola del páncreas ($5 \times 3,3$ cm). La lesión localizada en proceso uncinado contacta, sin plano de clivaje, con la cara posterior de la arteria mesentérica superior en aproximadamente 90º sin poder descartar infiltración de la misma. Tras analítica y estudio hormonal se obtiene el juicio clínico de TNE vs metástasis de Ca renal, y por tanto se decide tras evaluación en Comité de Tumores Cx programada para duodenopancreatetectomía total. Hallazgos: tumoralización de gran tamaño (6-7 cm) en proceso uncinado en contacto íntimo con AMS. Tumoración en cola de 5 cm que infiltra mesocolon. Técnica: duodenopancreatetectomía total con esplenectomía y preservación pilórica de gran dificultad, especialmente al intentar separar el tumor uncinado de VMS y AMS, donde se produce hemorragia profusa que obliga a clampaje de VMS y porta y a la resección de la parte proximal de la AMS aparentemente afectada por el tumor. 60 min de isquemia intestinal con cambios evidentes de su coloración mientras se revasculariza la AMS mediante injerto de la arteria esplénica de aprox 7 cm de longitud, obtenida de la pieza. Revascularización aceptable del ID, completando reconstrucción mediante H-Y t-l con tutor exteriorizado a lo Witzel (VB de 3 mm) y duodenoyeyunostomía antecólica monoplano. Se pasa sonda de nutrición enteral distal a esta anastomosis. Drenajes: Blake izdo en fosa esplénica y dcho en proximidad de H-Y. Duración 6,5h. Transfusión 10 1 CH. Sin complicaciones postoperatorias salvo el control de la diabetes pancreatoprávica. Diagnóstico AP: pieza de panreatectomía total con dos metástasis de carcinoma renal de células claras, grado 2 de Fuhrman. Márgenes de resección libres (a menos de 1 milímetro del margen radial en ambas). Revisiones por Cirugía y Endocrino.

Discusión: Ante la afectación de la AMS durante la cirugía pancreática y la necesidad de resección de parte de la misma podemos tener varias

opciones de injerto, entre las que se encuentran, la vena renal izquierda, vena safena y en este caso, y debido a que disponíamos de arteria esplénica durante la resección de la pieza, un injerto vascular biológico que resultó efectivo, rápido y de fácil acceso.

P-499. DIVERTÍCULO DE KOMMERELL CON SUBCLAVIA IZQUIERDA ABERRANTE COMO CAUSA DE DISFAGIA LUSORIA

E. Etxebarria Beitia, R. Vega Manrique, M.J. Suárez Tornín, M. García Carrillo, S. Leturio Fernández, S. Ruiz Carballo, P. Pérez de Villarreal Amilburu, A. Expósito Rodríguez, J.M. Gómez Zabala y A. Gómez Palacios

Hospital Universitario Basurto, Bilbao.

Introducción: La compresión extrínseca del esófago por estructuras vasculares es una causa poco frecuente de disfagia; sin embargo, su diagnóstico es de gran importancia para ofrecer un adecuado manejo y disminuir la repercusión sobre la calidad de vida de los pacientes. Se presenta un caso ilustrativo de disfagia lusoria, causado por la presencia de arco aórtico derecho, junto a un divertículo de Kommerell con origen aberrante de la arteria subclavia izquierda.

Caso clínico: Se presenta el caso clínico de un varón de 50 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, en estudio ambulatorio por broncorespiratoria y abundante expectoración. Se realiza angioTC, donde se aprecia que la arteria subclavia izquierda nace de la porción descendente de un divertículo que se origina en la aorta con un diámetro de 2,9 × 2,2 × 2 cm, compatible con un divertículo de Kommerell, que presenta un trayecto retroesofágico, estando el esófago comprimido entre esta estructura vascular y la tráquea. El paciente presenta cuadro de disfagia ocasional leve intermitente para sólidos, en región retroesternal, sin asociarse pérdida de peso, regurgitación alimentaria ni otra clínica asociada. El paciente es valorado por el servicio de cirugía vascular dado el hallazgo casual, sin precisar actualmente tratamiento quirúrgico debido a la escasa sintomatología y riesgo de ruptura. Está pendiente de nueva angioTC con reconstrucción vascular.

Discusión: Se define disfagia lusoria como aquella secundaria a la compresión extrínseca del esófago por estructuras vasculares. Aunque anomalías de cualquier vaso del mediastino pueden originarlo, es la arteria subclavia derecha aberrante la más frecuente. Otras alteraciones congénitas poco frecuentes, como nuestro caso, son causadas por un arco aórtico derecho (0,04-0,1%), que en el 50% de los casos asocia un divertículo de Kommerell con origen aberrante de la arteria subclavia izquierda (ASIA). El 60-80% de los casos son asintomáticos, y aunque los síntomas pueden presentarse a cualquier edad, es al final de la quinta década en la que debutan habitualmente. La disfagia es la sintomatología más común (90%), puede variar de intensidad con el cambio postural; seguido de síntomas no gastrointestinales secundarios a compresión de estructuras vecinas o disminución de irrigación sanguínea de los territorios vasculares. En ocasiones, se descubren al presentar disección o ruptura de aneurismas (3-4%) originados en el divertículo de Kommerell sin presentar síntomas previos. El angioTC y la RMN son las pruebas diagnósticas de elección. Dada la poca frecuencia de dicha patología, no se han establecido las opciones estándar de tratamiento. En casos leves de disfagia, los cambios en estilo de vida, los IBP y procinéticos pueden mejorar sustancialmente la condición clínica del paciente. Las indicaciones quirúrgicas no son claras, no obstante, está indicado en pacientes sintomáticos o con riesgo elevado de ruptura.

P-500. RESECCIÓN DE SARCOMA RETROPERITONEAL CON INVASIÓN DE VENA CAVA INFERIOR, RECONSTRUCCIÓN VASCULAR DE PARED DE AORTA CON PRÓTESIS DE TEFLÓN, VENA RENA IZQUIERDA Y VENA SUPRAHEPÁTICA DERECHA. ¿ES NECESARIA LA COLABORACIÓN CON LOS CIRUJANOS VASCULARES EN ESTE TIPO DE TUMORES?

V. Borrego Estella, I. Molinos Arreubo, A. Serrablo Requejo, S. Saudi Moro, G. Pérez Navarro, J.L. Moya Andía, I. Talal El Abur, P. Riverola Aso, M. del Campo-Lavilla, D. Júdez-Legaristi y J.M. Esarte Muniain

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: Los sarcomas retroperitoneales son neoplasias mesenquimatosas poco frecuentes (15-20% de los sarcomas de partes blandas). Exis-

ten diferentes tipos histológicos y ocupan varios compartimentos retroperitoneales antes de diagnosticarse. Presentación clínica más frecuente es la masa abdominal palpable. La cirugía RO es el único tratamiento curativo, que no siempre se puede realizar dada la relación del tumor con estructuras vasculares irresecables. Ni RT/QT son útiles. El manejo de esta patología se realiza en unidades especializadas y equipos multidisciplinares.

Caso clínico: Mujer de 58 años previamente sana con dolor lumbar insidioso. TC evidencia masa renal derecha 10 × 12 cm. Nefrectomía derecha (Estudio AP1 tumor bien diferenciado fibroadiposo de bajo índice de malignidad. TC de control a los 9 años recidiva masa retroperitoneal derecha (8,5 × 7 × 5,8 cm), en contacto con margen lateral derecho aórtico con compresión y desplazamiento, afectación VCI hasta VSH. Comité de tumores HBP y cirugía vascular deciden intervención conjunta. Exéresis de masa tumoral, tras ligadura y ulterior reconstrucción de VRI, preservando las venas gonadal y suprarrenales ipsilaterales, resección de pared de aorta inmediatamente por debajo de AMS y refuerzo aórtico con prótesis de Teflón. Ligadura de VCI proximal a iliacas, reconstrucción VSH derecha y resección de toda VCI hasta entrada en aurícula derecha. Hemicolectomía derecha y resección parcial de muscular del psoas. Requirió 10 concentrados de hematíes y 6 de plaquetas. Postoperatorio favorable en UCI y alta en 3 semanas (estudio AP2 liposarcoma desdiferenciado con diferenciación a fibrohistiocitoma maligno de 850 g y 19 × 8,5 × 9 cm; infiltración de VCI en forma de trombo, sin alcanzar extremos; hemicolectomía derecha con adenoma tubulovelloso). Actualmente libre de enfermedad.

Discusión: Son tumores raros; liposarcoma el tipo histológico más frecuente como en nuestra paciente. Interesante la clasificación anatomo-patológica diferente de las piezas resecadas. Afectan por igual a hombres y mujeres, entre 5^a-6^a décadas de vida como en caso clínico. La TC mejor método inicial para evaluar escabilidad (establece origen retroperitoneal, grado de necrosis, función renal bilateral y extensión). RM evalúa estos tumores en relación con estructuras vasculares y hace reconstrucción multiplanar. No se puncionó la masa (sólo en caso de sospecha de linfoma o tumor de células germinales). Preparación preoperatoria del colon con colonoscopia preoperatoria (un 33% de los pacientes requieren resección intestinal, como sucedió). Nuestra paciente tenía una estirpe con bajo grado de diferenciación (peor pronóstico), por lo que tiene seguimiento exhaustivo. Estos pacientes pueden requerir resecciones vasculares con diferentes reconstrucciones, por lo que se debe de derivar y centralizar a estos pacientes en hospitales con unidades especializadas y con cirujanos vasculares. Valorando los tumores retroperitoneales primarios de origen extraviseral los sarcomas constituyen el 50%. El tratamiento de elección y único que ha demostrado aumento de la supervivencia es la cirugía, siendo la recurrencia local la principal causa de muerte. Los principales factores pronósticos respecto a la supervivencia son edad menor de 50 años, resección completa del tumor y grado de diferenciación. Son pacientes de alto riesgo que requieren manejo multidisciplinar con cirujanos vasculares, anestesiistas, intensivistas, hematólogos.

P-501. TUMORES DE LA VENA CAVA

S. Gil Loza, N. Pineda Navarro, A. García Navarro, M.J. Álvarez, M. Segura Reyes, F. González y J.A. Ferrón Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: Los tumores malignos de la pared de los grandes vasos son extremadamente raros. El leiomiosarcoma es el más frecuente y se origina en la pared de la cava con una frecuencia 5 veces mayor que en la pared de los troncos arteriales. Los schwannomas son tumores benignos definidos como la degeneración de la vaina de los nervios periféricos. Su frecuencia y localización retroperitoneal es muy rara. Presentamos tres casos clínicos de tumores retroperitoneales con infiltración de la cava inferior resecados.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 43 años ingresada en Medicina Interna por dolor en fossa renal derecha que no cede a analgesia, no respeta descanso nocturno y limita su vida diaria. Se realiza TAC abdominal: masa sólida retroperitoneal de 6,9 × 5 × 4,8 cm. Se interviene hallando tumor de 10 cms de diámetro que procede de la cava y afecta vasos renales derechos, en íntimo contacto con la arteria mesentérica superior. Se realiza cavectomía con nefrectomía derecha, colocando prótesis de dacron implantando vena renal izquierda. Reintervención el 3^{er} día postoperatorio por sangrado. Evolución sin complicaciones siendo dada de alta el duodécimo día postoperatorio. El resultado histopatológico fue leiomiosarcoma. Recibe radioterapia adyuvante padeciendo episodio de TVP. Actual-

mente en tratamiento con sintrom y sin recidiva tumoral. Caso 2: mujer de 83 años que acude a urgencias por dolor lumbar, fiebre, astenia y pérdida de 10 kg de peso. TAC que informa de riñón derecho aumentado de tamaño con dilatación quística obstructiva. Anteroinferior al riñón derecho masa de $15 \times 14 \times 15$ cm. Se interviene hallando masa retroperitoneal que desplaza colon derecho y ángulo hepático, adherida 1^a y 2^a porción duodenal y cabeza del páncreas. Íntima relación con cava inferior. Extirpación en bloque incluyendo riñón derecho y porción de vena cava infrarenal colocando prótesis de PTFE (goretex). Curso postoperatorio sin complicaciones siendo dada de alta el decimocuarto día postoperatorio. La anatomía patológica informa de Schwannoma. Actualmente en tratamiento con sintrom sin recidiva. Caso 3: varón de 40 años con dolor en hipocondrio derecho de 6 meses de evolución, astenia y febrícula. Se realiza TAC que informa de masa sólida de contornos irregulares posterior a vena cava inferior y lóbulo caudado hepático de $9 \times 10 \times 18$ cm. Se extiende hasta aurícula derecha. Se realiza PAAF informada de leiomiosarcoma. Se interviene conjuntamente con cirugía cardiaca, con circulación extracorpórea, hallando masa que afecta parénquima hepático, vena cava, diafragma y aurícula derecha. Se extirpa la masa en bloque y se sustituye la vena y parte de aurícula derecha con prótesis de goretex de 24 mm (durante intervención precisa trasfusión de hemoderivados y drogas vasoactivas). Curso postoperatorio con disfunción multiorgánica progresiva a FMO, siendo exitus en el decimotercer día postoperatorio.

Discusión: Actualmente la cirugía es la única opción terapéutica curativa en estos tumores, cuya resecabilidad depende de su extensión y localización. Cuando afectan a la cava suprahepática la resección completa raramente es posible. Debido a la complejidad técnica para su resección, pudiendo llegar a requerir circulación extracorpórea, es recomendable que sean tratados en Centros especializados siendo de gran ayuda la experiencia en trasplante hepático.

P-502. PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA AXILAR TRAS LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR

V. Gumbau Puchol, A. Melero Abellán, R. Sánchez Campos, C. Martínez Pérez, M.J. Barbas Galindo, I. Artigues Sánchez de Rojas y J. Todolí Faubell

Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción: Los pseudoaneurismas son entidades poco comunes de etiología diversa. La más frecuente es la derivada de cateterismos diagnósticos y terapéuticos con una incidencia variable, entre un 0,1 y un 6%. Sin embargo, el número de pseudoaneurismas de las extremidades superiores es inferior al de las inferiores (menos de un 2% de todas las lesiones). Existen pocos casos de pseudoaneurismas originados tras una lesión de la cintura escapular. Aportamos el caso de un pseudoaneurisma de arteria axilar tras luxación acromio-clavicular.

Caso clínico: Paciente de 31 años intervenido de luxación acromio-clavicular derecha grado III mediante reducción abierta y fijación con agujas de Kirchner que acude tres meses tras la cirugía por presentar tumefacción en región axilar derecha con aumento progresivo de su tamaño. A la exploración presenta masa débilmente pulsátil con pulsos distales en miembro superior presentes. La ecografía doppler informa de imagen de hematoma de 11×6 cm a nivel de hueco axilar. El estudio por Angio-TAC revela la existencia de un pseudoaneurisma de la arteria axilar, a 18 mm de su origen, parcialmente trombosado. Se interviene al paciente de forma programada resecando el pseudoaneurisma, localizando el punto sangrante, correspondiente a la arteria subescapular, que se liga en su origen. El paciente evoluciona favorablemente en el postoperatorio siendo dado de alta 2 días tras la intervención.

Discusión: Los pseudoaneurismas son hematomas pulsátiles derivados de la fuga de sangre en los tejidos perirteriales con su posterior encapsulación. Ocurren más frecuentemente en pacientes mayores con arterias calcificadas y en aquellos anticoagulados. Son entidades difíciles de diagnosticar en ocasiones ya que las pulsaciones del pseudoaneurisma son amortiguadas por los tejidos blandos adyacentes. Un thrill audible es sugestivo pero no común. Hasta 1987, la angiografía era el método diagnóstico empleado. Tras un estudio practicado con ecografía doppler con buenos resultados, esta técnica pasó a ser de elección. El diagnóstico diferencial incluye el hematoma simple, el edema tisular, los pseudoaneurismas trombosados o procesos linfoproliferativos. El curso natural de los pseudoaneurismas es benigno y algunos se ocluyen espontáneamente. Cuando esto no sucede, existe una gama amplia de opciones terapéuticas, tales como: compresión guiada por ecografía, in-

yección de trombina, tratamiento endovascular o incluso cirugía. El tratamiento quirúrgico es la mejor opción en los casos de hematomas de gran tamaño, sangrado activo, compresión arterial o venosa, déficits neurológicos o infecciones. Incluso cuando el diagnóstico es tardío, la cirugía debe practicarse con brevedad. El pronóstico depende de la identificación temprana de la lesión. La demora en su diagnóstico puede ocasionar déficits neurológicos permanentes, a pesar de la adecuada reparación arterial.